



stan bezpieczeństwa

sanitarnego

województwa
kujawsko-pomorskiego
w 2010 roku



Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Bydgoszczy



Mam zaszczyt przekazać Państwu kolejne opracowanie zawierające ocenę stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa kujawsko-pomorskiego w 2010 roku.

Zawarte w nim informacje odzwierciedlają realizację działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz bezpieczeństwa sanitarnego społeczeństwa przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, monitorowanie chorób zakaźnych i zawodowych; nadzór nad warunkami nauki i wypoczynku, a także zapewnienie bezpieczeństwa żywności i żywienia.

Działania te jako zadania statutowe, wynikają z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz założeń Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

W realizację tych zadań pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego wkładają wiele wysiłku, wnosząc też ogromny wkład w doskonalenie systemu jakości nadzoru oraz badań laboratoryjnych.

Jestem przekonany, że niniejsze opracowanie pozwoli na lepsze poznanie zadań i roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej stojącej na straży bezpieczeństwa sanitarnego województwa kujawsko-pomorskiego.

Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
w Bydgoszczy

Jerzy Kasprzak



2

Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w 2010 roku.

10

Ocena sanitarna placówek ochrony zdrowia.

14

*Stan sanitarny urzędzeń do zaopatrywania w wodę.
Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.*

17

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

23

Higiena pracy.

29

*Warunki sanitarno-higieniczne w placówkach nauczania, wychowania
i wypoczynku oraz szkołach wyższych.*

32

Stan bezpieczeństwa sanitarnego w zakresie ochrony radiologicznej.

35

Higiena radiacyjna.

39

Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej i kąpielisk.

41

Ocena stanu zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego.

44

Zapobiegawczy nadzór sanitarny.

45

Promocja zdrowia.

OCENA SYTUACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ CHOROÓB ZAKAŻNYCH I ZAKAŻEŃ W 2010 ROKU

Ocenę sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim opracowano na podstawie danych z nadzoru i kontroli chorób zakaźnych, prowadzonego przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W 2010 roku sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych była zróżnicowana, ale należy uznać ją za dobrą. Obserwowana cykliczna zmienność liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne jest podobnie, jak w latach ubiegłych związana z ich sezonowością (szczególnie tzw. choroby wieku dziecięcego) lub była kontynuacją wieloletnich trendów notowanych wcześniej. W omawianym okresie nie zgłoszono przypadków zachorowań na choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, jak: cholera, dżuma, wirusowe gorączki krwotoczne. Zarejestrowano tylko jeden przypadek malarii. Pandemię grypy A/H1N1v ogłoszoną przez WHO 11.06.2009 r., uznano za zakończoną w dniu 10.08.2010 roku i ogłoszono przejście w okres post-pandemiczny.

Nowym zagrożeniem dla zdrowia publicznego stała się powódź, która wystąpiła w maju i czerwcu 2010 roku.

Na terenie województwa nie wystąpiły ogniska epidemiczne chorób przenoszonych drogą pokarmową oraz inne niekorzystne zdarzenia zdrowotne mające związek z podtopieniami i zatopieniami.

Umieralność z powodu chorób zakaźnych utrzymuje się na niskim poziomie.

W województwie kujawsko-pomorskim w 2010 roku wynosiła 5,41 na 100 tys. ludności i była prawie 1,5-krotnie niższa od ubiegłorocznej. Odnotowano 112 zgonów, których przyczyną były choroby zakaźne. Dominowały podobnie, jak w roku ubiegłym posocznica (59,8%) i zapalenia płuc (16,96%), a następnie gruźlica (8,92%) i neuroinfekcje (4,46 %).

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008 – 2010.
Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności.

Lp.	Jednostka chorobowa	2008		2009		2010	
		Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
1	Inne salmonelozy (zakażenia pozajelitowe)	20	0,97	7	0,34	9	0,43
2	Dur brzuszny	1	0,05	0	0,00	0	0,00
3	Dury rzekome A, B, C	0	0,00	1	0,05	0	0,00
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozą)	1	0,05	0	0,00	11	0,53
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	823	65,60	601	29,05	635	30,68
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	745	36,06	509	24,60	613	29,62
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe (ogółem)	261	12,63	317	15,32	457	22,08
8	Wirusowe zakażenia jelitowe (ogółem)	2370	114,71	1606	77,62	1744	84,27
9	Meningokokowe i inne bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	57	2,76	51	2,46	67	3,24
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	72	3,48	49	2,37	64	3,09
11	Płonica (szkarlatyna)	726	35,14	1052	50,84	920	44,45
12	Odra	0	0,00	0	0,00	0	0,00
13	Różyczka	385	18,63	340	16,43	208	10,05
14	Ospa wietrzna	9641	466,62	9610	464,46	12941	625,30
15	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	312	15,10	277	13,39	337	16,28
16	Wirusowe zapalenie wątroby – typu A	2	0,10	18	0,87	5	0,24
17	Wirusowe zapalenie wątroby – typu B	127	6,15	99	4,78	113	5,46
18	Wirusowe zapalenie wątroby – typu C wg definicji z 2009r.	0	0,00	89	4,30	190	9,18
19	Wirusowe zapalenie wątroby – typu C wg definicji z 2005r.	181	8,76	131	6,33	151	7,30
20	Wirusowe zapalenie wątroby – typu B+C	1	0,05	3	0,14	2	0,10
21	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nieokreślone	1	0,05	4	0,19	0	0,00
22	Świnka (nagminne zapalenie przyusznicy)	220	10,65	199	9,62	174	8,41
23	Krzusiec	257	12,44	168	8,12	43	2,08
24	Tęžec	1	0,05	1	0,05	0	0,00
25	Borelioza	265	12,83	378	18,27	356	17,20
26	Malaria (zimnica)	0	0,00	3	0,14	1	0,05
27	Włośnica	0	0,00	1	0,05	0	0,00
28	AIDS	7	0,34	5	0,24	6	0,29
29	Nowo wykryte zakażenie HIV	29	1,40	46	2,22	31	1,50
30	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	3249	157,25	40621	1963,24	15647	756,05
31	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	1332	400,65	23633	7293,08	5968	1848,12
32	Grypa – ogółem (przyp. potwierdzone laboratoryjnie)	8	0,39	132	6,38	16	0,77
33	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	5	1,50	48	14,81	0	0,00
34	Grypa wywołana nowym wirusem A/H1N1v (przyp. potwierdzone laboratoryjnie)	0	-	77	3,72	12	0,58
35	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	0	-	24	7,41	0	0,00



Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych

Sytuacja epidemiologiczna takich chorób, jak: błonica, poliomyelitis, tężec, odra, krztusiec, świnka i różyczka zależy w znacznym stopniu od poziomu realizacji szczepień ochronnych.

Poziom wykonania szczepień ochronnych w województwie utrzymuje się na wysokim poziomie od wielu lat. W 2010 roku szczepienia wykonane były zgodnie z obowiązującymi zasadami, w odsetkach porównywalnych do lat poprzednich, co zapewnia odporność zbiorowiskową.

W roku 2010 nie odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim żadnego przypadku podejrzenia i zachorowania na odrę. Nie wystąpiły również zachorowania na błonicę i poliomyelitis. Kontynuowano działania dotyczące nadzoru i czynnego monitoringu ostrych porażień wiotkich u dzieci do lat 14, zgodnie z zaleceniami WHO.

W roku 2010 wykryto, opracowano i zarejestrowano 3 przypadki OPW.

Z grupy chorób objętych wieloletnimi programami obowiązkowych szczepień ochronnych występowały zachorowania na krztusiec. Liczba zachorowań na krztusiec cechuje się dużą zmiennością.

W roku 2010 odnotowano 4-krotny spadek zapadalności w stosunku do roku ubiegłego i była ona mniejsza od zapadalności krajowej.

W sytuacji epidemiologicznej krztusca w ostatnich latach w województwie zaznacza się trend przesunięcia zachorowań na starsze dzieci i osoby dorosłe, co związane jest ze spadkiem odporności poszczepiennej. Wprowadzenie w 2003 roku dodatkowej dawki szczepionki dla dzieci w 6 roku życia, pozostało w województwie bez znaczącego wpływu na poziom ogólny zachorowalności na krztusiec w populacji dzieci i młodzieży do 20 roku życia. Będzie to przedmiotem dalszej obserwacji i analizy po zaszczepieniu kolejnych roczników.

*Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008- 2010.
Zachorowania i udział procentowy zachorowań wg wieku.*

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



Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne

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

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

Mimo obserwowanej w ostatnich latach poprawy w tym zakresie, zachorowania na zatrucia pokarmowe wymagają czujności i podejmowania działań prewencyjnych, mających na celu podniesienie standardów sanitarnych w placówkach żywienia zbiorowego i zachowań prozdrowotnych w środowiskach rodzinnych.

W 2010 roku zanotowano niewielki wzrost zapadalności na bakteryjne zatrucia pokarmowe ogółem w stosunku do 2009 roku. W województwie kujawsko-pomorskim, podobnie jak w kraju, od wielu lat dominującym czynnikiem etiologicznym bakteryjnych zatruc pokarmowych są odzwierzęce typy pałeczek Salmonella, wśród których dominuje Salmonella Enteritidis. W 2010 roku zgłoszono 622 przypadki zakażeń wywołanych tymi drobnoustrojami, z których 9 dotyczyło zakażeń pozajelitowych. Zapadalność na zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej była o 17% wyższa w stosunku do ubiegłego roku i nieznacznie przewyższała zapadalność krajową.



Wzrosła zapadalność na czerwonkę bakteryjną i wyniosła 0,53 na 100 tys. mieszkańców (w roku 2009 - brak zachorowań). Zgłoszono 11 przypadków zachorowań, w tym 2 ogniska (2 i 7 osób chorych). Stanowiły one 46% liczby zachorowań w kraju.

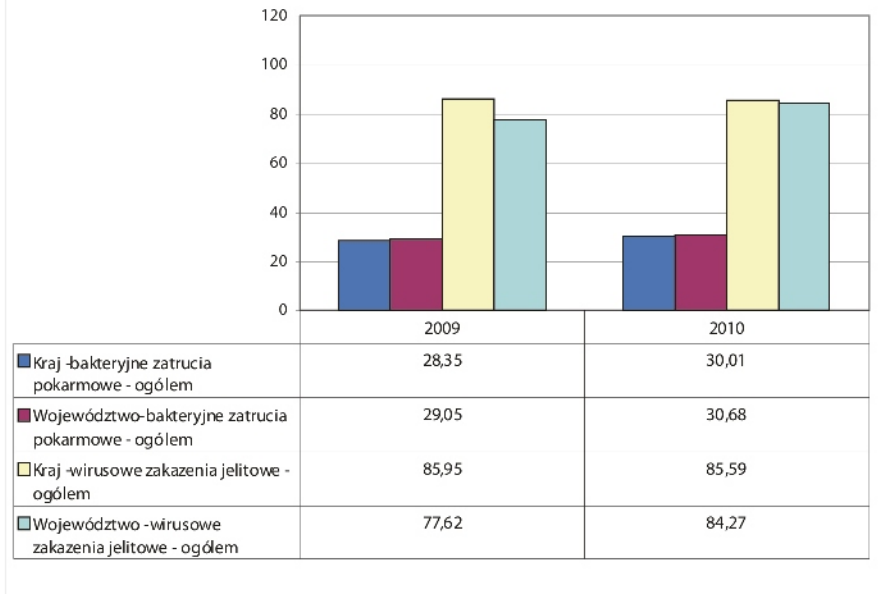
W ostatnich latach obserwuje się stosunkowo dużą liczbę zgłaszanych zakażeń pokarmowych wywołanych przez enteropatogenne wirusy, wśród których poza rotawirusami i adenowirusami coraz większą rolę odgrywają norowirusy. Przyczyn tego zjawiska należy upatrywać w szerszej diagnostyce wirusowych zakażeń jelitowych, co pozwala na lepsze rozeznanie w etiologii zakażeń przewodu pokarmowego.

Wśród czynników etiologicznych innych bakteryjnych zakażeń/zatruc pokarmowych dominowały bakterie z rodzaju Klebsiella i Yersinia.

Zarejestrowano 8 przypadków zatrucia toksynami muchomora sromotnikowego (w tym 1 zgon), z których dwa były przypadkami sporadycznymi, pozostałe wystąpiły w dwóch ogniskach po 3 osoby.

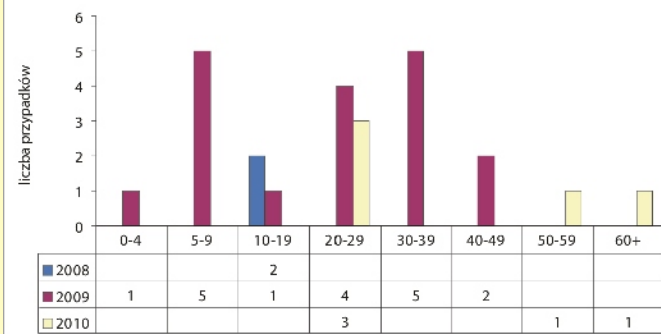
W województwie kujawsko-pomorskim w 2010 roku nie odnotowano żadnego przypadku zatrucia jadem kiełbasianym, włósnicy oraz duru brzuszego i rzekomego.

Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w kraju i w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2009-2010. Zapadalność na 100 tys. Ludności

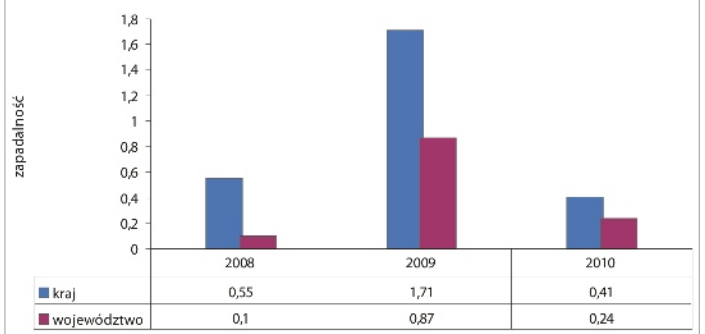


W roku 2010 odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim 5 sporadycznych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A, z tego 3 przypadki zachorowań związane były z pobytem poza granicami kraju (Egipt).

Wirusowe zapalenie wątroby typu A w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2010. Liczba zachorowań według wieku chorych.



Wirusowe zapalenie wątroby typu A w kraju i w województwie kujawsko-pomorskim w 2008-2010. Zapadalność na 100 tys. mieszkańców.



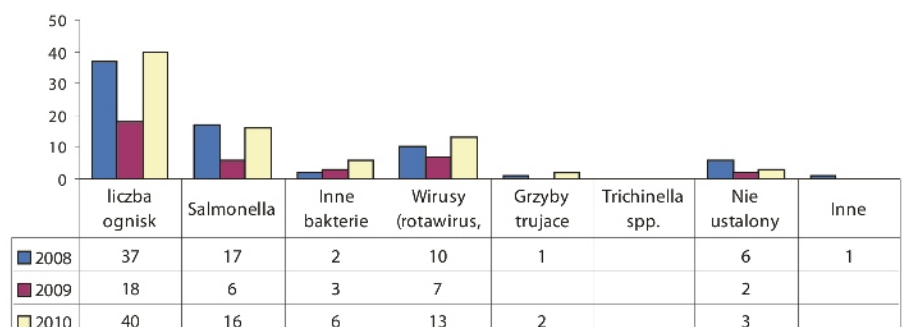
Niekorzystnym zjawiskiem był wzrost w 2010 roku liczby ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych.

Zarejestrowano i opracowano 40 ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych to 22 więcej niż w 2009 roku.

Zachorowały 393 osoby, w tym 195 dzieci do lat 14.

Zleczenia szpitalnego wymagały 103 osoby

Liczba ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2010 według czynnika etiologicznego



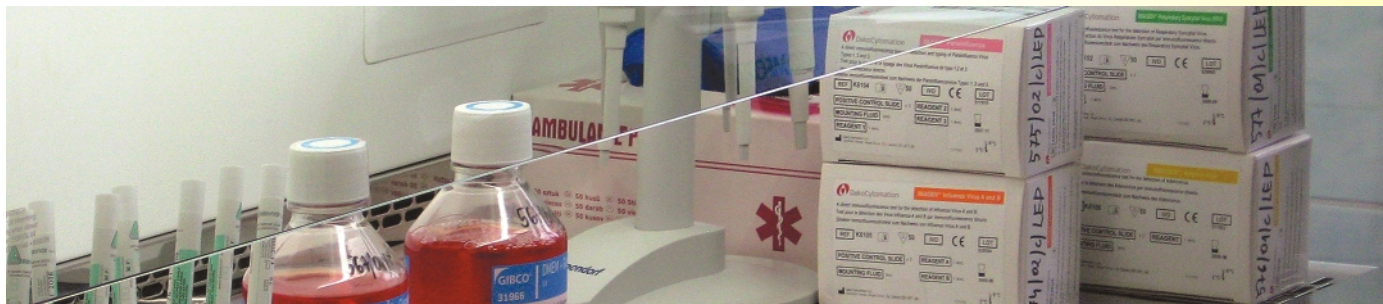
Czynnikiem etiologicznym ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych były: Salmonella Enteritidis, Salmonella Infantis, E.coli, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Yersinia enterocolitica, Shigella flexneri, Shigella sonnei, Norowirusy i Rotawirusy.

W trzech ogniskach nie ustalono czynnika etiologicznego. W dwóch ogniskach doszło do zatrucia toksynami muchomora sromotnikowego. Najczęściej czynnikiem etiologicznym były pałeczki Salmonella (w 16 ogniskach) i Norowirusy (w 10 ogniskach).

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń norowirusowych ludzi w Polsce potwierdza, że mają one istotne znaczenie jako czynnik etiologiczny zakażeń jelitowych.

W 28 ogniskach ustalony został nośnik pokarmowy zakażeń, w 7 ogniskach drogą szerzenia się zakażenia była droga kontaktowa.

W 60 % ognisk wskazano na miejsce skażenia żywności – mieszkanie prywatne. Pozostałe ogniska związane były z żywieniem zbiorowym w restauracjach, sanatoriach i placówkach opiekuńczych. Występowanie ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych związanych z żywieniem zbiorowym wymaga wzmoczonego nadzoru sanitarnego nad jakością zdrowotną produkowanych i wydawanych do spożycia potraw i stanem higienicznym w tych obiektach.



Ogniska zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2010.

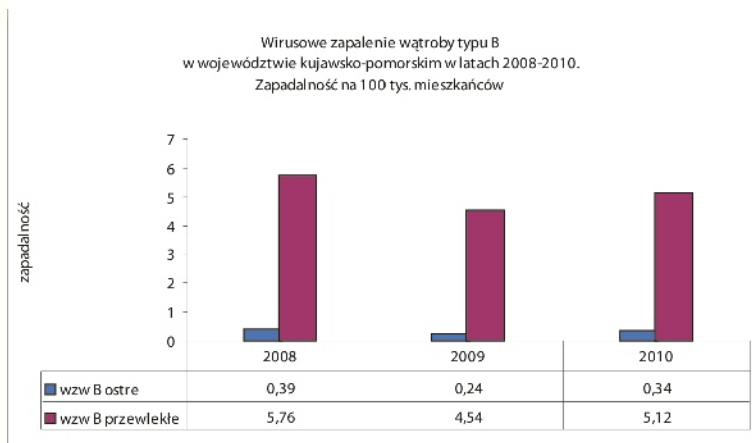
	2008				2009				2010			
	Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania	
Czynnik etiologiczny	liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Salmonella typy odzwierzęce	17	45,9	223	47,7	6	33,3	61	30,2	16	40,0	183	46,5
Clostridium botulinum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus aureus	1	2,7	23	4,9	0	0	0	0	1	2,5	8	2,0
E. coli, pałeczki z grupy coli	1	2,7	4	0,9	1	5,6	4	2,0	1	2,5	2	0,5
Inne bakterie	0	0	0	0	2	11,1	54	26,7	4	10,0	13	3,3
Wirusy (Rotawirusy, Norowirusy, HAV)	10	27,1	104	22,3	7	38,9	78	38,6	13	32,5	162	41,2
Grzyby trujące	1	2,7	2	0,42	0	0	0	0	2	5,0	6	1,5
Trichinella spp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nie ustalony	6	16,2	109	23,3	2	11,1	5	2,5	3	7,5	19	4,8
Inne	1	2,7	3	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Ogółem	37	100	468	100	18	100	202	100	40	100	393	100

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

W roku 2010 r. zgłoszono i zarejestrowano w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 113 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B, w tym dwa zachorowania jako zakażenia mieszane (HBV+HCV); zapadalność wyniosła 5,46 na 100 tys. ludności i była wyższa od krajowej (4,28).

Podobnie jak w latach ubiegłych, większość to zachorowania przewlekłe (ok. 94%). Pozostałe - zachorowania o przebiegu ostrym, które od kilku lat utrzymują się w naszym regionie na podobnym, niskim poziomie. Zapadalność (0,34/100 tys. mieszkańców) była zbliżona do średniej krajowej (0,39).

W porównaniu z rokiem ubiegłym, zarówno w województwie jak i w kraju, zaobserwowano ok. 14% wzrost zapadalności na wzv typu B o przebiegu przewlekłym.



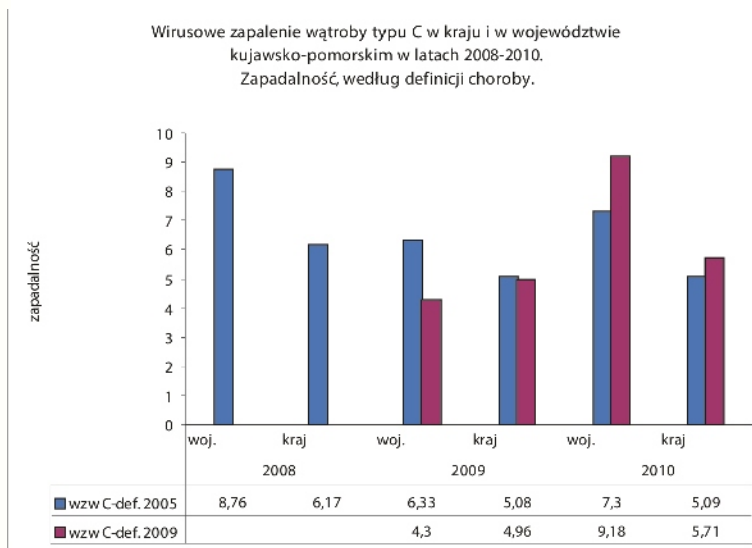
Nie notowano zachorowań u dzieci, w grupie wiekowej 0-9 lat, co jest efektem prowadzonych od wielu lat masowych szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Wirusowe zapalenie wątroby typu C stanowi od wielu lat poważny problem zdrowotny. Choroba ma najczęściej wieloletni, bezobjawowy przebieg, nie ma możliwości czynnego uodpornienia. W jej zapobieganiu bardzo ważnym elementem są działania mające na celu utrzymanie wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywanych zabiegów medycznych i niemedycznych naruszających ciągłość tkanek.

Od roku 2009, ze względu na konieczność zapewnienia porównywalności z danymi z lat wcześniejszych, wszystkie przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu C są kwalifikowane równocześnie w oparciu o dwie definicje choroby, przyjęte na potrzeby nadzoru epidemiologicznego.

Podczas, gdy w kraju utrzymuje się względnie stabilna sytuacja dotycząca zapadalności na tę jednostkę chorobową, to w naszym województwie można zaobserwować wzrost liczby nowych wykrywanych przypadków.



Zjawisko to można tłumaczyć dobrym dostępem do diagnostyki i leczenia w zakresie zakażeń HCV, rzetelną zgłaszalnością oraz coraz częstszą w niektórych placówkach praktyką wykonywania badań przesiewowych w kierunku anty-HCV u wszystkich przyjmowanych do szpitala pacjentów.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

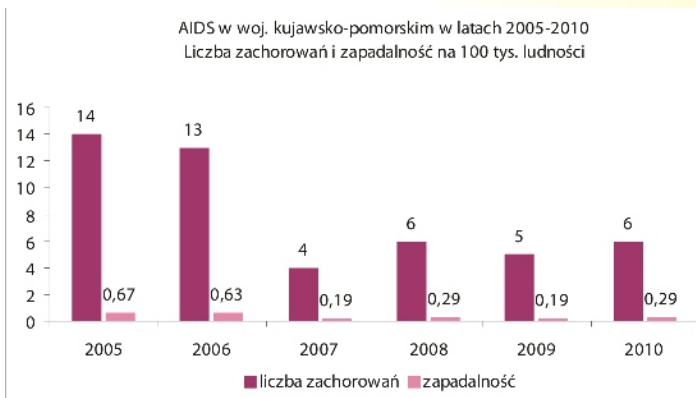
Ocenę sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w województwie kujawsko-pomorskim oparto na zgłoszeniach od lekarzy oraz kierowników laboratoriów, które zostały zweryfikowane zgodnie z obowiązującymi definicjami do celów nadzoru epidemiologicznego.

Poprawie uległa sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV. W 2010 r. zarejestrowano 31 nowo wykrytych przypadków HIV, o 15 przypadków mniej niż w roku 2009. Zgłoszono również 6 zachorowań na AIDS. Z powodu choroby zmarły 4 osoby (w 2009 r.- 5 przypadków AIDS, w tym 3 zgony).

W omawianym okresie 87% zakażeń HIV i 83% zachorowań na AIDS rozpoznano u mężczyzn.



Ogółem od początku rejestracji (tj. od 1985 roku) w woj. kujawsko-pomorskim odnotowano 578 osób zakażonych HIV i 165 zachorowań na AIDS. Z powodu choroby zmarło 80 osób.



Choroby inwazyjne

W ramach prowadzonego nadzoru epidemiologicznego w woj. kujawsko-pomorskim są zbierane, gromadzone i analizowane dane dotyczące inwazyjnych postaci zakażeń wywołanych przez meningokoki, pneumokoki, paciorkowce ropotwórcze oraz bakterie Haemophilus influenzae. W tej grupie chorób jedynie przeciwko paciorkowcom ropotwórczym nie prowadzi się szczepień ochronnych i to właśnie choroby wywołane tym patogenem stanowią zauważalny problem epidemiologiczny.

Dominującą postacią kliniczną inwazyjnych chorób wywołanych przez Streptococcus pyogenes jest róża. W 2010 roku odnotowano 268 przypadków tej choroby (zap. 12,9/100tys.). Ważną chorobą wywoływaną przez paciorkowce ropotwórcze jest płonica.

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.

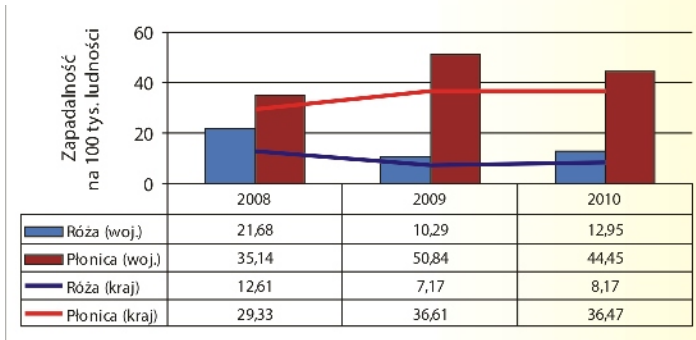
W dużej mierze dzięki dostępności szczepionek ochronnych przeciwko tym czynnikom chorobotwórczym obserwuje się w ostatnich latach stosunkowo niskie poziomy zapadalności w chorobach wywołanych przez te patogeny.

W 2010 roku odnotowano tylko 1 zachorowanie wywołane przez Haemophilus influenzae u 5 miesięcznego dziecka.

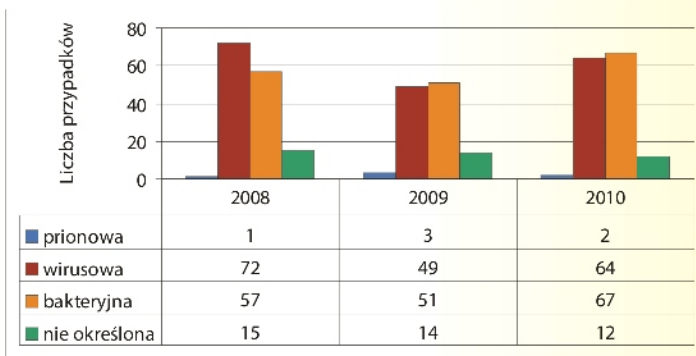
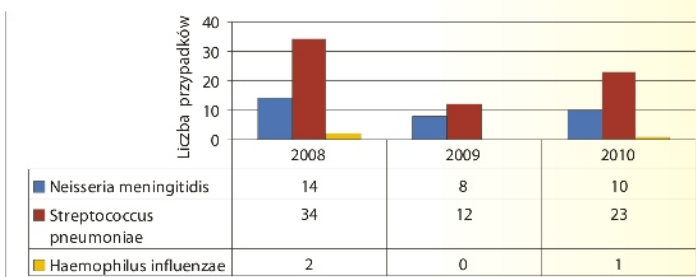
Neuroinfekcje

Spośród chorób zakaźnych i zakażeń objętych obowiązkiem sprawozdawczym wyodrębnia się grupę chorób klinicznie manifestujących się objawami ze strony ośrodkowego układu nerwowego (OUN), w szczególności objawami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego. Do grupy tej klasyfikuje się choroby zarówno o etiologii infekcyjnej (prionowej, wirusowej, bakteryjnej), jak i choroby, dla których nie określono innego, swoistego czynnika chorobotwórczego.

W województwie kujawsko-pomorskim zapadalność w tej grupie chorób od kilku lat utrzymuje się na podobnych, niskich poziomach.



W ewidencji sprawozdawczej wyłączona została ona z grupy chorób inwazyjnych wywołanych tym czynnikiem, ale zasługuje ona w tym miejscu na wyszczególnienie z uwagi na utrzymującą się od kilku lat wysoką zapadalność. W 2010 roku w regionie zgłoszono 920 przypadków płonicy a zapadalność wynosiła 44,45 na 100 tys. ludności (w 2009 roku – 1052, zapadalność 50,84) i nieznacznie przewyższała zapadalność krajową.



W 2010 roku, podobnie jak w ubiegłych latach dostrzega się zależność wystąpienia zakażenia określoną rodzajem czynnika etiologicznego i wiekiem chorego. Bakteryjne zakażenia OUN dotyczą najczęściej małych dzieci do 2 roku życia i osób starszych powyżej 50 lat. Infekcje wirusowe obejmują najczęściej osoby w przedziale wiekowym od 10 do 50 roku życia.

W 2010 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono 2 przypadki choroby Creutzfeldta – Jacoba.

Choroby przenoszone przez kleszcze

Wśród przenoszonych przez kleszcze chorób zakaźnych istotnego znaczenia epidemiologicznego nabrały przede wszystkim borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu.

Borelioza (Choroba z Lyme)

W 2010 roku w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 356 przypadków tej choroby (spadek liczby przypadków o 5,8% w stosunku do 2009 roku). Zapadalność w województwie była prawie o 30% niższa od krajowej.

Ze zgłoszonych zachorowań w 91,2% postacią kliniczną była wczesna faza boreliozy - rumień wędrujący, a w 8,8% późna faza choroby – postać stawowa i neuroborelioza.

W 95,2% zachorowań dotyczyła osób powyżej 15- tego roku życia. Rejestrowane przypadki boreliozy można powiązać z ekspozycją na zakażone kleszcze w czasie pobytu w lasach, na działkach i innych miejscach bytowania kleszczy.

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

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

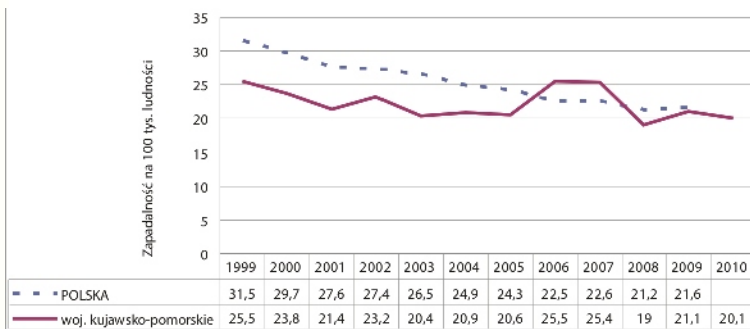
Kleszczowe zapalenie mózgu

W 2010 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono 2 zachorowania na kleszczowe zapalenie mózgu (zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 0,10).

W ostatnich latach obserwujemy wzrost świadomości w społeczeństwie, jeśli chodzi o profilaktykę czynną tej choroby w postaci szczepień ochronnych przeciw KZM.

Gruźlica

Od kilkunastu lat w województwie kujawsko-pomorskim zapadalność na gruźlicę utrzymuje się na stałym poziomie i waha się w granicach 20-25 przypadków na 100 tys. ludności. Według danych zgłoszonych przez Kujawsko - Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy w 2010 roku odnotowano 416 przypadków nowych zachorowań na gruźlicę (zap. 20,1/100tys.), z czego 384 przypadki dotyczyły gruźlicy płuc, a 32 przypadki innego umiejscowienia tej choroby. Najczęściej na gruźlicę zapadają mężczyźni pomiędzy 35 a 60 rokiem życia. Zapadalność mężczyzn jest ponad dwukrotnie większa niż kobiet.



Zapadalność na gruźlicę w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim w latach 1999-2010

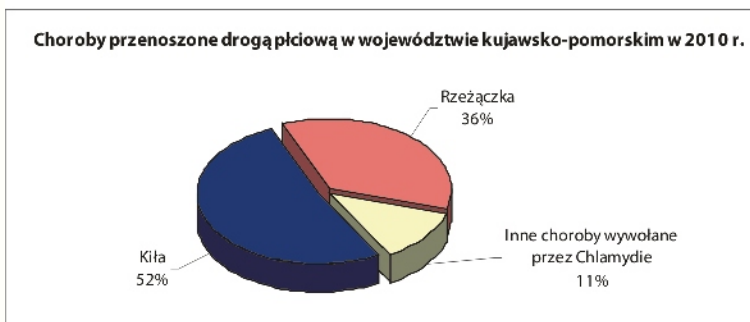
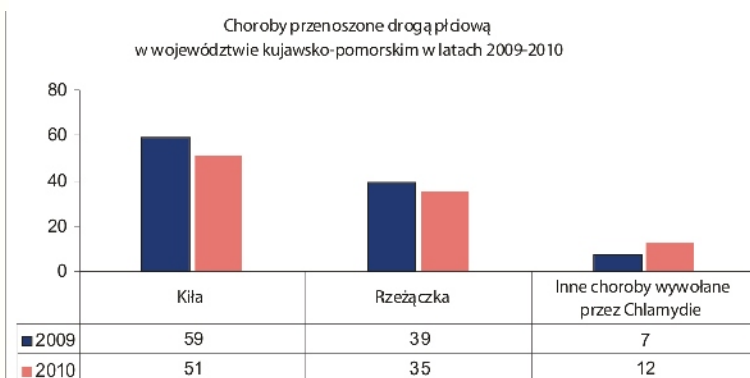
Choroby przenoszone drogą płciową

W 2009r. wprowadzone zostały do obo-wiązkowego raportowania przez nadzór przeciwepidemiczny takie choroby jak: kiła, rzeżączka, ziarnica weneryczna wywołana przez chlamydie, inne choroby wywołane przez chlamydie oraz inne nierzęączkowe zakażenia układu moczopłciowego.

W roku 2010 zgłoszono 98 przypadków zachorowań na wymienione jednostki chorobowe.

Największy odsetek tych zachorowań stanowiła kiła – 52% rejestrowanych przypadków (51 zachorowań). Zarejestrowano 3 przypadki kiły wrodzonej. Zachorowania na rzeżączkę (35 przypadków) stanowiły – 36% zarejestrowanych chorób.

Po kilku latach systematycznego wzrostu zachorowań na kiłę, w 2010 r. nastąpił niewielki spadek - zarejestrowano o 8 przypadków mniej niż w 2009 r.



W roku 2010 r. zarejestrowano w województwie ogółem 15 647 przypadków zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność 756 na 100 tys. ludności), to o ponad 60% mniej niż w roku 2009. Zachorowania dzieci i młodzieży do lat 14 stanowiły blisko 40% (zapadalność 1848,1 na 100 tys. mieszkańców do lat 14).

Grypę potwierdzono laboratoryjnie u 16 osób, w tym podtypu A/H1N1v u 12 chorych, z pięciu powiatów (w roku 2009 u 77 chorych z 17 powiatów). W roku 2010, dwoje chorych, u których potwierdzono grypę A/H1N1v zmarło (2009-3 zgony).

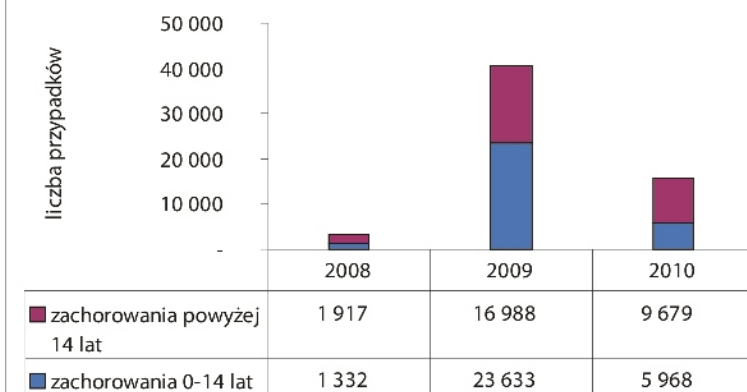
Podobnie jak w latach ubiegłych, prowadzony jest w województwie system zintegrowanego epidemiologicznego i wirusologicznego nadzoru nad grypą SENTINEL, we wszystkich powiatach, w wybranych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Jego realizacja polega na pobieraniu i badaniu próbek materiału biologicznego od pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem grypy.

Ponadto trzy powiaty uczestniczą w europejskim projekcie realizowanym przez ECDC pn. I-MOVE.

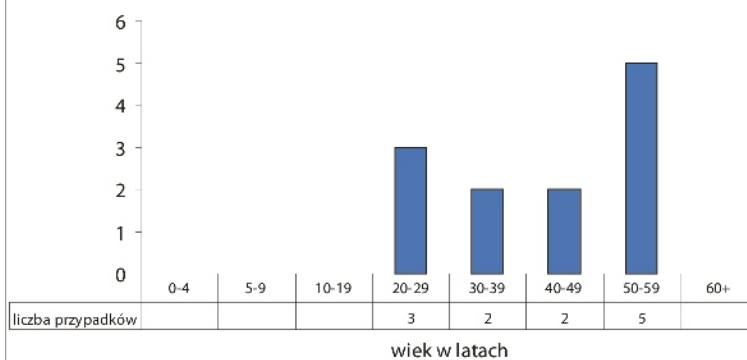
W ramach tego badania współpracujemy również z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej pobierając i badając próbki od chorych podejrzanych o zakażenie wirusem grypy. Pozyskany w ten sposób materiał biologiczny służy badaniom w zakresie kontroli zachorowań na grypę oraz oceny skuteczności szczepionek i leków przeciwwirusowych.

W obu programach uczestniczy łącznie 227 lekarzy poz.

Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2010. Liczba przypadków.



Grypa podtypu A/H1N1v w województwie kujawsko-pomorskim w roku 2010. Przypadki potwierdzone laboratoryjnie według wieku chorych.



Wnioski:

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych w 2010 r. była zróżnicowana, ale można uznać ją za korzystną.
2. Nie stwierdzono epidemicznego wzrostu zachorowań na żadną ze zgłaszanych chorób.
3. Korzystnym zjawiskiem był brak zachorowań na choroby zakaźne szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, jak: cholera, dżuma, wirusowe gorączki krwotoczne.
4. Nowe zagrożenia ze strony biologicznych czynników chorobotwórczych w związku z powodzią nie wpłynęły na pogorszenie się sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń.
5. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych podobnie, jak w roku ubiegłym cechowała pewna cykliczność ich występowania (dotyczy to chorób tzw. wieku dziecięcego). Zaznaczył się spadek zapadalności na krztusiec, świnkę i różyczkę oraz wzrost zapadalności na ospę wietrzną.
6. W 2010 r. w porównaniu z 2009 wzrosła liczba ognisk zatruc/ zakażeń pokarmowych o 22 ogniska. Choroby przenoszone drogą pokarmową wymagają nadal czujności i działań prewencyjnych.
7. Obserwowane rozszerzenie diagnostyki chorób zakaźnych przenoszonych drogą pokarmową umożliwia ustalenie etiologii tych zachorowań, a tym samym ułatwia podejmowanie działań prewencyjnych.
8. Odnotowano wzrost liczby nowo wykrytych zakażeń HCV i zapadalności na przewlekłe wzw typu B. Można to tłumaczyć utrzymującą się od lat w naszym regionie dobrą diagnostyką i zgłaszalnością tych zakażeń.
9. Neuroinfekcje zarówno bakteryjne, jak i wirusowe nie stanowiły problemu epidemiologicznego; zapadalność utrzymywała się na podobnych, niskich poziomach jak w roku ubiegłym.
10. Wśród chorób przenoszonych przez kleszcze dominowała borelioza, pomimo spadku zapadalności w stosunku do roku ubiegłego. Nadal duże znaczenie w profilaktyce tej choroby (wobec braku czynnego uodpornienia) ma podnoszenie świadomości w społeczeństwie w zakresie stosowania odpowiednich zabezpieczeń chroniących przed kleszczami.
11. W 2010 r. odnotowano spadek zapadalności na grypę i infekcje grypopodobne, w tym grypy wywołanej wirusem pandemicznym. Zachorowania na grypę i infekcje grypopodobne podlegają stałemu monitorowaniu.
12. W 2010 r. z raportowanych chorób przenoszonych drogą płciową nadal największy odsetek zachorowań stanowiła kiła.
13. Szczepienia ochronne w ramach Programu Szczepień Ochronnych wykonane zostały na bardzo wysokim poziomie w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową.

OCENA SANITARNA PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA

W województwie kujawsko-pomorskim w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się 955 zakładów opieki zdrowotnej oraz 2.206 praktyk lekarskich w tym dentystów, 101 praktyk pielęgniarskich, a także 40 innych obiektów świadczących usługi medyczne.

Od roku 1999 rozpoczął się, w oparciu o obowiązujące przepisy prawne, proces przekształcania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w placówki niepubliczne. W oparciu o dane statystyczne z okresu lat 2001 – 2010 można prześledzić dynamikę tych zmian na terenie województwa.

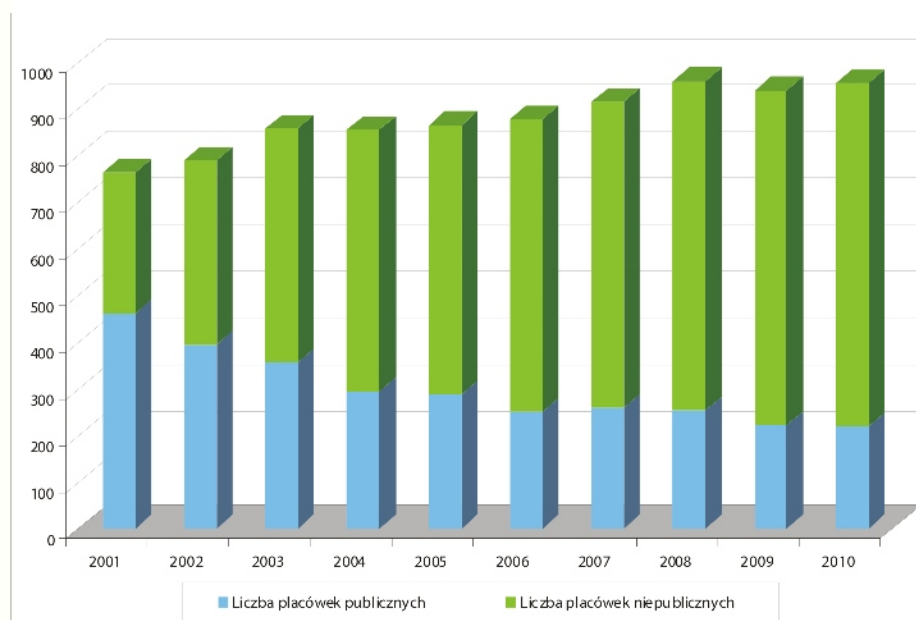
Rok	Liczba zakładów w opiece zdrowotnej ogółem	Liczba placówek publicznych	Liczba placówek niepublicznych
2001	764	461	303
2002	790	395	395
2003	859	357	502
2004	856	295	561
2005	865	289	576
2006	878	250	628
2007	915	260	655
2008	960	254	706
2009	940	223	717
2010	955	219	736



Tab.1 Liczba publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na terenie województwa w latach 2001 – 2010.

Spośród 1 684 skontrolowanych w 2010 r. obiektów skątnywnie pod względem sanitarnym oceniono 0,5% (8) z nich.

Na przestrzeni ostatnich trzech lat procent tych obiektów był zbliżony i wynosił odpowiednio 1,2 % w 2007 r., 1,38% w 2008 r. i 1% w 2009 r.



Szpitala

Omawiając stan techniczny szpitali należy stwierdzić, że jest on nadal bardzo zróżnicowany. Od kilku już lat wysoką ocenę w tym zakresie otrzymują 4 obiekty: Centrum Onkologii w Bydgoszczy, NZOZ Szpital Specjalistyczny „Matopát” w Toruniu, Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Sp. z o.o. Szpital Specjalistyczny „Barska” i Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny „Barska” Sp. z o.o. we Włocławku.

Znacznie gorzej przedstawia się on w Katedrze i Klinice Dermatologii oraz Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy, SPZOZ w Mogilnie (Szpital w Mogilnie) oraz NZOZ „Nowy Szpital” w Wąbrzeźnie.

Utrzymaniem czystości bieżącej w szpitalach zajmują się w przeważającej większości tj. w 69% placówek ekipy wewnętrzne, natomiast w 31% placówek firmy zewnętrzne.

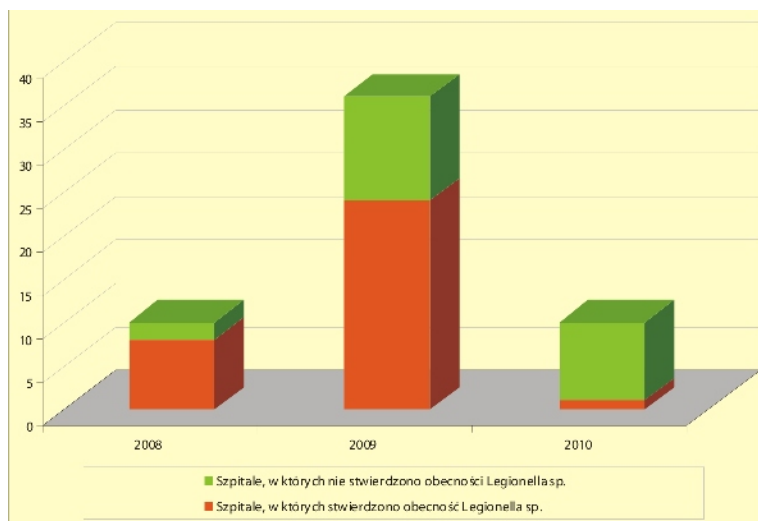
Tendencję taką obserwuje się już do dłuższego czasu, przy czym chętniej z zewnętrznych ekip korzystają szpitale zlokalizowane w dużych miastach województwa np. w Bydgoszczy czy Toruniu. We wszystkich jednostkach sprzątnięcie i utrzymanie czystości odbywa się z zachowaniem norm higienicznych, określonych w opracowanych i wdrożonych procedurach.

Jakość wody przeznaczonej do spożycia, podawanej z podstawowych źródeł zaopatrzenia, pod względem mikrobiologicznym nie budziła zastrzeżeń. Jedynie w 3 przypadkach jej skład fizykochemiczny odbiegał od wymagań sanitarnych w zakresie przekroczeń parametrów manganu, jonu amonowego i sodu. Ich obecność w wodzie nie ma jednak istotnego znaczenia dla zdrowia, wobec czego można było korzystać z wody tych ujęć bez ograniczeń. Nadal znaczny odsetek szpitali nie posiada awaryjnego zaopatrzenia w wodę. W roku 2010 warunków tego nie spełniało 23% (9) placówek i sytuacja ta uległa nieznacznej poprawie w porównaniu z rokiem 2009, kiedy ujęcia awaryjnego nie posiadało 10 szpitali.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, od 2008 r. prowadzi się w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej badania kontrolne na obecność bakterii Legionella sp. w ciepłej wodzie użytkowanej do celów higienicznych. W 2010 r. w 10 placówkach szpitalnych pobrano z ich instalacji wewnętrznej próbki ciepłej wody do badań, w wyniku których w 9 placówkach nie stwierdzono ponadnormatywnej ilości bakterii w wodzie, natomiast w jednym przypadku badanie wykazało skolonizowanie sieci wodnej przez Legionella sp. w stopniu średnim i wyższym. Należy zauważyć, iż działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej przyczyniają się do wzrostu świadomości zagrożenia, jakie niesie za sobą występowanie tej bakterii w wodzie, a podejmowane działania naprawcze, mające na celu wyeliminowanie zagrożenia coraz częściej skutkują poprawą sytuacji w tym zakresie.

Rok	Liczba szpitali, w których pobrano próbki wody ciepłej z instalacji w kierunku Legionella sp.	Liczba szpitali, w których stwierdzono obecność Legionella sp.	Liczba szpitali, w których nie stwierdzono obecności Legionella sp.
2008	10	8	2
2009	36	24	12
2010	10	1	9

Tab. 2.
Badania ciepłej wody na obecność Legionella sp. w placówkach szpitalnych przeprowadzone w latach 2008 – 2010.



Wszystkie placówki województwa, w celu ograniczenia ryzyka występowania zakażeń związanych ze stosowaniem zabiegów medycznych, w tym inwazyjnych zabiegów diagnostycznych oraz zachowania właściwych standardów higieny, opracowały i wdrożyły procedury sanitarno-higieniczne, ze szczególnym uwzględnieniem dezynfekcji i sterylizacji. W 2010 r. w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego nie nastąpiły istotne zmiany w procesach dezynfekcji narzędzi. W placówkach posiadających dobrze zorganizowane centralne sterylizatornie lub zlecających usługę sterylizacji firmom zewnętrznym, narzędzia i sprzęt medyczny po dezynfekcji wstępnej lub z pominięciem tego etapu, pakowane są w kontenery i przekazywane do sterylizacji. W pozostałych placówkach dezynfekcja właściwa narzędzi i sprzętu przeprowadzana jest na oddziałach w gabinetach zabiegowych, salach opatrunkowych, dyżurkach pielęgniarek i pomieszczeniach przy blokach operacyjnych, przy czym stosowano do tego celu preparaty zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

W roku 2010 kontynuowano modernizację pracowni endoskopowych, poprzez wydzielenie pomieszczeń do badań oraz czyszczenia i dezynfekcji sprzętu, jak również wyposażenie ich w myjnie automatyczne lub półautomatyczne.

Rok	Liczba szpitali	Liczba komór	Stacje łóżek	Dezynfekcja komorowa zlecana jednostce zewnętrznej
2009	17	22	2	8
2010	16	21	2	2

Tab. 3.
Dezynfekcja komorowa w województwie kujawsko-pomorskim

Funkcjonujące w strukturze szpitali centralne lub lokalne sterylizatornie w większości nie spełniają wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Wobec tego szpitale, w których sytuacja taka ma miejsce posiadają programy dostosowawcze, zgodnie z którymi muszą zmodernizować bądź wybudować centralne sterylizatornie, ewentualnie zlecić sterylizację jednostce zlokalizowanej poza zakładem, posiadającej system zarządzania jakością (ISO lub GMP) i gwarantującej wyrób sterylny.

Organizacja sterylizacji w jednostkach szpitalnych w 2010 r. przedstawiała się następująco: 17 (42%) szpitali województwa posiada centralną sterylizatornię, 11 (27%) szpitale zleca usługę sterylizacji jednostce zewnętrznej, 5 (13%) placówek procesy sterylizacji

Dominował automatyczny proces dezynfekcji endoskopów. Tylko w 2 szpitalach (w 2009 r. w 3 szpitalach) proces ten wykonywany był ręcznie.

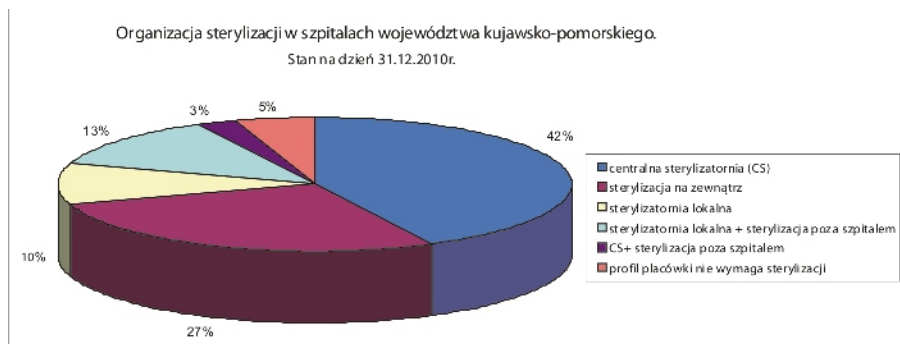
W 2010 r. zmniejszyła się liczba zainstalowanych komór dezynfekcyjnych; w 16 szpitalach działa 21 komór (w 2009 r. w 17 szpitalach były 22 komory).

Nieliczne szpitale zlecają usługę dezynfekcji komorowej firmom zewnętrznym. Procesowi temu podlegają materace, poduszki i koce w przypadku chorób zakaźnych lub po zgonach. Kompletnie wyposażenie łóżek, po każdym pacjencie, jest dezynfekowane komorowo w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy. W Centrum Onkologii oraz w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 1 w Bydgoszczy funkcjonuje centralna stacja łóżek, gdzie dezynfekcji podlegają łóżka z kompletnym wyposażeniem.

wykonuje we własnej lokalnej sterylizatorni i zleca usługę firmie zewnętrznej, 1 (3%) szpital posiada centralną sterylizatornię i zleca usługę sterylizacji, 4 (10%) placówki posiadają tylko lokalną sterylizatornię, w 2 (5%) szpitalach profil placówki nie wymaga sterylizacji sprzętu.



Organizacja sterylizacji w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego. Stan na dzień 31.12.2010 r.



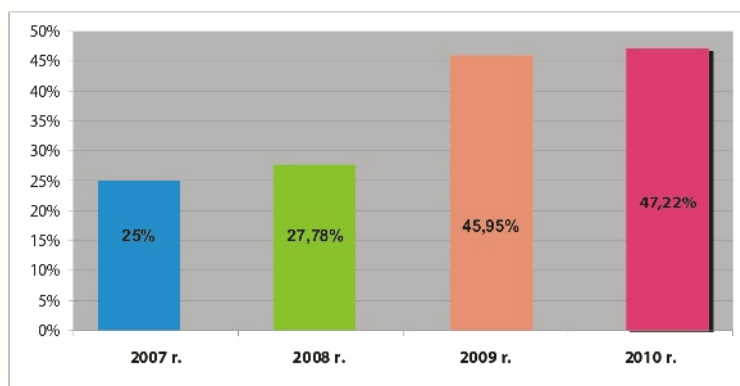
Skuteczność sterylizacji była systematycznie weryfikowana przez użytkowników urządzeń w ramach kontroli wewnętrznej, poprzez stosowanie testów chemicznych, bioindykatorów oraz wskaźników fizycznych. Centralne sterylizatornie prowadzą od wielu lat systematyczną, udokumentowaną kontrolę procesów sterylizacji, dla każdego urządzenia prowadzony jest rejestr wewnętrznej kontroli skuteczności procesów sterylizacji.

Zagrożenia bezpieczeństwa żywności występujące w obiektach, w których nieprawidłowości sanitarno-techniczne wynikają z infrastruktury zakładu, minimalizowane są dzięki zastosowaniu odpowiednich procedur systemowych.

W roku sprawozdawczym wszystkie szpitale pracowały zgodnie z zasadami GHP/GMP, a w wielu z nich wdrożono w pełni system HACCP. W porównaniu z latami ubiegłymi można stwierdzić sukcesywny wzrost liczby obiektów, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP.

W 2010 roku poddano ocenie na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego 27 bloków żywienia w zakładach opieki zdrowotnej. Wszystkie skontrolowane obiekty zostały ocenione jako zgodne z wymaganiami. Kontrole bloków żywienia w szpitalach wykazały, iż warunki sanitarno-higieniczne i techniczne ulegają systematycznej lecz niewielkiej poprawie w porównaniu z latami poprzednimi. Zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego nadal występują w szpitalach, a jedynym sposobem na ich zminimalizowanie jest rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.

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



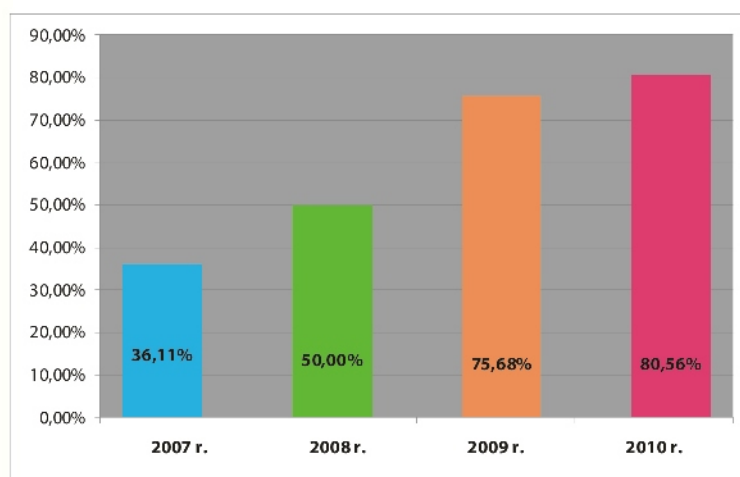
Odsetek placówek organizujących żywienie pacjentów przy pomocy firm zewnętrznych

Odsetek placówek, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP

We wszystkich jednostkach zasady postępowania z odpadami, w tym medycznymi, określone zostały przez odpowiednie procedury, dostosowane do obowiązujących przepisów prawnych.

Pomieszczenia, w których gromadzi się i przechowuje odpady są na ogół właściwie wyposażone. Wszystkie placówki mają uregulowane formalności w zakresie wytwarzania i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych.

Na 39 szpitali, 38 unieszkodliwia odpady medyczne w specjalistycznych jednostkach. Na terenie województwa czynna jest tylko jedna spalarnia zlokalizowana przy Centrum Onkologii w Bydgoszczy.



W 2010 r. we wszystkich szpitalach wytworzono łącznie ok. 1.796732,10 kg odpadów medycznych o kodach 18 01 02 i 18 01 03.

Proces prania bielizny szpitalnej, podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywany jest we własnym zakresie w 6 placówkach, a w pozostałych (33) zlecany zewnętrznym jednostkom usługowym. We wszystkich skontrolowanych obiektach postępowanie z bielizną szpitalną było na ogół prawidłowe, zgodne z opracowanymi i wdrożonymi procedurami.

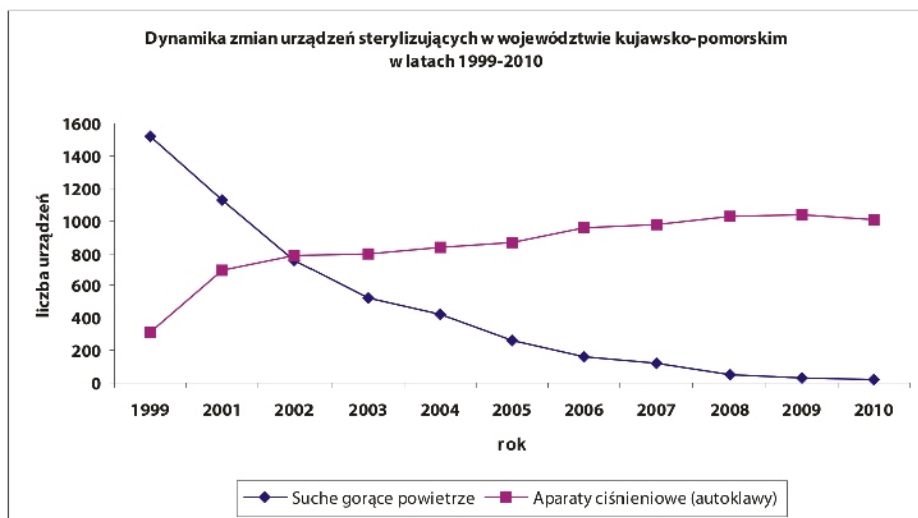
Podobna jak w szpitalach, była sytuacja w pozostałych zakładach opieki zdrowotnej, tak w zakresie stanu technicznego, jak i funkcjonalnego. Bardziej korzystnie na tym tle przedstawiały się nowo powstające niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki lekarskie. Niemniej jednak prowadzone prace remontowo-modernizacyjne, wynikające z realizacji programów dostosowawczych przyczyniły się do poprawy warunków sanitarno-technicznych w 65 przychodniach, ośrodkach, poradniach i ambulatoriach, dzięki temu też w 12 powiatach wzrosła znacznie liczba obiektów spełniających wymagania obowiązujących przepisów. Jedynie w przypadku 3 powiatów: nakielskiego, toruńskiego i wąbrzeskiego odsetek tych obiektów był niższy niż 50%.

W 2010 r. w 11 obiektach tej grupy (4 zakłady opiekuńczo-lecznicze, 5 obiektów sanatoryjnych, 2 hospicja) pobrano z ich instalacji wewnętrznej próbki ciepłej wody do badań laboratoryjnych na obecność pałeczek Legionella sp., stwierdzając w 5 przypadkach skolonizowanie sieci wodnej przez Legionella sp. w stopniu średnim i wyższym.

W przychodniach, poradniach, ośrodkach zdrowia oraz ambulatoriach dezynfekcja sprzętu i narzędzi medycznych przeprowadzana była, podobnie jak w latach ubiegłych, najczęściej metodą tradycyjną (ręcznie) w gabinetach zabiegowych i gabinetach specjalistycznych (stomatologicznych, chirurgicznych, laryngologicznych, ginekologicznych). Coraz więcej placówek posiada na wyposażeniu myjki ultradźwiękowe oraz korzysta ze sprzętu jednorazowego użycia. Dekontaminacja narzędzi w grupie obiektów praktyk lekarskich w tym lekarzy dentyistów, nadal najczęściej odbywała się w pomieszczeniach, w których wykonywane były zabiegi medyczne lub w pomieszczeniach do tego celu przeznaczonych, przy użyciu prawidłowo dobranych preparatów dezynfekcyjnych. Coraz częściej do mycia i dezynfekcji sprzętu wykorzystuje się myjki ultradźwiękowe, jednak nadal przeważającym sposobem przeprowadzania tych zabiegów jest metoda manualna.

Typ aparatu	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Suche gorące powietrze	1523	1129	754	522	427	258	158	121	53	35	24
Aparaty ciśnieniowe (autoklawy)	313	699	782	798	833	861	959	972	1029	1035	1011

Tab.4 Dynamika zmian urządzeń sterylizujących w województwie kujawsko – pomorskim w latach 1999-2010



Stan sanitarno-techniczny bloków żywienia zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych funkcjonujących samodzielnie jest lepszy niż obiektów działających w strukturze organizacyjnej szpitali, bowiem przeprowadzone w nich kontrole sanitarne nie wykazywały nieprawidłowości. W przypadkach pozostałych obiektów wszelkie nieprawidłowości natury sanitarno-technicznej usuwane są poprzez realizację programów dostosowawczych, bądź w drodze decyzji administracyjnych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnych.

W 2010 r. na terenie województwa skontrolowano wszystkie bloki żywienia w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych, a analizie na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego poddano 27 z nich. Wszystkie zakłady zostały sklasyfikowane jako zgodne z wymaganiami. Przeprowadzone kontrole bloków żywienia w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych wykazały jednak pewne nieprawidłowości natury technicznej oraz sanitarno-higienicznej. Zaobserwowano również braki części wymaganej dokumentacji dotyczącej GHP/GMP i systemu HACCP.

Proces sterylizacji przeprowadzany jest w gabinetach zabiegowych, w nielicznych tylko placówkach zorganizowano punkty centralnego sterylizowania. Nadal jednak znaczna część placówek korzysta z usług sterylizatorni w szpitalach lub zleca usługę sterylizacji firmie zewnętrznej, bądź stosuje wyłącznie sprzęt sterylizacyjny jednorazowego użytku.

W grupie praktyk lekarskich przeważającą metodą sterylizacji jest para wodna. Dla gabinetów, które nie posiadają autoklawów sterylizację narzędzi medycznych przeprowadzają sterylizatornie zlokalizowane w przychodniach lub szpitalach, na podstawie umowy zlecenia.

W 2010 r. nadal obserwowano systematyczną wymianę urządzeń sterylizujących. Stare urządzenia na suche, gorące powietrze zastępowane były przez autoklawy. Dynamika tych zmian jest jednak znacznie mniejsza niż w latach ubiegłych. Po raz pierwszy od dziesięciu lat zanotowano również zmniejszającą się liczbę urządzeń, w których czynnikiem sterylizującym jest para wodna pod ciśnieniem.



W przedmiotowej grupie obiektów odnotowano 2 ogniska zbiorowego zatrucia pokarmowego – w Sanatorium „Modrzew” NZOZ i Sanatorium Uzdrowiskowym „Przy Tężni” na terenie powiatu inowrocławskiego.

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

Woda przeznaczona do zbiorowego zaopatrzenia ludności w województwie kujawsko-pomorskim jest uzyskiwana z dwóch rodzajów ujęć: wody podziemnej oraz wody powierzchniowej.

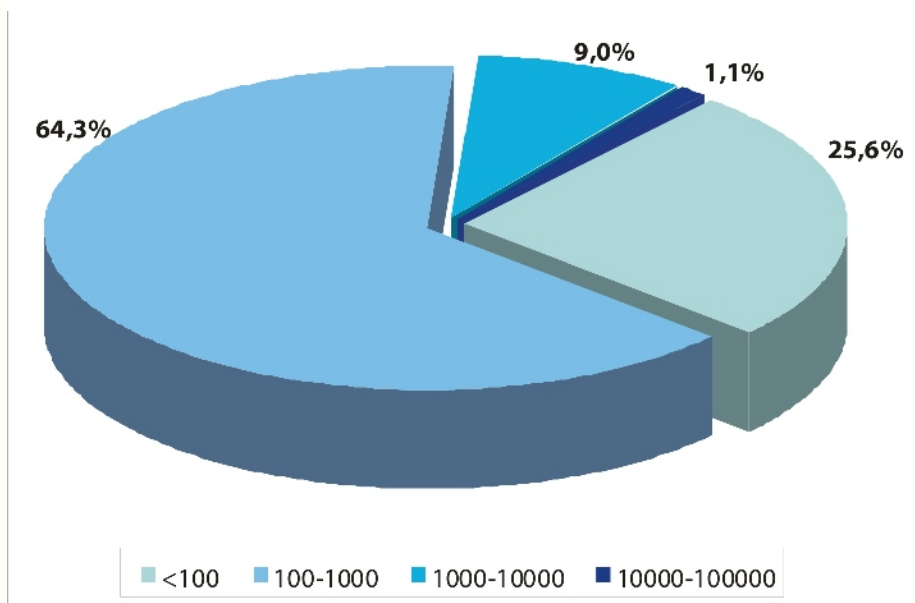
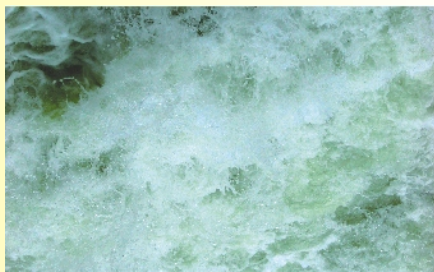
Wodą z ujęć powierzchniowych były zasilane 2 wodociągi: wodociąg dla miasta Bydgoszczy i Torunia

W 2010 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały na terenie całego województwa 440 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę oraz 36 urządzeń wodociągowych należących do innych podmiotów zaopatrujących w wodę, odnotowując dalszą poprawę ilościowego zaopatrzenia ludności w wodę, wynikającą głównie z rozbudowy już istniejących sieci wodociągowych.

Infrastruktura zaopatrzenia w wodę

W skali województwa najwyższy odsetek urządzeń do zaopatrzenia ludności w wodę stanowią wodociągi o produkcji od 100 do 1.000m³/dobę – 64,3% i wodociągi o produkcji mniejszej niż 100m³/dobę – 25,6%. Wodociągi o większej produkcji stanowią zdecydowanie mniejszy udział procentowy. I tak urządzenia o produkcji od 1.000 do 10.000m³/dobę – 9%, a najmniejszy tj. 1,1% produkujące od 10.000 do 100.000m³/dobę.

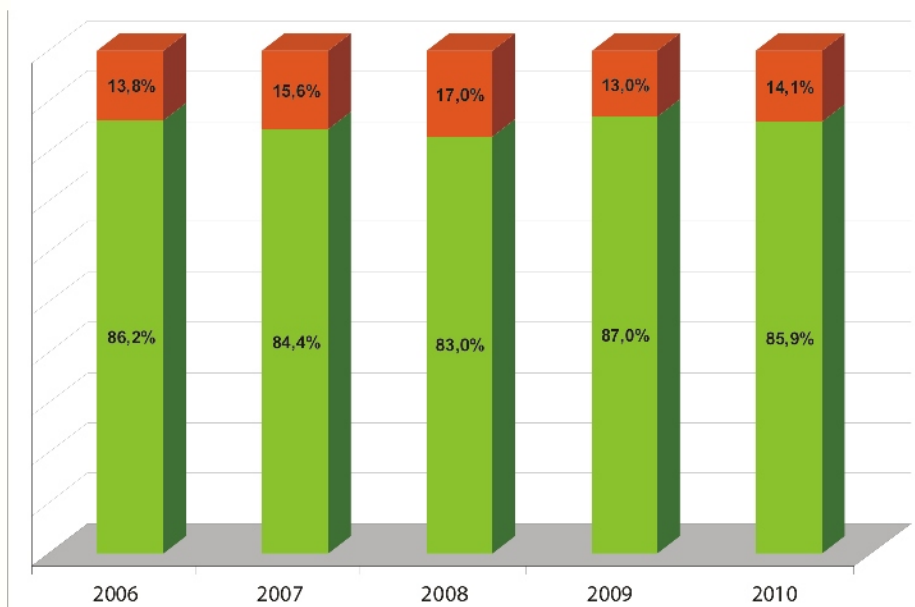
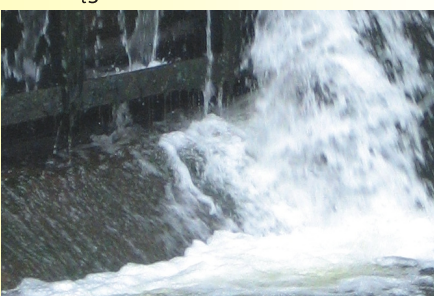
Przedstawia to wykres kołowy.



Ocena jakości wody przeznaczanej do spożycia

Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2009,574 tys. (97%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

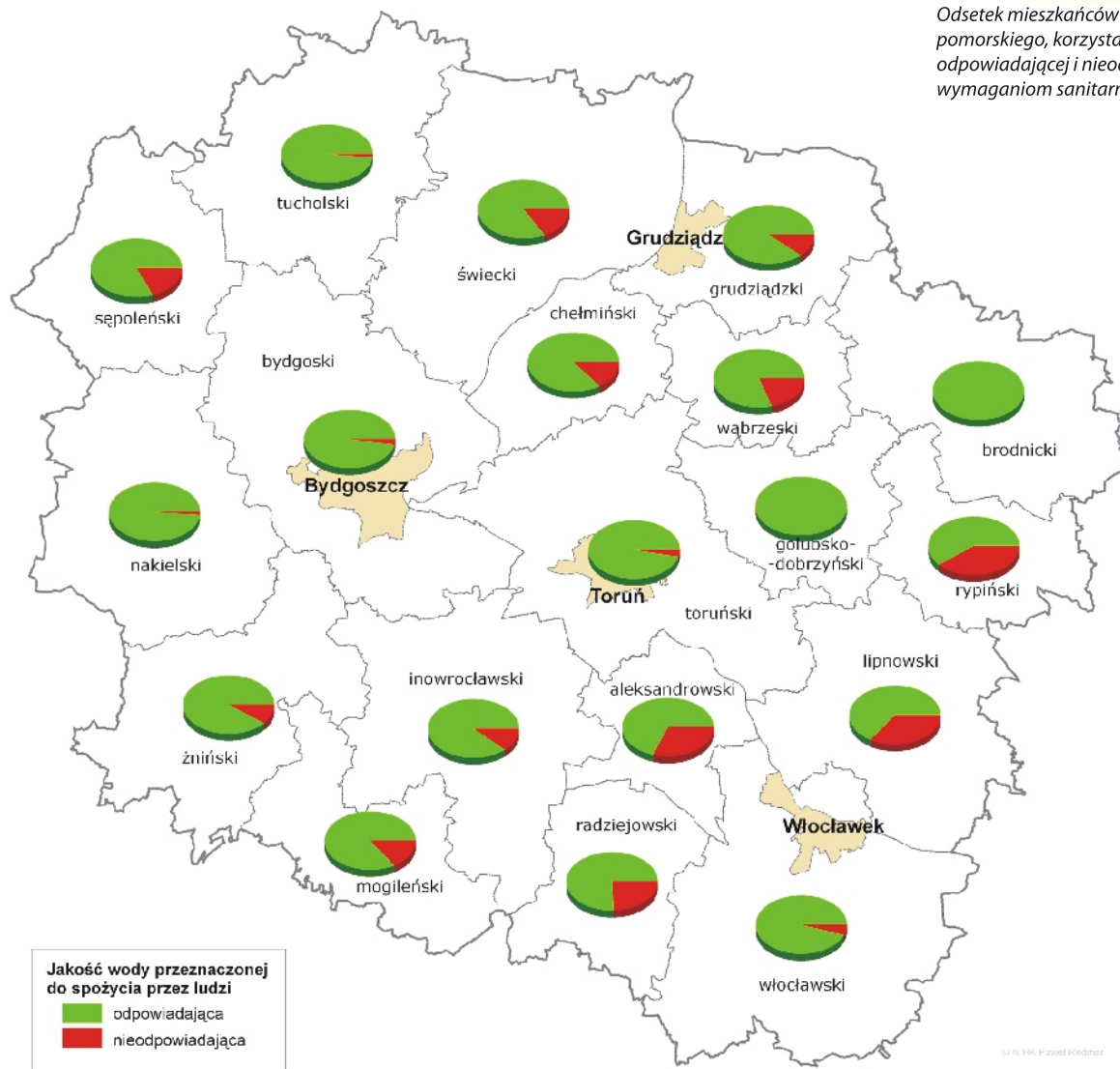
Wodę dobrą, spełniającą wymogi sanitarne dostarczało blisko 85,9% skontrolowanych wodociągów, natomiast wodę nie spełniającą wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczało 14,1% skontrolowanych ogółem wodociągów.



Odsetek urządzeń dostarczających wodę odpowiadającą wymaganiom w latach 2006-2010

Analizując zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia na terenie poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego należy zauważyć, że z wody dobrej jakości w 100% korzystali mieszkańcy powiatów brodnickiego i golubsko-dobrzyńskiego, tucholskiego w 98,6%, natomiast najniższy odsetek odnotowano na terenie powiatów rypińskiego (40,8%), lipnowskiego (35,9%) i aleksandrowskiego (31,8%).

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



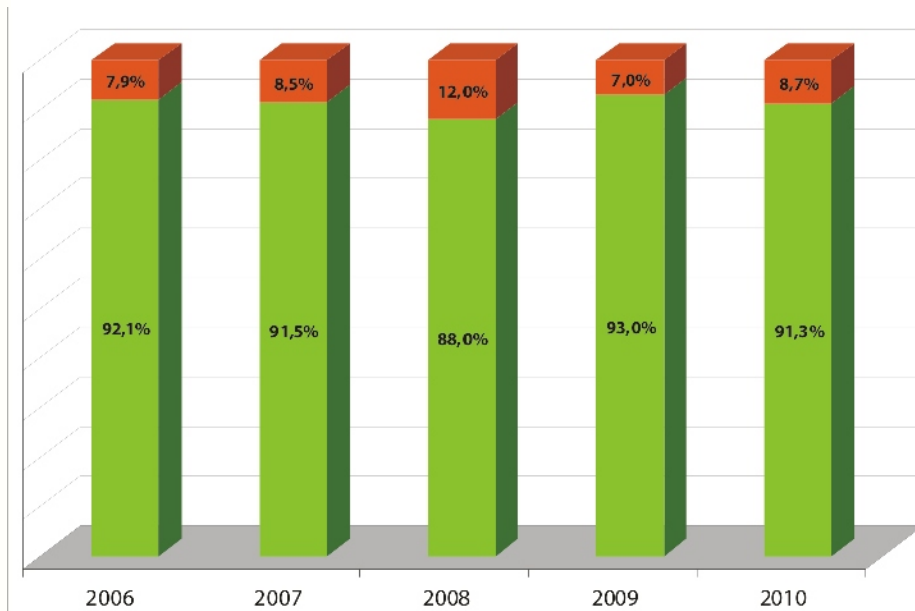
© N. HK. Paweł Niedmar

STAN SANITARNY URZĄDZEŃ DO ZAOPATRYWANIA W WODĘ

Powiat	Jakość wody	
	odpowiadająca	nieodpowiadająca
aleksandrowski	68,24%	31,76%
brodnicki	100%	0%
bydgoski	97,65%	2,35%
chełmiński	86,92%	13,08%
golubsko-dobrzyński	100%	0%
grudziądzki	89,64%	10,36%
inowrocławski	89,21%	10,79%
lipnowski	64,08%	35,92%
mogileński	85,89%	14,11%
nakielski	98,76%	1,24%
radziejowski	75,80%	24,20%
rypiński	59,16%	40,84%
sępoleński	82,36%	17,64%
świecki	84,54%	15,46%
toruński	97,07%	2,93%
tucholski	98,60%	1,40%
wąbrzeski	91%	19%
włocławski	95,60%	4,40%
żniński	91,19%	8,81%



Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom sanitarnym w latach 2006-2010.



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

- 10 000 do 100 000m³/dobę wynosił 100%
- 1 000 do 10 000m³/dobę wynosił 83%
- 100 do 1 000m³/dobę wynosił 85,6%
- < 100m³/dobę wynosił 90,5%.

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

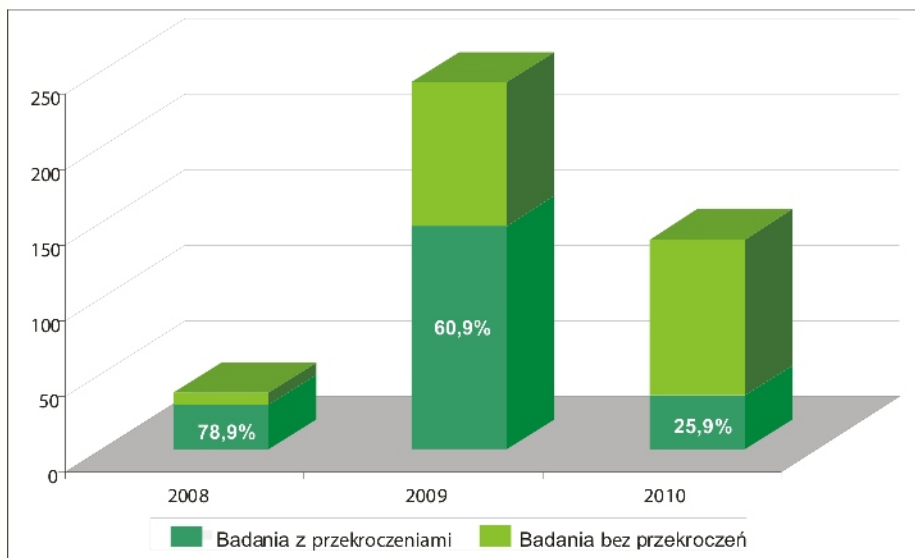
W celu dokonania mikrobiologicznej oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia wykonano ogółem 8 565 badań w tym kierunku, z czego 2,9% (w 2009 2,3%) było kwestionowanych. W większości były to okresowe przekroczenia, które nie wpływały na negatywną ocenę końcową jakości wody, jednakże wskazywały na nieodpowiednio prowadzone procesy uzdatniania wody, jej wtórne zanieczyszczenie lub inne przyczyny.



Na podstawie prowadzonych badań laboratoryjnych stwierdzano również przekroczenia dopuszczalnych norm fizykochemicznych w wodzie pochodzącej z 61 wodociągów. Nieodpowiednia jakość wody była najczęściej kwestionowana ze względu na ponadnormatywną zawartość manganu i żelaza oraz związaną z tym podwyższoną mętność, co w większości przypadków nie przekładało się na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Najwięcej urządzeń dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych znajdowało się w grupie wodociągów o produkcji wody do 1.000m³/dobę. Stwierdzano przekroczenia związków manganu w granicach od 51 do 680 g/l, natomiast przekroczenia żelaza wahały się w granicach od 201 do 4000 g/l. W ciągu roku notowane przekroczenia dopuszczalnych norm dotyczyły także zawartości jonu amonowego, utlenialności, mętności i barwy, a w wodzie z wodociągu w Aleksandrowie Kujawskim także sodu. Z powyższych względów wodę dopuszczano do spożycia warunkowo, poprzedzając te decyzje oceną skali ryzyka dla zdrowia ludzi.

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, od roku 2008 prowadzone są w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i budynkach zamieszkania zbiorowego badania kontrolne na obecność bakterii Legionella sp. w ciepłej wodzie użytkowanej do celów higienicznych.

W 2010 roku badaniami tymi objęto ogółem 36 obiektów, pobierając w nich do badań laboratoryjnych 139 próbek, w celu określenia stopnia skolonizowania przez pałeczki Legionella sp. instalacji ciepłej wody, przy czym zakwestionowano 25,95% z nich. Należy zauważyć, iż działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej przyczyniają się do wzrostu świadomości osób zarządzających obiektami na temat skali zagrożenia, jakie niesie za sobą występowanie tej bakterii w wodzie, a podejmowane przez nich działania naprawcze, mające na celu wyeliminowanie zagrożenia, coraz częściej skutkują poprawą sytuacji w tym zakresie.



Badania na obecność Legionella sp. w latach 2008- 2010.

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

W 2010 roku na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 17787 obiektów żywnościowo-żywnościowych oraz 183 zakłady produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami. Spośród obiektów ujętych w ewidencji skontrolowano 11476 zakładów. W przypadku 8365 obiektów dokonano oceny ich stanu sanitarnego, w oparciu o aktualnie obowiązujące arkusze, które stanowią jednolite w skali kraju kryterium oceny zakładów żywnościowo-żywnościowych. Na podstawie przeprowadzonych kontroli stanu sanitarnego w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi 103 zakłady uznano za niezgodne z obowiązującymi wymaganiami, co stanowiło 0,9% ogółu skontrolowanych. W grupie obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami nie odnotowano zakładów niespełniających wymagań w zakresie warunków produkcji.

Szczegółowe dane dotyczące stanu sanitarnego obiektów będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie woj. kujawsko-pomorskiego przedstawia tabela 1 i tabela 2 oraz wykres 1.



Tabela 1. Stan sanitarny obiektów żywienia zbiorowego, produkcji oraz obrotu środkami spożywczymi i kosmetykami w latach 2009-2010.

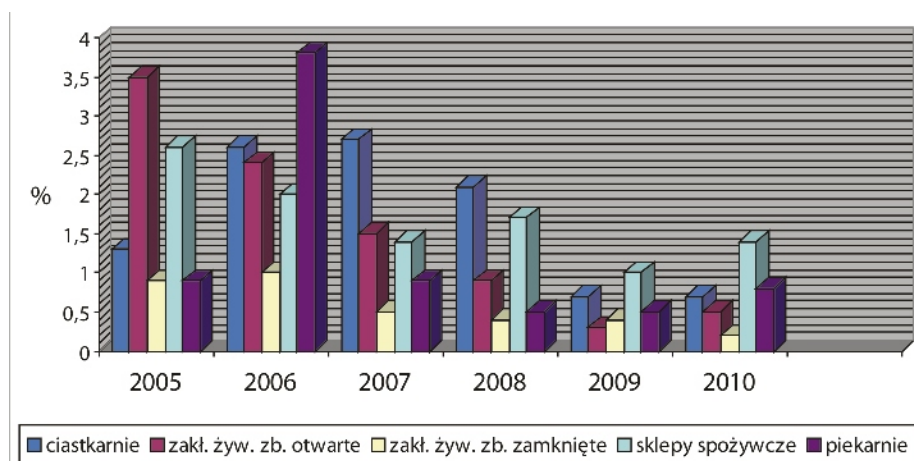
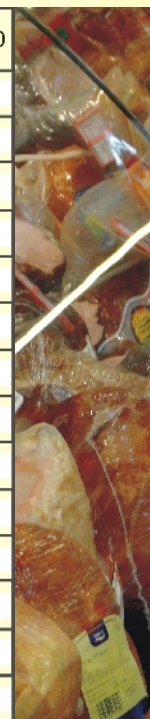
L.p.	Grupa obiektów	Liczba obiektów skontrolowanych		Liczba obiektów niezgodnych z wymaganiami	
		2009	2010	2009	2010
1	2	3	4	5	6
Obiekty produkcji żywności					
1	Wytwórnice lodów	17	16	-	-
2	Automaty do lodów	146	153	-	1
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	6	5	-	-
4	Piekarnie	281	281	3	2
5	Ciastkarnie	144	138	1	1
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	56	58	1	-
7	Browary i słodownie	2	2	-	-
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	7	8	-	-
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	3	3	-	-
10	Zakłady garmazeryjne	20	14	-	-
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	30	33	1	-
12	Wytwórnice makaronów	8	8	-	-
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	34	37	-	-
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	16	16	-	-
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	2	1	-	-
16	Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	1	1	-	-
17	Wytwórnice suplementów diety	1	1	-	-
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	3	-	-	-
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	3	2	-	-
20	Cukrownie	3	2	-	-
21	Inne wytwórnice żywności	76	78	-	-
Obiekty obrotu żywnością					
22	Sklepy spożywcze	5069	5198	51	75
	w tym: supermarkety, hipermarkety	221	247	-	-
23	Kioski	332	326	8	4
	w tym kioski na targowiskach sprzedające mięso	56	41	-	-
	kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	81	94	-	1
24	Magazyny hurtowe	387	377	2	3
	w tym hurtownie suplementów diety	4	6	-	-
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	108	81	-	-

26	Środki transportu	374	270	-	-
27	Inne obiekty obrotu żywnością	183	351	5	-
Obiekty żywienia zbiorowego					
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2607	2447	8	13
	w tym zakłady małej gastronomii	1791	1658	4	8
	Wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	1		-	
	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1411	1284	4	3
29	a) stołówki pracownicze	25	30	-	-
	b) bufety przy zakładach pracy	58	55	-	-
	c) stołówki w domach wczasowych	44	40	-	-
	d) bloki żywienia w szpitalach	35	29	1	-
	w tym żywienie w systemie cateringowym	16	13	1	-
	e) kuchnie niemowlęce	14	8	-	-
	f) bloki żywienia w sanatoriach i prewentiariach	28	29	-	-
	w tym żywienie w systemie cateringowym	-		-	
	g) bloki żywienia w domach opieki społecznej	65	47	1	-
	w tym żywienie w systemie cateringowym	7	7	-	-
	h) stołówki w żłobkach, domach małego dziecka	19	16	-	-
	i) stołówki szkolne	440	412	-	-
	w tym żywienie w systemie cateringowym	129	148	-	-
	j) stołówki w bursach i internatach	48	16	-	-
	k) stołówki na koloniach, półkoloniach, obozach i zimowiskach	170	150	1	1
	l) stołówki w przedszkolach	301	319	1	1
	w tym żywienie w systemie cateringowym	34	56	-	-
	ł) stołówki w domach dziecka i młodzieży	20	8	-	-
	m) stołówki studenckie	5	7	-	-
	n) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	26	20	-	-
o) zakłady usług cateringowych	13	16	-	-	
p) inne zakłady żywienia	100	82	-	1	
30	Razem (wiersze 1-29)	11330	11191	84	102
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	48	39	-	1
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	59	74	-	-
	w tym hurtownie	26	29	-	-
	sklepy	32	45	-	-
33	Razem (wiersze 31-32)	107	113	-	1
34	Ogółem (wiersze 30-33)	11437	11304	84	103
Obiekty produkcji i obrotu kosmetykami					
35	Zakłady produkujące i konfekcjonujące kosmetyki	9	8	-	-
37	Zakłady produkcji kosmetyków (bez konfekcjonowania)	-		-	-
38	Zakłady konfekcjonujące kosmetyki (bez produkcji)	-	1	-	-
39	Obiekty obrotu kosmetykami	129	163	-	-
	w tym hurtownie	8	13	-	-
	w tym sklepy	107	147	-	-
40	Razem (wiersze 35-39)	138	172	-	-
41	Ogółem (wiersze 34+42)	11575	11476	84	103



Tabela 2. Odsetek obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku o złym stanie sanitarnym w latach 2005-2010 (uszeregowanie wg kolejności od obiektów o najgorszym stanie sanitarnym w 2010r. do najlepszych).

Rodzaj obiektu	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością		-	-	-	-	2,6
Sklepy spożywcze	2,6	2,0	1,4	1,7	1,0	1,4
Kioski spożywcze	2,3	1,8	0,2	1,0	2,4	1,2
Kioski na targowiskach sprzedające inne artykuły spożywcze	-	0,6	-	-	-	1,0
Magazyny hurtowe	1,6	1,4	0,9	0,5	0,5	0,8
Piekarnie	0,9	3,8	0,9	2,0	1,0	0,7
Ciastkarnie	1,3	2,6	2,7	2,1	0,7	0,7
Automaty do lodów	-	-	0,8	-	-	0,6
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	3,5	2,4	1,5	0,9	0,3	0,5
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,9	1,0	0,5	0,4	0,4	0,2
Inne obiekty obrotu żywnością	7,0	2,9	2,7	3,1	2,7	-
Wytwórnice wyrobów cukierniczych	2,6	-	2,5	-	-	-
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	4,9	-	-	-	3,3	-
Inne wytwórnice żywności	-	-	-	1,4	-	-



Wykres 1. Odsetek wybranych grup obiektów niespełniających wymagań sanitarno-higienicznych w latach 2005-2010.

Wniosek:

W latach 2005–2010 największą dynamikę poprawy stanu sanitarno-higienicznego wykazały zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego. Poprawie uległy również zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego i ciastkarnie.

Znaczący odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami prawa żywnościowego stanowią sklepy i kioski spożywcze. Zły stan sanitarny tego typu obiektów może być związany z mniejszą częstotliwością kontroli prowadzonej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakładach należących do przedmiotowych grup oraz dużą rotacją w tym segmencie.

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

Rodzaj badań	Liczba próbek				% zdyskwalifikowanych próbek	
	zbadanych ogółem		zdyskwalifikowanych ogółem		zdyskwalifikowanych próbek	
	2010 r.	2009 r.	2010 r.	2009 r.	2010 r.	2009 r.
Środki spożywcze krajowe + UE	3854	4134	101	124	2,6	2,99
Środki spożywcze z importu	145	169	0	2	0	1,18
Badania sanitarne	43	222	15	13	34,9	5,8
Próbki z ognisk zarażeń pokarmowych	138	103	14	7	10,1	6,8
Materiały i wyroby do kontaktu z żywnością oraz kosmetyki	174	120	11	7	6,3	5,8
Razem	4354	4758	141	153	3,2	3,2

Tabela 3. Ilość oraz rodzaj zbadanych i zdyskwalifikowanych próbek w 2010 r. w porównaniu z rokiem 2009..

W analizowanym okresie Laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy wspólnie z Oddziałami Laboratoryjnymi Stacji Powiatowych w Grudziądzu, Toruniu i Włocławku działającymi w ramach zintegrowanego systemu oceny bezpieczeństwa żywności, opakowań do żywności oraz wyrobów kosmetycznych zbadało ogółem **4354** próbki. Na podstawie uzyskanych wyników zdyskwalifikowano za przekroczenia dopuszczalnych poziomów zanieczyszczeń **141** próbek tj. **3,2** % próbek zbadanych.

Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że jakość zdrowotna środków spożywczych krajowych oraz pochodzących z innych krajów Unii Europejskiej uległa w porównaniu z rokiem 2009 nieznacznej poprawie.

Procent próbek zdyskwalifikowanych **zmniejszył się z 3% w roku 2009 do 2,6% w roku 2010.**

Tabela 4.
Jakość zdrowotna środków spożywczych w zakresie zbadanych parametrów fizyko-chemicznych i mikrobiologicznych w roku 2010.



Środki spożywcze	Liczba próbek środków spożywczych									
	zbadanych					zdyskwalifikowanych				
	mikro-biologicznie	chemi-cznie	w kier-unku ozna-kowań	orga-nolep-tycznie	na obe-čność zanie-czy-szczeń	mikro-biologicznie	chemi-cznie	w kie-runku ozna-kowań	orga-nolep-tycznie	na obe-čność zanie-czy-szczeń
Krajowe + UE	2663	952	1435	3360	36	80	10	1	9	2
z importu	46	81	110	111	0	0	0	0	0	0
Razem:	2709	1033	1545	3471	36	80	10	1	9	2

Z danych przedstawionych w tabeli 4 wynika, że nadal głównymi czynnikami dyskwalifikującymi środki spożywcze produkcji krajowej oraz z krajów UE są ponadnormatywne zanieczyszczenia mikrobiologiczne, które stwierdzono w **80** próbkach na **2663** próbek zbadanych, co stanowi **3 %**.

W przypadku pozostałych kierunków badań stwierdzono pojedyncze próbki kwestionowane dla badań chemicznych, organoleptycznych, badań na obecność zanieczyszczeń biologicznych i fizycznych oraz prawidłowości znakowania.

Tabela 5.
Jakość zdrowotna środków spożywczych wyrażona w procentach próbek zdyskwalifikowanych w roku 2010 w porównaniu z rokiem 2009.



Rodzaj próbki	Pochodzenie próbek zdyskwalifikowanych	% próbek zdyskwalifikowanych	
		2010 r.	2009 r.
Sól spożywcza	kraj	24,3	0
Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	kraj	6,1	12,45
Mleko i przetwory mleczne	kraj	4,8	4,37
Mięso, podroby i przetwory mięsne	kraj/UE	3,9	5,7
Ziarno zbóż i przetwory zbóżowo – mączne	Kraj/UE	2,5	4,3
Wyroby garmazeryjne	kraj	2,5	6,15
Wyroby cukiernicze i dastkarskie	kraj	2,3	6,15
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	1,9	0
Ryby, owoce morza i ich przetwory	kraj	0,9	0
Owoce	kraj/import	0,5	0,5
Warzywa w tym strączkowe	kraj/UE	0	1,78
Kawa, herbata, kakao, herbatki ziołowe i owocowe	import	0	1,75

Z analizy danych zawartych w tabeli wynika, że w większości grup środków spożywczych nastąpiła w roku 2010 poprawa ich jakości zdrowotnej.

Jedynie w przypadku soli spożywczej badanej pod kątem zawartości jodu stwierdzono stosunkowo wysoki odsetek próbek zdyskwalifikowanych, co świadczy o niewystarczającym jodowaniu soli.

W przypadku pozostałych grup asortymentowych, które nie zostały uwzględnione w powyższej tabeli nie stwierdzono próbek zdyskwalifikowanych.

Oceną laboratoryjną w ramach urzędowej kontroli zostały również objęte materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością w zakresie ich bezpieczeństwa oraz wpływu na jakość zdrowotną środków spożywczych. Na zbadanych ogółem **105** próbek zdyskwalifikowano **7**, tj. **6,7 %**

Główną przyczyną dyskwalifikacji była zawartość formaldehydu oraz migracja metali (ołow i kadm). Dotyczyły to wyrobów ceramicznych, szklanych oraz z melaminy. Kwestionowane produkty były wyprodukowane w kraju oraz pochodziły z importu (Chiny, Turcja).

Laboratorium dokonało oceny **69** próbek wyrobów kosmetycznych, zarówno krajowych, jak i pochodzących z innych państw UE. Cztery próbki zostały zakwestionowane. Stanowiły one 5,8 % prób zbadanych.

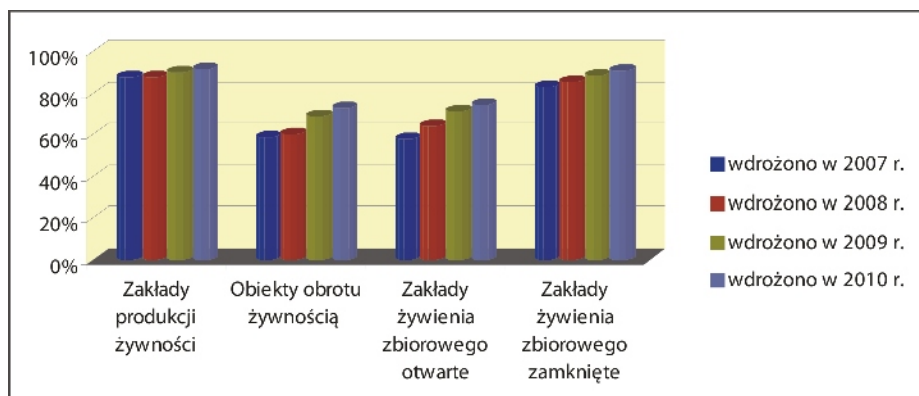
Ocena wdrażania realizacji zasad GHP/GMP oraz systemu HACCP w zakładach żywienia zbiorowego, produkcji i obrotu żywnością

Podobnie jak w minionych latach Państwowa Inspekcja Sanitarna nadzorowała przestrzeganie przez producentów i dystrybutorów środków spożywczych przepisów w zakresie wdrażania i realizacji

wymagań higienicznych oraz zasad systemu HACCP określonych w rozporządzeniu (WE) nr 852/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych (Dz. U. UE L 139). Wyniki kontroli obiektów w przedmiotowym zakresie zostały zawarte w tabeli 6 i tabeli 7.

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

Tabela 6.
Odsetek obiektów żywnościowo-żywnościowych funkcjonujących zgodnie z zasadami GHP/GMP.



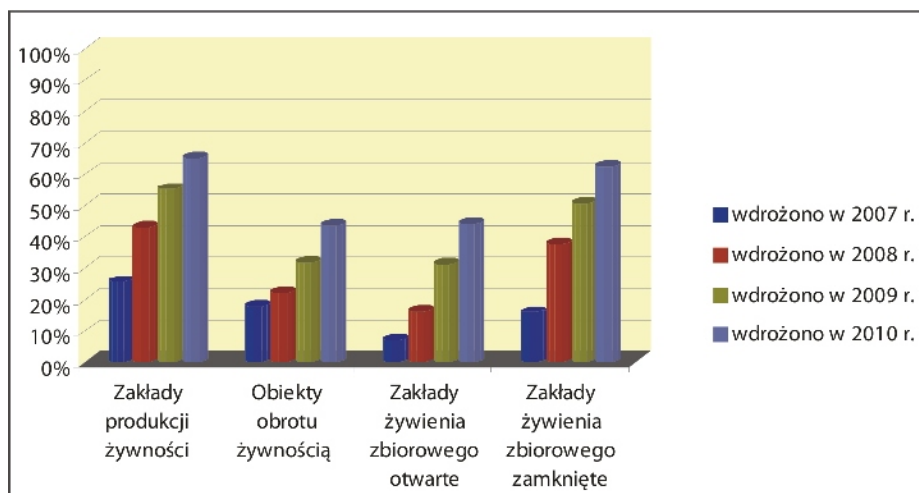
Wykres 2.
Stopień wdrożenia zasad GHP / GMP w latach 2007-2010.



Tabela 7.
Odsetek obiektów żywnościowo-żywnościowych posiadających wdrożony system HACCP.

Rodzaj obiektu	Odsetek obiektów (%), w których wdrożono system HACCP			
	2010	2009	2008	2007
Zakłady produkcji żywności	65,2	55,1	43,2	25,6
Obiekty obrotu żywnością	43,4	31,7	22,3	17,9
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	43,9	31,2	16,1	7,3
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	62,5	50,7	37,6	15,9

Wykres 3. Stopień wdrożenia systemu HACCP w latach 2007 - 2010.



Wniosek:

Analiza skuteczności działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego w aspekcie produkcji i dystrybucji żywności zgodnie z zasadami GHP/GMP oraz systemem HACCP, wskazuje na poprawę w stosunku do lat ubiegłych. Zapewnienie bezpieczeństwa i wysokiej jakości zdrowotnej żywności podczas jej produkcji i przetwarzania powinno być nadrzędnym celem każdego producenta bądź dystrybutora żywności. W związku z powyższym w dalszym ciągu istnieje potrzeba podjęcia przez podmioty działań ukierunkowanych na wdrożenie oraz doskonalenie wprowadzonych już

systemów bezpieczeństwa i higieny żywności, w tym GHP/GMP oraz systemu HACCP, co z pewnością przyczyni się do poprawy stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu środkami spożywczymi, a tym samym bezpieczeństwa zdrowotnego żywności.

RASFF - System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach

W roku 2010 w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy odnotowano 55 przypadków niebezpiecznych produktów żywnościowych, które kwestionowano z uwagi na:

- zanieczyszczenia chemiczne – 39 produktów,
- zanieczyszczenia fizyczne – 2 produkty,
- zanieczyszczenia mikrobiologiczne i biologiczne – 7 produktów,
- inne przyczyny kwestionowania – 7 produktów.



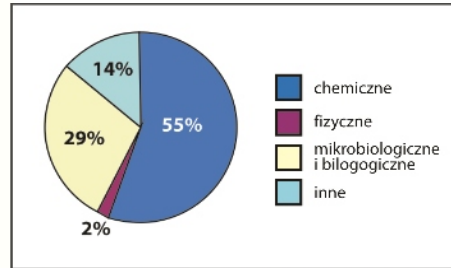
Wniosek:

Nieemożliwe jest jednoznaczne określenie ilości, rodzaju zanieczyszczenia oraz grupy produktów, które będą zgłaszane do systemu RASFF. Przedmiotowe elementy uzależnione są od wielu czynników, m.in. od ukierunkowania planu poboru próbek w ramach urzędowej kontroli i monitoringu, a także interwencji konsumentów w sprawie produktów, które stwarzają zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

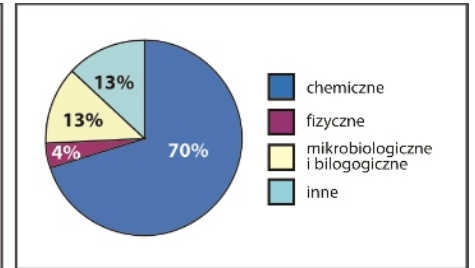
Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych wskazują na przewagę zanieczyszczeń chemicznych, co związane jest w wielu wypadkach z przekroczeniem dozwolonych limitów substancji stosowanych podczas produkcji żywności.

Najwięcej powiadomień dotyczyło naczyń kuchennych przeznaczonych do kontaktu z żywnością wykonanych ze szkła i melaminy.

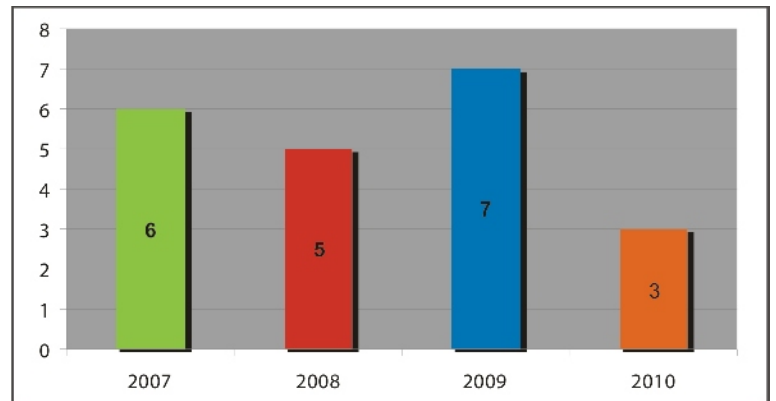
Spośród 55 produktów niebezpiecznych 16 zostało zgłoszonych w systemie RASFF jako powiadomienia informacyjne, a pozostałe 39 – jako powiadomienia alarmowe. W wyniku procesu zarządzania ryzykiem 3 wykryte przypadki zostały zgłoszone do systemu jako powiadomienia alarmowe przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego.



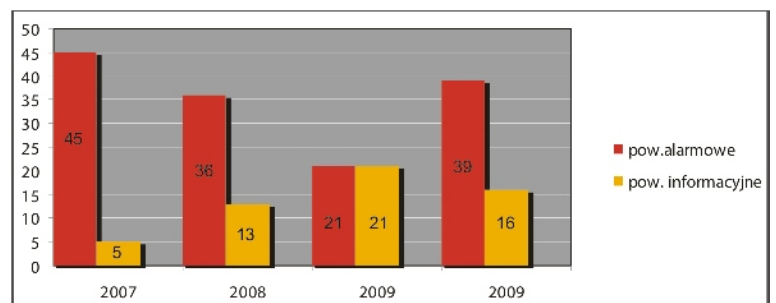
Wykres 4. Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych dot. woj. kujawsko-pomorskiego w roku 2010 przedstawione w %.



Wykres 5. Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych dot. woj. kujawsko-pomorskiego w roku 2009 przedstawione w %.



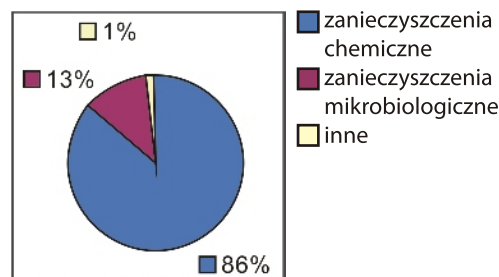
Wykres 6. Ilość zgłoszonych powiadomień do systemu RASFF przez WSSE w Bydgoszczy.



Wykres 7. Ilość przypadków produktów niebezpiecznych w stosunku, do których podejmowano działania na terenie woj. kujawsko-pomorskiego.

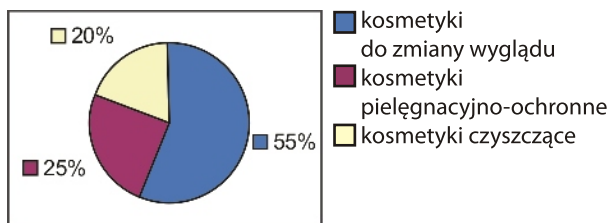
RAPEX - Unijny System Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych

W 2010 roku zarejestrowano 72 przypadki kwestionowanych kosmetyków. Największa liczba niebezpiecznych produktów pochodziła z Niemiec (16,7%), Stanów Zjednoczonych (12,5%), Chin (11,1%), Hiszpanii i Wybrzeża Kości Słoniowej (po 9,7%) oraz Francji i Wielkiej Brytanii (po 6,9%). Podobnie jak w latach ubiegłych analiza zarejestrowanych zgłoszeń wykazała, że większość (86%) dotyczyła produktów zawierających w swym składzie niedozwolone substancje chemiczne.



Wykres 8. Kategorie zanieczyszczeń w notyfikacjach systemu RAPEX dot. woj. kujawsko-pomorskiego w roku 2010 przedstawione w %.

Ze względu na funkcje kosmetyku największy udział w zarejestrowanych produktach niebezpiecznych w 2010 r. stanowiły notyfikacje dotyczące produktów do zmiany wyglądu - czyli kosmetyki kolorowe (55,5 %), co może być spowodowane dużym zapotrzebowaniem i zainteresowaniem wśród konsumentów, jak i największą produkcją tych wyrobów na rynku światowym.



Wykres 9. Podział kosmetyków ze względu na ich funkcję w notyfikacjach systemu RAPEX dot. woj. kujawsko-pomorskiego w roku 2010 przedstawione w %.

Wniosek:

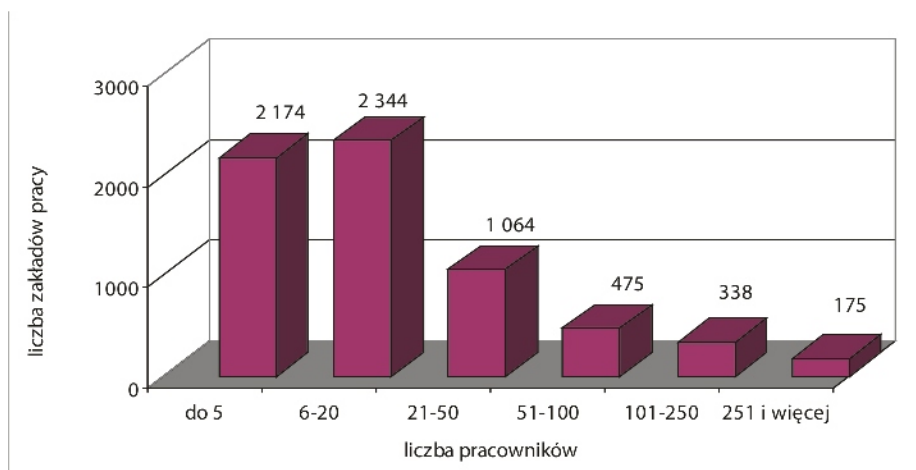
W latach 2005 – 2010 nastąpił wzrost powiadomień dotyczących kosmetyków umieszczanych w systemie, co spowodowane jest głównie lepszym systemem kontroli oraz rozwojem przemysłu kosmetycznego. Coroczny wzrost liczby notyfikacji potwierdza, że celem wszystkich producentów powinno być większe zaangażowanie w zagwarantowanie bezpieczeństwa wyrobów w zwykłych i możliwych do przewidzenia warunkach stosowania. Duża liczba kwestionowanych produktów wymusza potrzebę zachowania większej higieny w zakładach produkcji kosmetyków oraz zagwarantowania odpowiedniego zabezpieczenia wyrobu przed wzrostem drobnoustrojów w celu zapewnienia bezpieczeństwa produktu.



HIGIENA PRACY

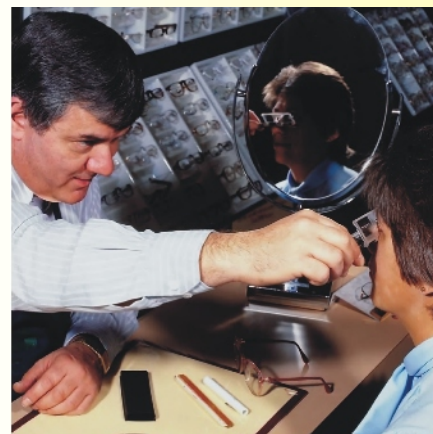
Środowisko pracy

Właściwi państwowi inspektorzy sanitarni w województwie kujawsko-pomorskim w 2010 r. ewidencją objęli 6633 zakłady pracy, zatrudniające łącznie 243 758 pracowników. Zdecydowaną większość stanowiły zakłady małe (35,7%), zatrudniające od 6 do 20 pracowników. W porównaniu z rokiem 2009 r. liczba zakładów objętych ewidencją wzrosła o 140 obiektów.



W 25,1% przypadków niezgodności wystąpiły w kosmetykach pełniących funkcję czyszczącą, natomiast 19,5 % sygnałów o niewłaściwej jakości kosmetyków dotyczyło produktów pielęgnacyjno-ochronnych.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzono 3391 kontroli, które nie wykazały obecności kwestionowanych kosmetyków w kontrolowanych obiektach.



Ryc. 1. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2010 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.

Tabela nr 1.
Liczba zakładów objętych ewidencją oraz liczba osób zatrudnionych w 2010 r. w województwie kujawsko-pomorskim wg SSE.



Najwięcej obiektów zostało objętych ewidencją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu (919 zakładów), kolejno Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (907) oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świeciu (709).

Działania kontrolne właściwych państwowych inspektorów sanitarnych ukierunkowane były w 2010 r. przede wszystkim na obiekty, w których występowały czynniki szkodliwe oraz stwierdzono przypadki chorób zawodowych.

W 2010 r. skontrolowane zostały łącznie 2332 zakłady pracy, zatrudniające 132 086 pracowników, z czego w zakresie:

- stosowania substancji i mieszanin skontrolowano 995 zakładów,
- szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy skontrolowano 630 zakładów,
- obrotu substancjami i mieszaninami skontrolowano 240 zakładów,
- substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy skontrolowano 186 zakładów,
- wprowadzania do obrotu produktów biobójczych - 134 zakłady,
- obrotu prekursorami kategorii 2 i 3 skontrolowano 16 zakładów,
- nadzoru nad detergentami -15 zakładów.

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba zakładów w ewidencji	Liczba osób zatrudnionych
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	141	4127
PSSE w Brodnicy	346	9737
PSSE w Bydgoszczy	907	59 397
PSSE w Chełmnie	232	5252
PSSE w Gołubiu-Dobrzyniu	143	3171
PSSE w Grudziądzu	190	16 119
PSSE w Inowrocławiu	613	18 005
PSSE w Lipnie	161	3076
PSSE w Mogilnie	158	2815
PSSE w Nakle	363	9498
PSSE w Radziejowie	197	2764
PSSE w Rypinie	176	3699
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	253	4566
PSSE w Świeciu	709	15 393
PSSE w Toruniu	919	46 320
PSSE w Tucholi	257	4660
PSSE w Wąbrzeźnie	167	4093
PSSE we Włocławku	429	25 191
PSSE w Żninie	194	4628
WSSE (I instancja)	78	1247
RAZEM:	6633	243 758

Podczas przeprowadzania rutynowych działań kontrolnych zwracano przede wszystkim uwagę na:

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

W województwie kujawsko-pomorskim pracownicy pionu nadzoru higieny pracy przeprowadzili w 2010 r. łącznie 3165 kontroli, które wykazały w części zakładach pracy następujące nieprawidłowości:

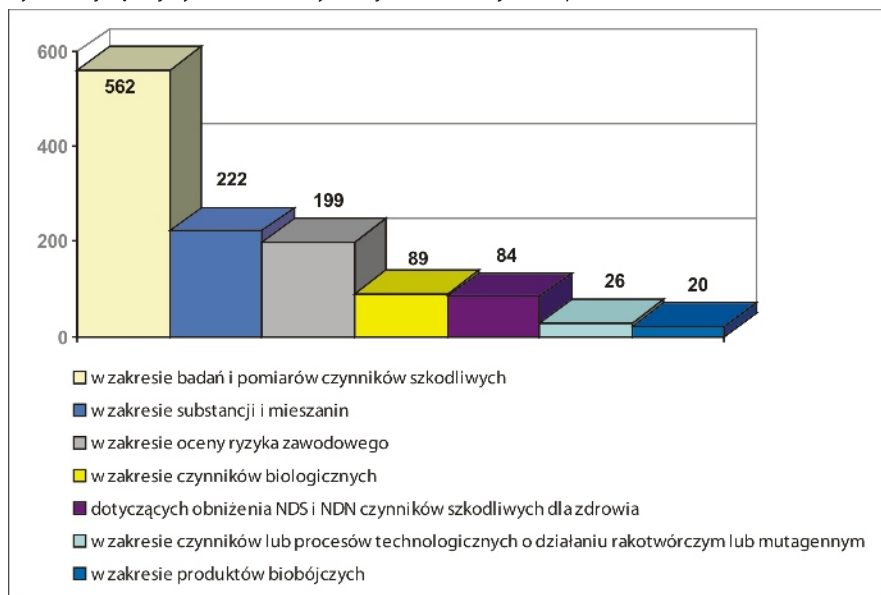
- przekroczenia NDS i NDN stwierdzono w 441 skontrolowanych zakładach,
- brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych - w 418 zakładach,
- brak lub nieprawidłową ocenę ryzyka zawodowego - w 198 zakładach,
- uchybienia w zakresie substancji i preparatów chemicznych - w 180 zakładach,
- zły stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń - w 176 skontrolowanych zakładach,
- brak rejestru czynników szkodliwych stwierdzono w 131 zakładach,
- uchybienia w zakresie szkodliwych dla zdrowia czynników biologicznych - w 80 zakładach,
- nieaktualne badania lekarskie pracowników - w 26 zakładach,
- uchybienia w zakresie czynników rakotwórczych lub mutagennych - w 25 zakładach.

W wyniku prowadzonego postępowania administracyjnego w 2010 r. w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, wydanych zostało 910 (w 2009 r. - 1211) decyzji administracyjnych, zawierających **2154** nakazy m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych - 562 nakazy,
- substancji i preparatów chemicznych - 222 nakazy,
- oceny ryzyka zawodowego - 199 nakazów,
- czynników biologicznych w środowisku pracy - 89 nakazów,
- przekroczonych limitów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia - 84 nakazy,
- substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy - 26 nakazów,
- produktów biobójczych - 20 nakazów,
- detergentów - 1 nakaz,
- unieruchomienia stanowisk pracy - 1 nakaz.

Zdecydowanie najczęściej wydawanych w decyzjach nakazów dotyczyło przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy. Na drugim miejscu pod względem ilościowym znalazły się nakazy z zakresu substancji i mieszanin. Dotyczyły one m.in. zapewnienia wymaganego spisu stosowanych chemikaliów, kart charakterystyk oraz oznakowania. Istotny odsetek stanowiły zalecenia dotyczące sporządzenia lub uaktualnienia oceny ryzyka zawodowego, z uwzględnieniem faktycznego stopnia i czynnika narażenia występującego w środowisku pracy.

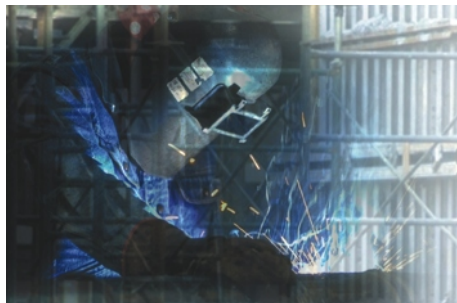
Ryc. 2. Najczęściej wydawane nakazy w województwie kujawsko-pomorskim w 2010 r.



W województwie kujawsko-pomorskim w 441 nadzorowanych zakładach pracy stwierdzono przekroczenia krotności NDS/NDN. Ogólna liczba pracowników zatrudnionych w warunkach przekroczeń wyniosła 9580 osób. Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wydali łącznie 61 decyzji dotyczących obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych.

W 2010 r. ocenie poddano 12 879 stanowisk pracy pod kątem występującego narażenia na czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia.

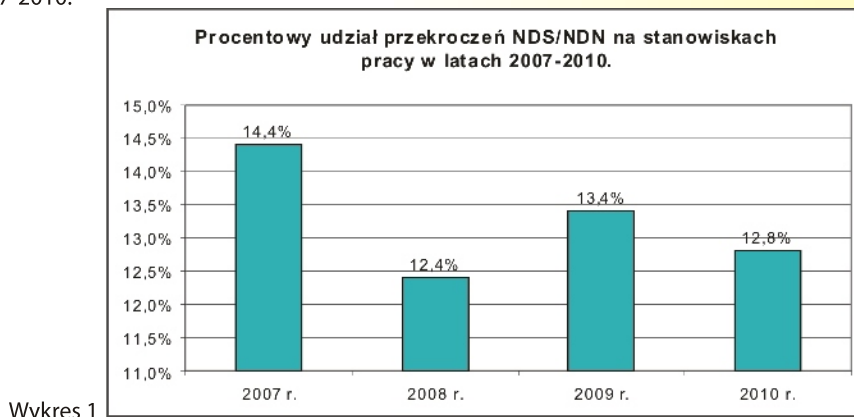
Na podstawie badań laboratoryjnych przeprowadzonych w środowisku pracy stwierdzono, że na 1 149 (12,8%) stanowiskach pracy stężenia/natężenia czynników szkodliwych dla zdrowia osiągały poziomy przekraczające obowiązujące normatywy higieniczne tj. najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) lub najwyższe dopuszczalne natężenie (NDN).



Najpowszechniej występującymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, dla których stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych wartości NDN był hałas oraz drgania mechaniczne.

Dane dotyczące stwierdzonych przekroczeń NDN dla hałasu oraz drgań mechanicznych na stanowiskach pracy w latach 2007-2010 przedstawiono na wykresie 2 i wykresie 3.

Zaprezentowane w formie graficznej dane na wykresie 1 obrazują procentowy udział stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDN lub NDS na przestrzeni lat 2007-2010.

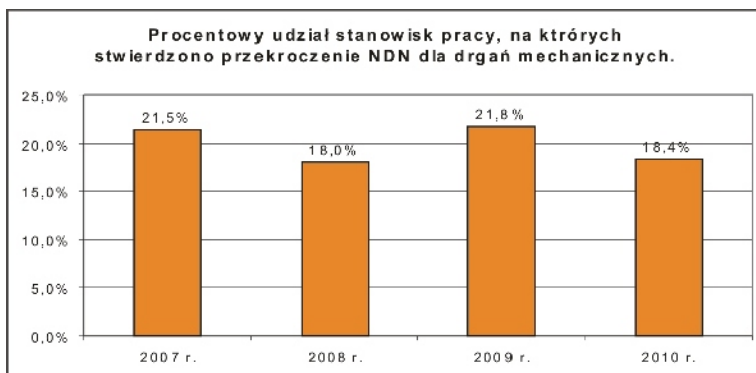


W związku z występowaniem przekroczeń dopuszczalnych poziomów stężeń i natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy wydawano nakazy obligujące pracodawców do ich obniżenia do obowiązujących normatywów higienicznych. Ponadto wydawane nakazy dotyczyły założenia, bądź uzupełnienia rejestrów badań pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia.

W wyniku prowadzonego postępowania administracyjnego pracownicy pionu higieny pracy wydawali także nakazy dotyczące uzyskania pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktów biobójczych lub wycofania z obrotu ww. produktów, założenia lub uzupełnienia rejestrów związanych ze stosowaniem czynników rakotwórczych, właściwego oznakowania detergentów, wyposażania pracowników w odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej, przeprowadzania koniecznych prac malarskich i remontowych oraz uaktualnienia badań profilaktycznych pracowników.

W wyniku prowadzonych rutynowych działań kontrolnych uzyskano poprawę warunków pracy w zakresie przekroczeń normatywów higienicznych na 929 stanowiskach pracy.

Należy zwrócić uwagę na znaczący spadek procentowego udziału liczby stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenie NDN hałasu w 2010 r. w stosunku do 2007 r. Nadal jednak na stanowiska pracy, na których występuje narażenie na hałas, w blisko jednej czwartej przypadków stwierdzono przekroczenie obowiązujących normatywów, co może skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi.



Wykres 3

W latach 2007-2010 średni poziom procentowego udziału stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenia NDN dla drgań mechanicznych wynosił ok. 20%.

W zakresie pomiarów czynników szkodliwych dokonano również oceny zagrożeń czynnikami biologicznymi.

Pomiary mikroorganizmów zawieszonych w powietrzu przeprowadzono na 36 stanowiskach pracy w zakładach hodowli drobiu, wodociągów i kanalizacji, archiwach oraz wysypiskach odpadów. W powietrzu na 28 stanowiskach pracy (na 77% stanowisk objętych badaniami) zidentyfikowano bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego.

Niespełnienie wymagań w zakresie czynników uciążliwych dla zdrowia stwierdzono na 1 013 stanowiskach pracy tj. 26,1 % z 3 881 stanowisk poddanych ocenie w tym zakresie. Niespełnienie wymagań najczęściej dotyczyło mikroklimatu umiarkowanego (26,1%).

Wnioski:

1. Hałas obok drgań mechanicznych jest najczęściej występującym zagrożeniem na stanowiskach pracy.
2. Działania w zakresie redukcji zagrożeń hałasem oraz drganiami mechanicznymi w latach 2007-2010 wskazują na ich ograniczoną skuteczność.
3. Koniecznym wydaje się być ustalenie mierzalnych celów, środków i wskaźników stanowiących podstawę oceny skuteczności podejmowanych działań w przyszłych latach w zakresie ochrony zdrowia pracowników przed zagrożeniem, jaki stanowi hałas oraz drgania mechaniczne na stanowiskach pracy.
4. Istotnym wydaje się być wzmocnienie działań prewencyjno-oświatowych oraz monitorowanie stanu zagrożenia czynnikami biologicznymi na stanowiskach pracy.



Choroby zawodowe

W 2010 r. do Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęły łącznie 303 zgłoszenia podejrzenia chorób zawodowych (w 2009 r. – 242). W wyniku przeprowadzonych 353 postępowań wyjaśniających organ I instancji wydał 164 decyzje stwierdzające choroby zawodowe, 71 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej, 8 postanowień oraz 25 pozostałych decyzji dotyczących spraw chorób zawodowych.

Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wniesionych zostało w 2010 r. - 18 odwołań od decyzji organu I instancji. W wyniku przeprowadzenia postępowań odwoławczych Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy w 18 przypadkach utrzymał w mocy decyzje właściwych państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych, w 4 przypadkach uchylił decyzje organu I instancji i przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia oraz w jednym przypadku uchylił decyzję i zmienił decyzję organu I instancji.

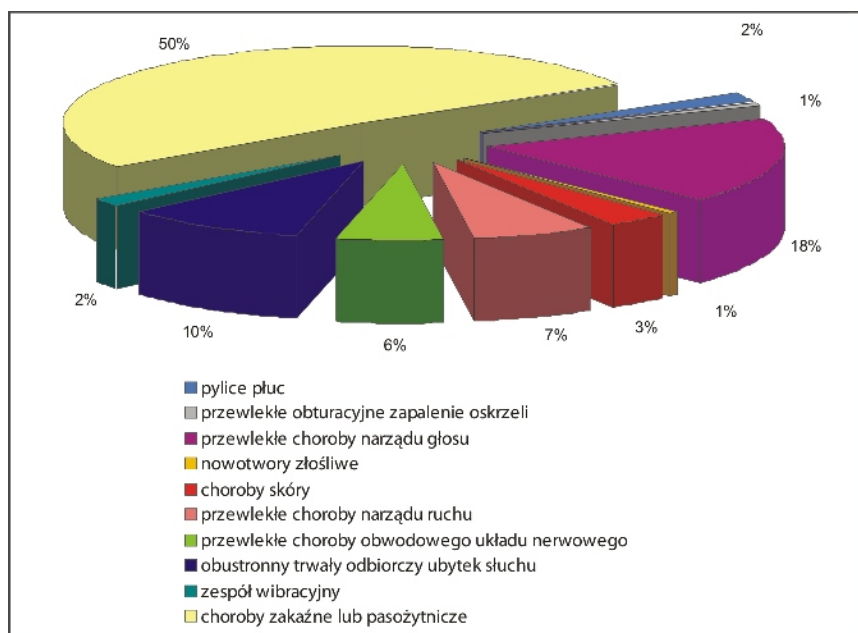
W 2010 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego stwierdzono 160 chorób zawodowych. W porównaniu z rokiem 2009 odnotowano wzrost liczby zachorowań o 25 przypadków (18,5 %).

Zdecydowanie największą grupę chorób zawodowych stanowiły choroby zakaźne lub pasożytnicze – 82 przypadki (51,3 % ogółu stwierdzonych chorób zawodowych w 2010 r.). W porównaniu do roku ubiegłego stwierdzono wzrost o 19 przypadków. Na drugim miejscu znalazły się choroby narządu głosu, które zostały rozpoznane w 29 przypadkach (18,1 %). Trzecie miejsce stanowiły choroby narządu słuchu rozpoznane u 16 pacjentów (10,0 %).

Tabela nr 2. Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2005-2010

Nr wykazu*	Nazwa choroby zawodowej	Liczba stwierdzonych przypadków w latach					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	5	1	1	0	2	0
3	pylice płuc	5	6	0	2	0	3
4	choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	0	0	0	1	1	0
5	przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	1	0	1	0	0	1
6	astma oskrzelowa	3	3	7	4	3	0
7	zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	1	0	2	3	1	0
11	choroby płuc wywołane pyłem metali twardych	0	0	0	1	0	0
12	alergiczny nieżyt nosa	2	2	6	3	2	0
14	przedziurawienie przegrody nośnej wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym	1	0	0	0	0	0
15	przewlekłe choroby narządu głosu	30	32	37	49	38	29
17	nowotwory złośliwe	1	0	2	2	2	1
18	choroby skóry	11	6	6	8	1	5
19	przewlekłe choroby układu ruchu	5	7	9	12	10	11
20	przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	3	2	3	4	2	9
21	obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu	22	21	17	19	10	16
22	zespół wibracyjny	2	1	1	4	0	3
25	choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	0	0	0	0	0	0
26	choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	17	28	14	26	63	82
Razem		109	109	106	138	135	160

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



Ryc. 3. Struktura chorób zawodowych w 2010 r.

Od kilku lat obserwowany jest wzrost stwierdzanych chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw. W 2010 r. stanowiły one – 51,3 % ogółu (w 2009 r. - 46,7 %, w 2008 r. - 18,8 %; w 2007r. - 13,2 %; w 2006 r.- 25,7 %).

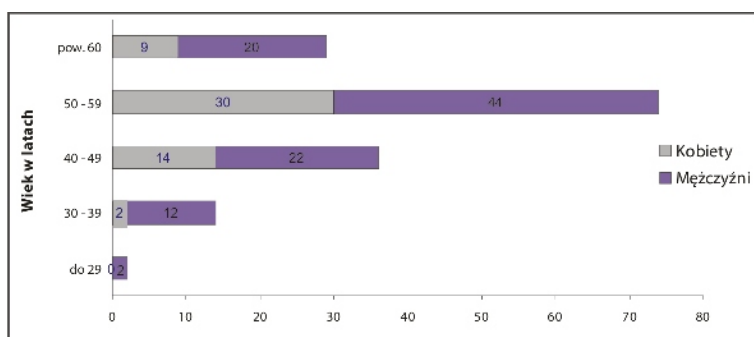
Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych w 2010 roku znaczący udział stanowiła borelioza - 87,8 % (w 2009 r. - 90,5 %)

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C o etiologii zawodowej stanowiły w 2010 r. - 7,32 % chorób zakaźnych lub pasożytniczych. W porównaniu z rokiem 2009 zwiększyła się ilość zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C.

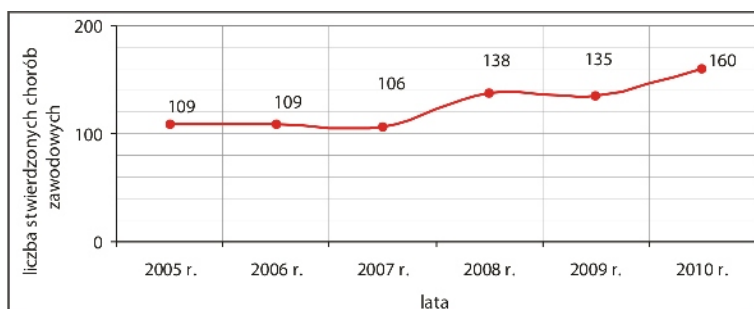
Rok	wirusowe zapalenie wątroby		borelioza	gruźlica	brucelozą	Inne choroby zakaźne lub pasożytnicze toksoplazmoza	RAZEM
	typu B	typu C					
2005	1	2	7	7	0	0	17
2006	2	2	18	4	1	1	28
2007	3	3	5	3	0	0	14
2008	0	8	12	6	0	0	26
2009	1	2	57	2	1	0	63
2010	1	5	72	4	0	0	82

Tabela nr 3. Liczba chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w latach 2005-2010.

Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim stwierdzono 100 przypadków chorób zawodowych u mężczyzn i 55 u kobiet. Więcej niż jedna choroba zawodowa wystąpiła u 3 osób: u 2 kobiet (2 choroby) i u 1 kobiety (4 choroby). Zdecydowanie częściej choroby były uznawane w grupie wiekowej pomiędzy 50-59 rokiem życia, gdzie u 74 osób stwierdzone zostały choroby zawodowe.



Ryc. 4. Struktura wieku osób, u których stwierdzono chorobę zawodową w 2010 r.



Ryc. 5. Graficzne przedstawienie liczby chorób zawodowych w latach 2005-2010.

Wnioski:

1. W 2010 roku nastąpił wzrost ilości zakładów pracy objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zarejestrowano 6633 zakłady pracy – porównując z rokiem 2009 liczba ta zwiększyła się o 140 obiektów.

2. Większość przedsiębiorstw będących w ewidencji stanowiły zakłady zatrudniające od 6 do 20 pracowników – 2344 zakłady (w 2009 r. – 2252 zakłady).

3. W 2010 roku kontrolą objęto 2332 zakłady pracy – w wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 910 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych.

4. Największy odsetek uchybień stwierdzonych w kontrolowanych zakładach stanowiły przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 18,9 % (w 2009 r. – 22,3 %).

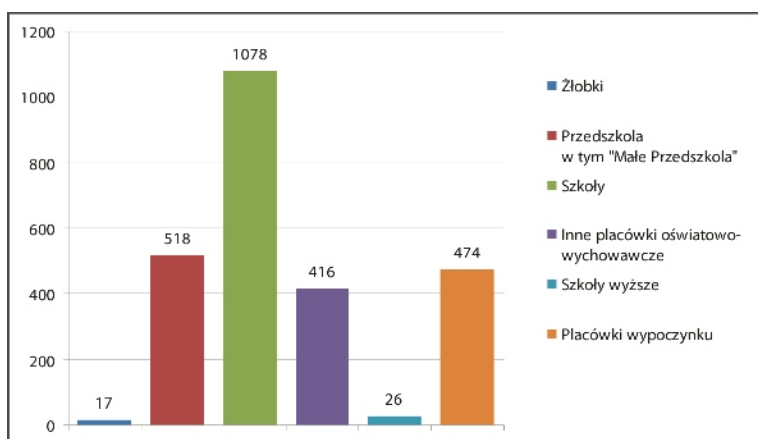
5. W porównaniu z 2009 r. zmniejszeniu uległa liczba zakładów, w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – o 73 zakłady.

6. W 2010 roku w porównaniu z rokiem 2009 nastąpił wzrost stwierdzonych chorób zawodowych – o 25 przypadków.

7. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych – 82 przypadki, z czego 72 przypadki – 87,8 % stanowiła borelioza.



WARUNKI SANITARNO-HIGIENICZNE W PLACÓWKACH NAUCZANIA, WYCHOWANIA I WYPOCZYNKU ORAZ SZKOŁACH WYŻSZYCH



Ryc. 1. Ewidencja placówek w 2010 r.

W celu wyrównywania szans edukacyjnych dzieci rok 2010 r. był kolejnym, w którym na terenie województwa powstały „Małe Przedszkola”, jako alternatywne formy wychowania przedszkolnego. Spełnienie wymogów sanitarnych określonych w przepisach zostało potwierdzone opinią właściwego państwowego inspektora sanitarnego, której uzyskanie było konieczne do rozpoczęcia działalności placówki. Nadzorem sanitarnym objęto 195 „Małych Przedszkoli”.

W 2010 roku właściwi państwowi inspektorzy sanitarni w województwie kujawsko-pomorskim objęli nadzorem 2529 placówek nauczania, opiekuńczo-wychowawczych, wypoczynku dzieci i młodzieży oraz szkół wyższych (w 2009 r. - 2527), w tym: 2029 placówek nauczania i wychowania (w 2009 r. - 1982), 26 wyższych uczelni (w 2009 r. - 27) oraz 474 placówki sezonowe (w 2009 r. - 518). Oceniając stan sanitarno-techniczny i warunki pobytu w placówkach przeprowadzono 3693 kontrole sanitarne (w 2009 r. - 5361 kontroli łącznie z obowiązującymi do 2010 r. kontrolami kwalifikacyjnymi placówek wypoczynku). Wydano 471 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości (w 2009 r. - 535).

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba placówek oświatowo-wychowawczych	Liczba szkół wyższych	Liczba placówek wypoczynku
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	54	0	5
PSSE w Brodnicy	68	1	62
PSSE w Bydgoszczy	281	14	88
PSSE w Chełmnie	62	0	8
PSSE w Gołubiu-Dobrzyniu	48	0	1
PSSE w Grudziądzu	103	0	12
PSSE w Inowrocławiu	153	0	35
PSSE w Lipnie	68	0	4
PSSE w Mogilnie	45	0	24
PSSE w Nakle	125	0	9
PSSE w Radziejowie	33	0	2
PSSE w Rypinie	41	0	29
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	45	0	18
PSSE w Świeciu	91	1	27
PSSE w Toruniu	280	5	33
PSSE w Tucholi	64	1	46
PSSE w Wąbrzeźnie	36	0	7
PSSE we Włocławku	190	4	28
PSSE w Żninie	69	0	36
WSSE w Bydgoszczy (I instancja)	173	0	0
RAZEM:	2029	26	474

Tabela 1. Liczba placówek oświatowo-wychowawczych i szkół wyższych objętych ewidencją w 2010 r. w województwie kujawsko-pomorskim



W skontrolowanych placówkach uczyło się i przebywało 394970 uczniów / wychowanków i studentów (w 2009 r. – 465208).

W ramach sprawowanego bieżącego nadzoru sanitarnego skontrolowano 2127 placówek (w 2009 r.-1788) w tym: 1630 placówek nauczania i wychowania (865 szkół i 765 innych placówek oświatowo – wychowawczych), 23 wyższe uczelnie oraz 474 placówki wypoczynku zimowego i letniego dzieci i młodzieży. W placówkach przeprowadzono 3693 kontrole oceniając stan sanitarno-techniczny i warunki pobytu.

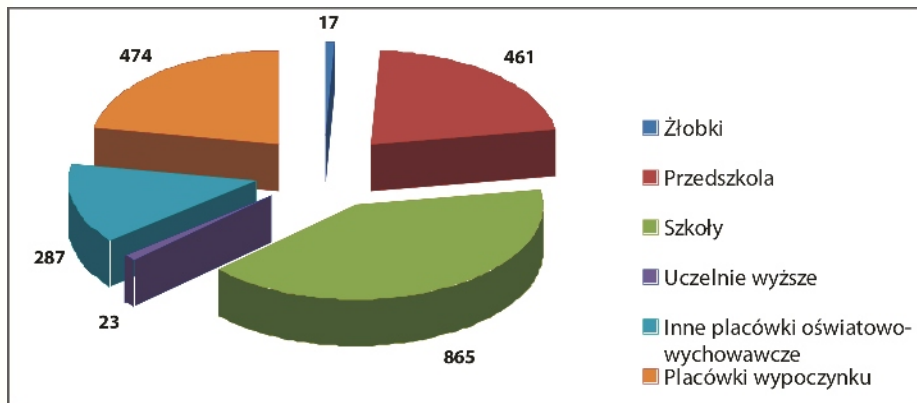


Badania środowiska szkolnego pozwoliły na szczegółową ocenę warunków pobytu i nauki w placówkach nauczania i wychowania.

Łącznie wykonano 17099 badań, w tym: m.in. 3215 badań tygodniowego rozkładu lekcji (stwierdzono niewłaściwość w 6,14% placówek, w 2009 r.– 9,79%), 12839 badań dostosowania mebli do wzrostu uczniów/przedszkolaków (stwierdzono niedostosowanie w 8,57% placówek, w 2009 r. – 11,26%).



W wyniku przeprowadzonych kontroli w szkołach stwierdzono, że stan sanitarny i techniczny 94,7% gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej nie budził zastrzeżeń tak pod względem sanitarnym, jak i technicznym.



Ryc. 2. Liczba placówek skontrolowanych w 2010 r.

	2009 rok		2010 rok	
	liczba	%	liczba	%
Brak wodociągu	0	0	0	0
Brak kanalizacji	0	0	0	0
Ponadnormatywna liczba uczniów na urządzenie ustępowe	24	1,34	20	1,20
Ustępy zewnętrzne	6	0,33	2	0,12

Tabela 2. Warunki do utrzymania higieny w szkołach w latach 2009-2010

	Badania ogółem	w tym:			
		natężenie oświetlenia sztucznego	tygodniowy rozkład lekcji	stoły i krzesła	temperatura pomieszczeń
2009 rok	19183	806	3148	15229	0
2010 rok	17099	678	3215	12839	367

Tabela 3. Badania środowiska szkolnego w latach 2009-2010

W ramach oceny infrastruktury do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stwierdzono, że 667 placówek miało wystarczające warunki do realizacji w-f, 48 placówek nie posiadało warunków do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego, a 150 placówek miało niewystarczające warunki do prowadzenia zajęć w- f. Szkolne zespoły sportowe posiadały 384 szkoły a pozostałe placówki: sale gimnastyczne, sale gimnastyczne z boiskiem, sale zastępcze/rekreacyjne lub tylko boisko. Uczniowie wielu szkół korzystali z hal sportowych, boisk, basenów i siłowni zlokalizowanych poza placówką.



Ryc. 3. Opieka medyczna dzieci i młodzieży w 2010 r.

	Liczba placówek skontrolowanych	wydawanie ciepłych posiłków				organizowanie śniadań szkolnych	
		liczba placówek wydających		liczba dzieci i młodzieży korzystających z:		liczba placówek	liczba korzystających
		ogółem	wyłącznie posiłki jedno-daniowe	pełnych obiadów	posiłków jednodaniowych		
2009 rok	1036	672	399	29869	30055	178	6734
2010 rok	865	633	407	23410	30843	171	7092

Tabela 4. Dożywianie uczniów w szkołach w latach 2009 – 2010

W czasie wolnym od zajęć dydaktycznych organizowane były placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży. W czasie trwania wypoczynku przeprowadzono 691 kontroli sanitarnych, w trakcie których oceniano spełnienie wymagań sanitarno - higienicznych przez organizatorów wypoczynku w odniesieniu do stanu i wyposażenia pomieszczeń, miejsc przebywania uczestników, zaopatrzenia w wodę, zaplecza sanitarnego, gromadzenia odpadów stałych i odprowadzania ścieków.

Sprawując bieżący nadzór sanitarny skontrolowano 474 placówki sezonowe (101 placówek w okresie ferii zimowych, 373 placówki w okresie letnim), w których wypoczywało 27010 uczestników, w tym 4531 uczestników wypoczynku zimowego oraz 22479 uczestników wakacji letnich. Stan sanitarno-higieniczny placówek nie budził zastrzeżeń, a organizatorzy zapewnili uczestnikom bezpieczne i higieniczne warunki wypoczynku.

Na terenie województwa nadzorem objęto 26 wyższych uczelni, z czego skontrolowano 23, w tym 8 szkół wyższych publicznych i 15 niepublicznych, w których kształciło się 82105 studentów (w szkołach wyższych publicznych 56738, w szkołach wyższych niepublicznych 25367). Stan techniczny obiektów uczelni był właściwy. W uczelniach wyższych wydano 26 decyzji administracyjnych w celu usunięcia stwierdzonych w trakcie kontroli zaniedbań sanitarno – higienicznych.

W ramach działalności profilaktycznej ukierunkowanej na zapobieganie zachorowaniom na choroby zakaźne przeprowadzono w szkołach kontrole warunków do utrzymania higieny osobistej. Sprawdzano stan higieniczny zaplecza sanitarnego, wyposażenie sanitariatów w mydło w dozownikach, suszarki do rąk, ręczniki jednorazowe i papier toaletowy oraz dostęp do bieżącej ciepłej wody. Właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej zapewniło 91,3% szkół. W placówkach, w których stwierdzono uchybienia wydano 32 decyzje administracyjne, 8 zaleceń pokontrolnych oraz wystawiono 3 mandaty karne.

Łącznie w wyniku działalności kontrolnej wydano 471 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie zaniedbań sanitarno – higienicznych. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w placówkach oświatowo-wychowawczych i szkołach wyższych dotyczyły złego stanu sanitarno-higienicznego i technicznego:

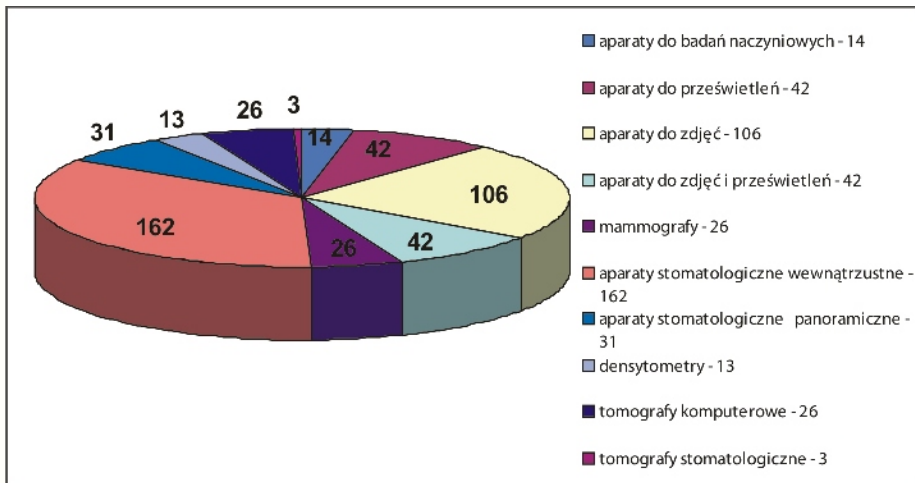
- budynków i terenu placówek (elewacja, poszycie dachowe, ogrodzenie, nawierzchnia dróg, przejść i szlaków komunikacyjnych),
- stolarki okiennej i drzwiowej,
- pomieszczeń do nauki, pobytu (ściany, sufity, posadzki podłogowe, wyposażenie w sprzęt i meble, oświetlenie),
- zaplecza sanitarnego, w tym urządzeń sanitarnych oraz braków w wyposażeniu toalet w środki higieny osobistej,
- warunków do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego,
- pomieszczeń kuchennych wraz z zapleczem.

Wnioski:

- w dobrym stanie technicznym, nie zagrażającym zdrowiu uczniów, wychowanków i studentów było 96% placówek,
- w stosunku do 2009 roku liczba ustępów zewnętrznych zlokalizowanych przy placówkach szkolnych zmniejszyła się o 4 (w 2009 r. – 6, w 2010 r. -2),
- sukcesywnie zmniejsza się liczba szkół, w których nie zapewniono wszystkim uczniom standardów dostępności do urządzeń ustępowych (w 2009 r.- 1,34%, w 2010 r.- 1,20%),
- skontrolowane placówki oświatowo-wychowawcze były podłączone do wodociągów i skanalizowane,
- 99,8% budynków było przystosowanych do potrzeb nauczania i wychowania (w 2009 r. - 97,8%),
- 94,7% szkolnych gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej spełniało wymagania sanitarno higieniczne (w 2009 r. - 93,8%),
- 91,3% szkół zapewniło właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej.

Sytuację dotyczącą dożywiania oceniono we wszystkich 865 skontrolowanych szkołach. Ciepłe posiłki wydawały 633 placówki dla 54253 uczniów, w tym z pełnych obiadów skorzystało 23410 uczniów, a z posiłków jednodaniowych 30843 uczniów. Śniadania szkolne organizowało 171 placówek dla 7092 uczniów, napój wydawało 481 placówek dla 55295 uczniów. Z posiłków dofinansowanych skorzystało 36037 uczniów.





Rys.1. Liczba jednostek znajdujących się pod nadzorem Oddziału Higieny Radiacyjnej

OCHRONA PRZED PROMIENIOWANIEM JONIZUJĄCYM

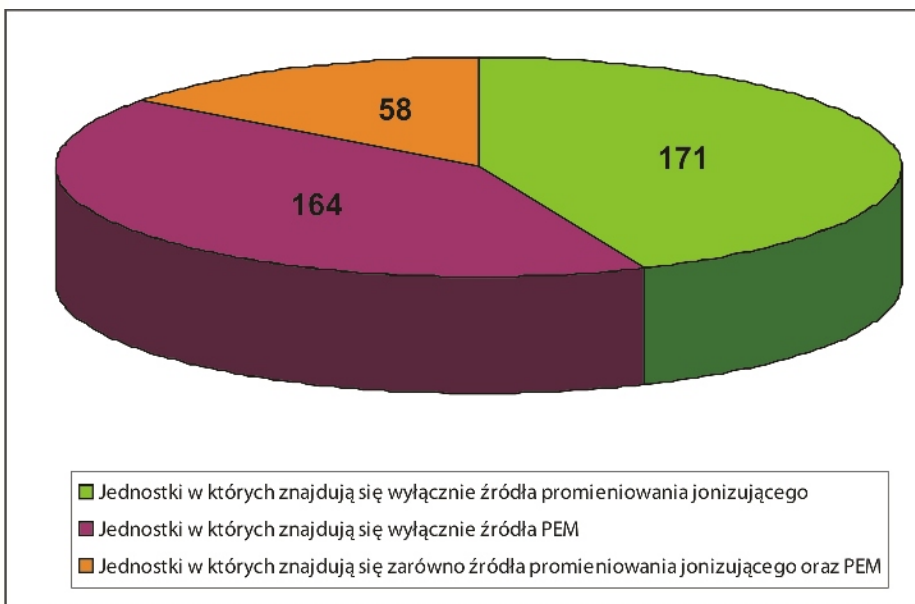
Ochrona radiologiczna personelu

Na podstawie prowadzonych w 2010 r. przez Oddział Higieny Radiacyjnej WSSE w Bydgoszczy czynności kontrolnych i wykonanych w ramach nadzoru pomiarów dozymetrycznych można stwierdzić, że stan ochrony radiologicznej pracowników w zakładach użytkujących aparaty rtg do celów medycznych nie budzi zastrzeżeń.

Nadzorem jest objętych 229 jednostek organizacyjnych, w których użytkowanych jest ponad 460 aparatów rtg.

W województwie kujawsko-pomorskim w 2010 r. liczba pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące, objętych pomiarem dawki indywidualnej wynosiła około 1600 osób. Pracownicy stosują odpowiednie ochrony osobiste oraz przestrzegają pozostałych wymogów ochrony radiologicznej. W roku sprawozdawczym na terenie naszego województwa nie zanotowano przekroczeń dopuszczalnych limitów dawek.

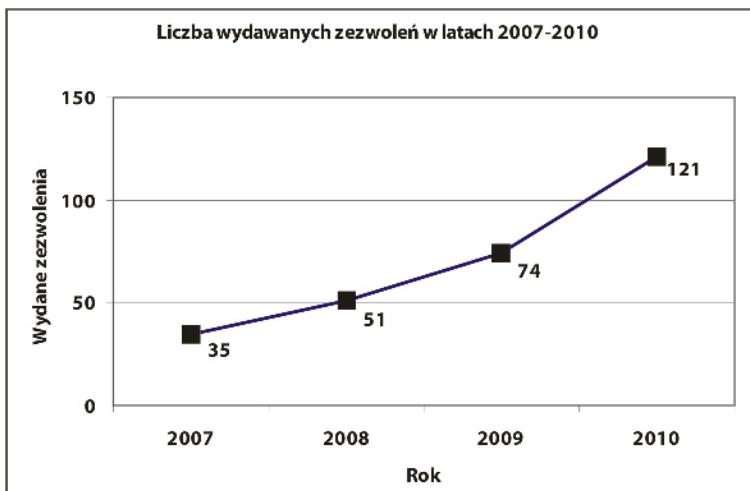
W stosunku do osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące większość zakładów opieki zdrowotnej dopełnia obowiązków związanych z dozymetrią indywidualną oraz rozszerzoną opieką lekarską (badania wstępne i okresowe) pracowników.



Rys. 2. Liczba i rodzaj aparatury rentgenowskiej



Rys. 3. Liczba wydanych zezwoleń na aparaty rtg w latach 2007-2010



Ochrona radiologiczna pacjentów

W roku 2010 w trakcie czynności nadzorowych nad zakładami opieki zdrowotnej dużą wagę przykładano do oceny stanu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez kontrolę i ocenę m.in.:

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

Wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego. W odniesieniu do pracowni użytkujących aparaty rtg, których parametry techniczne zmierzone w trakcie testów specjalistycznych nie odpowiadały kryteriom jakości określonym w przepisach prawnych są wydawane każdorazowo decyzje nakazujące usunięcie tych uchybień w terminie od 1 do 3 miesięcy.

Działalność kontrolno - nadzorowa Oddziału Higieny Radiacyjnej przyczyniła się w znacznym stopniu do wymiany przestarzałej lub wyeksploatowanej aparatury rtg na sprzęt nowy, a tym samym do znacznego poprawienia jakości rentgenodiagnostyki medycznej i ochrony radiologicznej pacjentów.

Proces wymiany sprzętu rentgenodiagnostycznego na nowy, odpowiadający wymogom przepisów unijnych, powinien być kontynuowany w latach następnych i będzie podlegał ścisłemu monitoringowi ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

OCHRONA PRZED PROMIENIOWANIEM ELEKTROMAGNETYCZNYM Z ZAKRESU 0 - 300 GHz

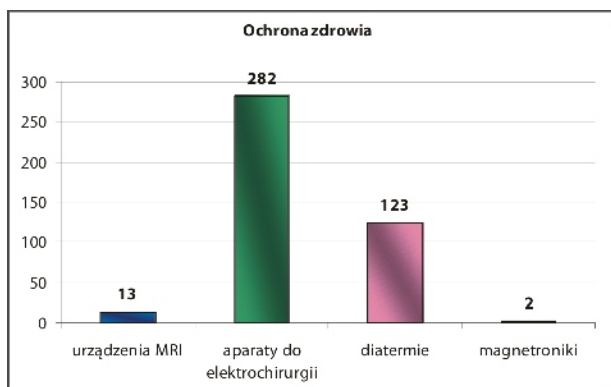
Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi

Nadzorem objęte są 222 jednostki organizacyjne, w których użytkowanych jest ponad 660 urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne oraz ponad 2000 instalacji radiokomunikacyjnych, w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. W narażeniu na pole elektromagnetyczne pracuje około 2700 osób, przy instalacjach radiokomunikacyjnych jest zatrudnionych około 650 osób.

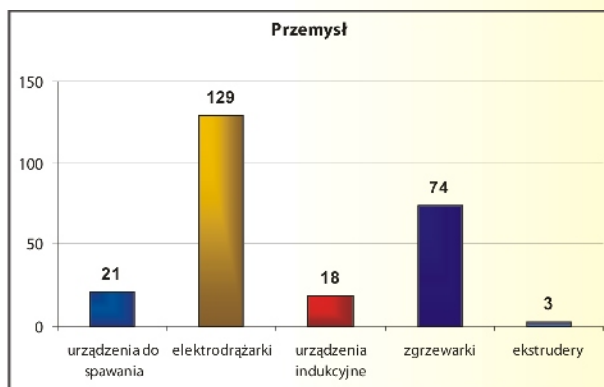
Na podstawie kontroli przeprowadzonych w roku 2010 w zakładach użytkujących urządzenia wytwarzające promieniowanie elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości można stwierdzić, że użytkownicy urządzeń wysokiej częstotliwości dbają o terminowe przeprowadzanie badań środowiska pracy, a oprócz nielicznych przypadków, badania okresowe pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie elektromagnetyczne są przeprowadzane terminowo.

Podobnie szkolenia w zakresie BHP przy stosowaniu urządzeń wysokiej częstotliwości są przeprowadzane w zasadzie systematycznie i w pełnym zakresie.

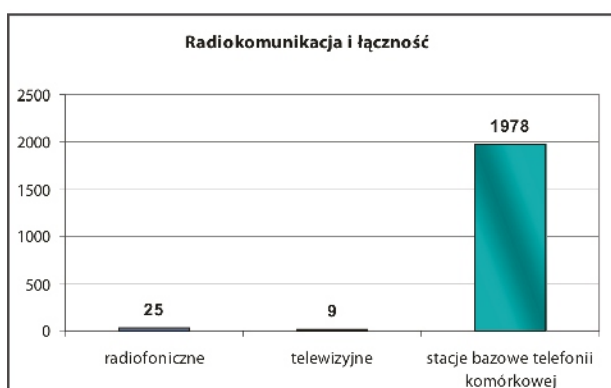
W odniesieniu do zakładów stosujących urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0 - 300 GHz wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego.



Rys. 4. Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w ochronie zdrowia.

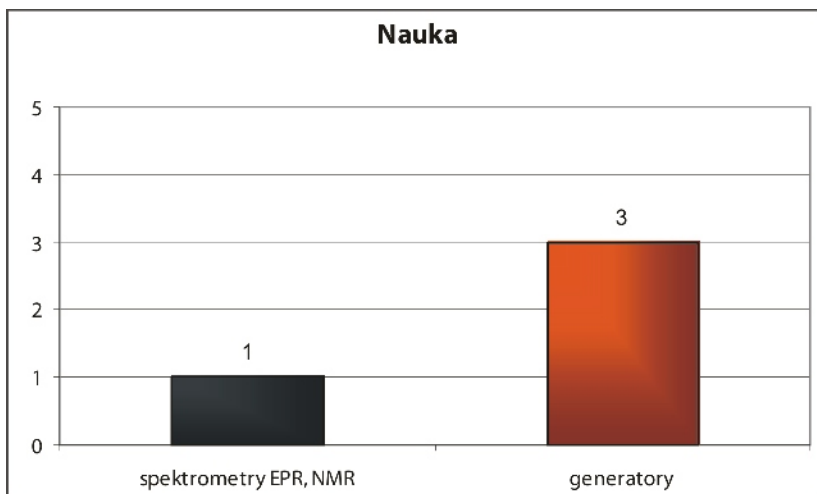


Rys. 5. Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w przemyśle.



Rys. 6. Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w radiokomunikacji i łączności.





Rys.7. Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w jednostkach naukowych.

Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi

W odniesieniu do ludności i środowiska nadzór radiacyjny realizowany jest przede wszystkim w aspekcie oddziaływania na środowisko urządzeń energetycznych i radiokomunikacyjnych, w tym stacji bazowych telefonii komórkowej.

Nadzór ten jest realizowany poprzez działania interwencyjne, prowadzenie baz danych oraz ocenę poprawności wykonywania pomiarów pól elektromagnetycznych w środowisku.

Tabela 1. 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	111	0	111	0
	aparaty do elektrochirurgii	1814	195	1619	0
	diatermie	416	337	79	0
	inne				
	urządzenia do spawania	51	0	51	0
Przemysł	elektrodrażarki	89	89	0	0
	urządzenia indukcyjne	99	99	0	0
	zgrzewarki	99	29	70	0
	inne	10	10	0	0
	Radio-komunikacja i łączność	radiofoniczne	28	10	18
telewizyjne					
inne		628	628	0	0
Nauka	spektrometry EPR, NMR	3	3	0	0
	inne	24	24	0	0

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

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

Zapewnienie sprawnego i skoordynowanego reagowania kryzysowego w sytuacjach zdarzenia radiacyjnego

Od maja do września 2010 roku czynnie uczestniczyliśmy w ćwiczeniach BORY 2010 obejmujących przygotowania scenariusza wybuchu brudnej bomby. Przygotowaliśmy bardzo szczegółowe obliczenia zasięgu strefy awaryjnej niezbędne do podejmowania decyzji o działaniach interwencyjnych, oszacowaliśmy skalę zagrożeń i wskazaliśmy sposoby usuwania skutków. Braliśmy również udział w bezpośrednich działaniach operacyjnych w dniu 15 września 2010 roku na miejscu hipotetycznego zdarzenia radiacyjnego w Tucholi.

Ponadto, 29 września 2010 roku biorąc udział w ćwiczeniach Krajowego Systemu Wykrywania Skażeń i Alarmowania pod kryptonimem „Patrol10” wykazaliśmy właściwą sprawność i niezawodność postępowania w przypadku zaistnienia awarii radiologicznej w pobliżu granic naszego kraju.

Wnioski:

Posiadamy wysoką sprawność i niezawodność:

- działania systemu łączności zarządzania kryzysowego – natychmiastowe przekazanie informacji o wynikach pomiaru tła promieniowania w punkcie pomiarowym w siedzibie WSSE,
- współdziałania w zarządzaniu i reagowaniu na zdarzenie radiacyjne - poprawne oszacowanie skali ryzyka zagrożenia,
- wskazania właściwych zadań interwencyjnych wynikających ze zdarzenia radiacyjnego
- mobilności ekipy pomiarowej do wyjazdu w teren, po uzyskaniu informacji o zdarzeniu radiacyjnym,
- przekazywania na bieżąco uzyskiwanych wyników w postaci maili z wykorzystaniem mobilnego internetu do PC z zestawu pomiarowego oraz telefonu łączności bezprzewodowej.

Ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiska

W wyniku pomiarów przeprowadzonych na wnioski mieszkańców w 2010 roku nie mieliśmy przypadku występowania przekroczeń granicznych wartości pola elektromagnetycznego przewidzianych jako obszary ograniczonego użytkowania.

Cennym efektem wykonywanych pomiarów jest jednak promocja zdrowia umożliwiająca każdemu człowiekowi zwiększenie swojego potencjału zdrowotnego dzięki możliwości wykluczenia psychicznych obaw o istnieniu narażenia powodowanego promieniowaniem.

Realizacja tego zadania spełnia również kryteria edukacji zdrowotnej, umożliwiając ludziom indywidualnie oraz grupie społecznej, podejmowanie właściwych decyzji w zakresie zachowania i postrzegania warunków środowiskowych w sposób, który przyczynia się do wzmocnienia zdrowia.

W przypadku zdrowia środowiskowego, znacznie częściej niż w innych dziedzinach, pojawiają się wyrazy zaniepokojenia społecznego, a nawet alarmujące opracowania na temat faktycznego i postrzeganego zagrożenia promieniowaniem. Nierzadko utrudnia to racjonalną ocenę sytuacji.

Bardzo ważne jest zatem podnoszenie świadomości społeczeństwa, gdyż konsekwencją niskiej wiedzy jest jego podatność na wszelkie manipulacje wyolbrzymiające zagrożenie, skutkujące protestami w obawie o zagrożenie zdrowia, a nawet życia i pogorszeniem komfortu codziennego życia.

Ochrona zdrowia osób fizycznych przed niebezpieczeństwem wynikającym z promieniowania jonizującego związanego z badaniami medycznymi

Testy kontroli jakości parametrów technicznych medycznych aparatów RTG

Pracownicy Oddziału Badań Radiacyjnych WSSE w 2010 roku wykonali 225 badań testów kontroli jakości przy ogólnodiagnostycznych aparatach rtg, 167 badań przy aparatach stomatologicznych, 26 badań przy fluoroskopii, 26 badań przy pantomografach i 23 badania przy mammografach.

Negatywne wyniki testów otrzymano dla 6% wykonanych badań.

Istniejące zasoby:

- 100% zdolność pomiarowa, dla profesjonalnego wykrywania wzrostu poziomu mocy dawki i skażeń promieniotwórczych w środowisku oraz prawidłowej i szybkiej identyfikacji rodzaju użytego izotopu (dzięki posiadaniu użyczonego przez Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki nowoczesnego miernika skażeń PM140K),
- 100% kompetencji merytorycznych: do udzielania wyczerpującej informacji dla Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego K-P UW oraz dla ludności o sposobie postępowania w sytuacji wystąpienia takiego zdarzenia i do prawidłowego oszacowania granicy strefy awaryjnej niezbędnej dla podjęcia koniecznych działań interwencyjnych.

Wnioski:

Istniejące zasoby:

- 100% zdolność pomiarowa dla reakcji na wszystkie zgłaszane przez mieszkańców województwa zagrożenia, wynikająca z pełnego nowoczesnego wyposażenia pomiarowego niezbędnego do realizacji badań oraz kompetentnych specjalistów z dziedziny przeprowadzania badań i oceny ryzyka związanego z promieniowaniem.

Wykonujemy 100% badań wynikających z wszystkich złożonych wniosków.

Pomiary dawki otrzymanej przez pacjenta

W diagnostyce medycznej celem ochrony przed promieniowaniem jonizującym jest utrzymanie dawek dla pacjentów w rutynowych badaniach na tak niskim poziomie, jak jest to osiągalne i dające się uzasadnić, otrzymując jednocześnie konieczną informację diagnostyczną.

Należy podkreślić, że przyjętą formą w Dyrektywie Rady Nr 97/43/Euratom Rady Unii Europejskiej z dnia 30 czerwca 1997 r. jest zalecenie, a więc pozbawienie sankcji karnych za brak wykonania przy założeniu, że wystarczającą motywacją do jej stosowania jest wysoka świadomość odpowiedzialności społecznej.



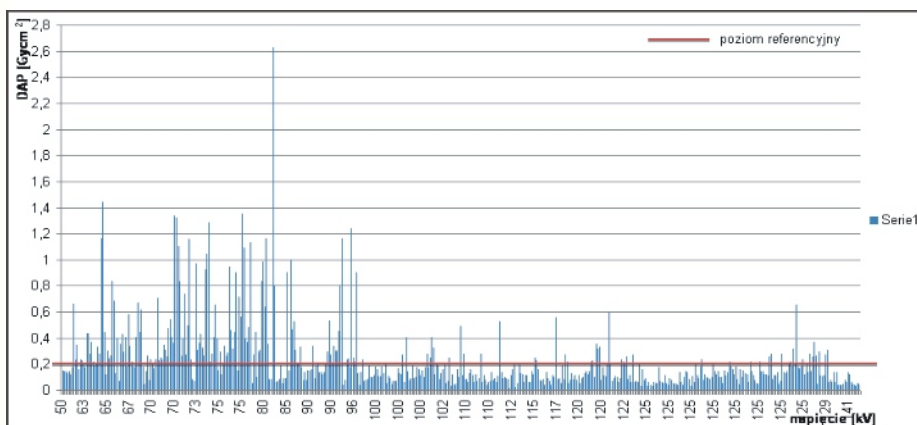
Przedstawiono również zmianę podejścia personelu do stosowania zalecanych od 2005 roku parametrów ekspozycji, a w szczególności właściwego napięcia lampy dostosowanego do rodzaju badania, determinującego przenikliwość (jakość) promieniowania.



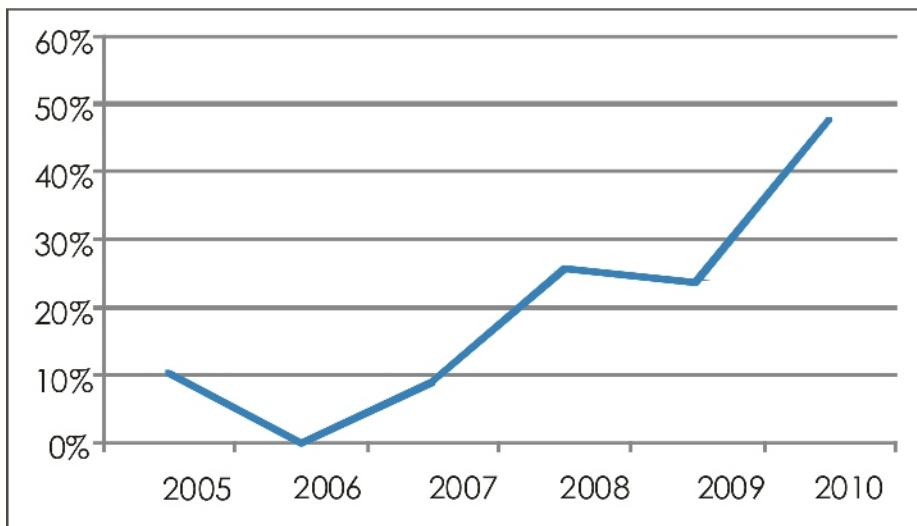
Dlatego od 2005 roku działamy na rzecz budowania tej świadomości i prowadzimy badania dawki DAP otrzymywanych przez pacjentów w placówkach służby zdrowia stosujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych.

W ten sposób dostarczamy personelowi odpowiedzialnemu za wykonywanie diagnostycznych badań informacje dotyczące osiąganych poziomów dawek dla pacjenta w ich placówkach. Jest to szczególnie ważne, gdyż tylko niektóre aparaty rtg są wyposażone w takie mierniki dawki.

Na podstawie wykonanych pomiarów, zauważono znaczne zmiany uzyskiwanych dawek w zależności od doboru jakości promieniowania (ryc.1) wynikającej z napięcia lampy rentgenowskiej. Zdecydowany wzrost przekroczeń wystąpił przy doborze niskich wartości napięcia. Do badań klatki piersiowej zalecana wartość napięcia wynosi 125 kV (ryc.2). Wcześniej (do 2005 roku) powszechną praktyką w tym badaniu było używanie niskich napięć.



Ryc.1. Wyniki wszystkich zarejestrowanych wartości DAP w zależności od stosowanego napięcia (dane z lat 2005-2010).



Ryc.2. Odsetek badań, dla których stosowano zalecane napięcie – 125kV

Nastąpił wzrost badań z 10% w 2005 roku do 50% w 2010 roku, dla których stosowano zalecane napięcie.

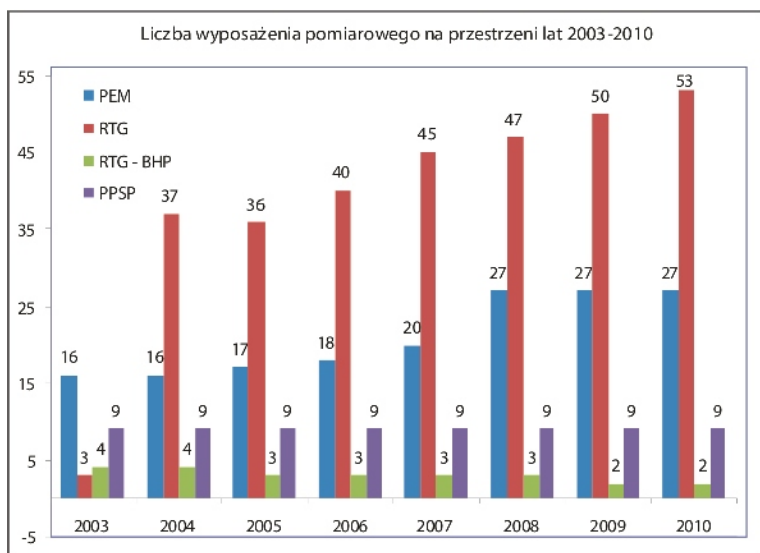
Wnioski:

Uzyskane wyniki w sposób obiektywny wskazują jak istotnym czynnikiem jest właściwy poziom świadomości personelu wykonującego badania i jak często brak wiedzy, a nawet obojętność naraża pacjenta na wyższą ekspozycję (dawkę) niż potrzeba.

Poprawa warunków sanitarno-higienicznych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez województwo



Technologiczny rozwój urządzeń stanowiących źródła pól elektromagnetycznych oraz medycznych urządzeń rentgenowskich wymaga ciągłego unowocześnienia posiadanego wyposażenia pomiarowego.



Oddział Badań Radiacyjnych dla utrzymania zdolności pomiarowej przechodzi coroczne audyty zewnętrzne przeprowadzane przez PCA spełniając wszystkie wymagania, dotyczące kompetencji do wykonywania wiarygodnych badań promieniowania.

W 2004 roku zostaliśmy zaopatrzeni z projektów UE w dużą część wyposażenia do wykonywania testów przy aparatach RTG, a w 2008 roku do badań pola elektromagnetycznego.

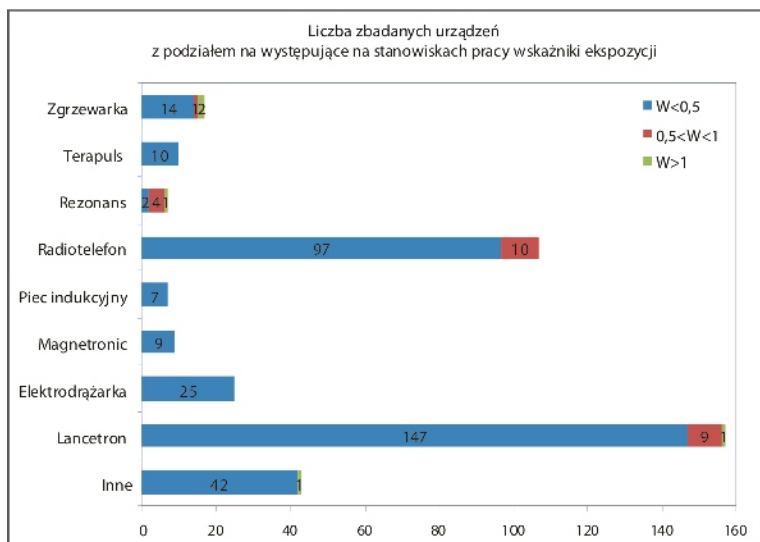
Wnioski:

Zapewniamy zdolność pomiarową w pełnym zakresie częstotliwości pola elektromagnetycznego (PEM), w 93 % dla wykonywania kontroli jakości parametrów fizycznych medycznych aparatów rentgenowskich, poza tomografami komputerowymi, wyposażenie do badań związane z ochroną pracowników przed promieniowaniem jonizującym nie spełnia wymagań dla wszystkich typów aparatów rentgenowskich (RTG - BHP), a możliwości sprzętowe pomiaru skażeń nie zmieniły się od 1986 roku (PPSP).

Pole elektromagnetyczne

Pożądanym poziomem narażenia zgodnie ze strategią WHO, programami Rady Europy i Wspólnoty Europejskiej a także narodowym programem zdrowia jest nie tylko nie przekraczanie wartości dopuszczalnych, ale przede wszystkim minimalizowanie każdego ryzyka ekspozycji na promieniowanie zgodnie z zasadą optymalizacji wg zaleceń ICRP.

Nieodłącznym elementem przeprowadzanych przez nas pomiarów jest zawsze część edukacyjna, kiedy udzielamy odpowiedzi na wszelkie wątpliwości pracowników, dotyczące poprawnego postępowania ograniczającego narażenie na stanowiskach pracy, zwiększając tym samym potencjał ich możliwości pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie.



Wnioski:

W 2010 roku na 5 stanowiskach pracy stwierdzono występowanie przekroczenia dopuszczalnych warunków ekspozycji ($W > 1$).

Nadzór nad bezpieczeństwem żywności i żywienia - monitoring żywności oraz wody w zakresie skażeń promieniotwórczych

Badania skażeń promieniotwórczych wykonywane są w Oddziale Badań Radiacyjnych, a poboru próbek żywności dokonują pracownicy 10 komórek PSSE.

Ilość i asortyment zbadanych próbek żywności określony został dla naszego województwa w planie pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rok 2010 przekazany przez Główny Inspektorat Sanitarny.

Zgodnie z zaleceniami powyższego planu wykonano badania zawartości tylko jednego izotopu Cs-137 metodami opisanymi w opracowanych w Oddziale Procedurach Badawczych.

Wniosek:

Próbki badane w ramach monitoringu żywności są reprezentatywne dla poziomu zawartości Cs - 137 w żywności rzeczywiście spożywanej przez mieszkańców naszego województwa.

W ramach monitoringu skażeń promieniotwórczych zbadano 24 próbki żywności, w tym 17 metodą radiochemiczną i 7 próbek grzybów metodą spektrometryczną.

W rozbiću na poszczególne produkty żywnościowe wygląda to następująco:

	ILOŚĆ PRÓBEK	METODA BADANIA	WYNIK
MLEKO	8	R	P
MIĘSO	4	R	P
WARZYWA	2	R	P
OWOCE	3	R	P
GRZYBY	7	S	P
RAZEM	24	—	—

R - metoda radiochemiczna

S - metoda spektrometryczna

P - próbka niekwestionowana

Próbki badane w ramach monitoringu pobierane są losowo z sieci handlowej niezależnie od siedziby producenta.

Ocena sytuacji radiacyjnej województwa wynikająca z nadzoru nad bezpieczeństwem jądrowym i ochroną radiologiczną sprawowanego przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki.

Prowadzimy pomiar mocy dawki promieniowania gamma w określonych punktach na terenie województwa oraz pomiary zawartości izotopów promieniotwórczych w głównych komponentach środowiska i w żywności w Placówkach Pomiaru Skażeń Promieniotwórczych WSSE.

Badania te wykonywane są na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 grudnia 2002 r. w sprawie stacji wczesnego wykrywania skażeń promieniotwórczych i placówek prowadzących pomiary skażeń promieniotwórczych. Stanowi ono realizację zaleceń Komisji Europejskiej w sprawie monitoringu poziomu radioaktywności w środowisku celem oszacowania ekspozycji populacji ogólnej.

Na podstawie tegoż Rozporządzenia i harmonogramu przygotowanego zgodnie z wytycznymi Państwowej Agencji Atomistyki i zatwierdzonego przez Prezesa PAA badamy zawartość dwóch izotopów Cs-137 w 66 próbkach i Sr - 90 w 3 próbkach rocznie.

Zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki badania skażeń prowadzone są w próbkach żywności produkowanej na terenie województwa kujawsko - pomorskiego i to, przez określonego producenta wg planu zatwierdzonego przez Prezesa PAA.

Badanie zawartości izotopów cezu prowadzimy kwartalnie w próbkach mleka, mięsa, mięsa drobiowego, ryb, jaj i wody wodociągowej, ponadto dwa razy do roku w wodzie powierzchniowej przy ujęciach wody pitnej i raz w roku w próbkach paszy, ziarnach zbóż i wybranych owocach i warzywach.



Wnioski:

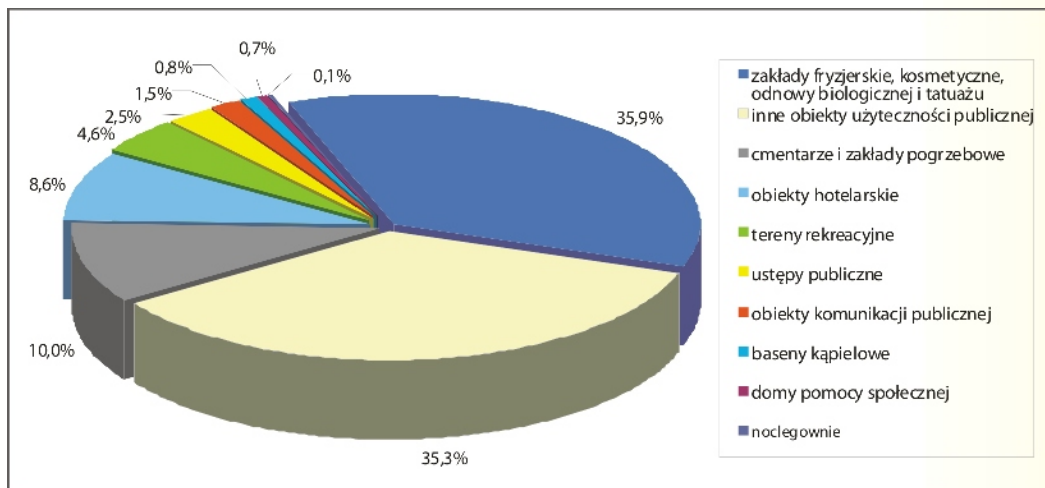
Poza informacjami o bieżącym stanie skażeń promieniotwórczych żywności i wody wodociągowej dla Państwowej Agencji Atomistyki, wyniki z sieci placówek prowadzących pomiary skażeń promieniotwórczych nieprzerwanie co najmniej od 1986 r. stanowią cenną bazę danych na temat długofalowych zmian w poziomie skażeń promieniotwórczych żywności po globalnych zdarzeniach radiacyjnych.

Ponadto realizacja programu ochrony radiologicznej wypełnia zobowiązania Polski wynikające z uczestnictwa w traktatach, konwencjach i organizacjach międzynarodowych, zapewniając Prezesowi Państwowej Agencji Atomistyki możliwość oceny sytuacji radiacyjnej kraju, publikowanej w Monitorze Polskim.

STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ I KĄPIELISK

W roku 2010 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, skontrolowały na terenie województwa kujawsko-pomorskiego 5964 obiekty użyteczności publicznej (4188 w miastach i 1776 na terenach wiejskich), należące do licznych i różnorodnych grup rodzajowych.

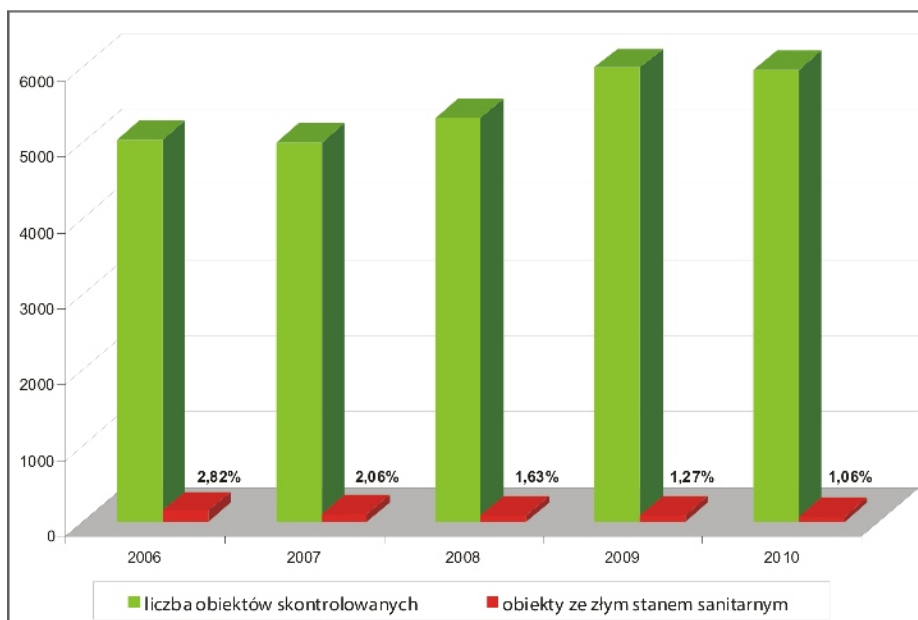
Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą sanitarną w 2010 r. w poszczególnych grupach rodzajowych



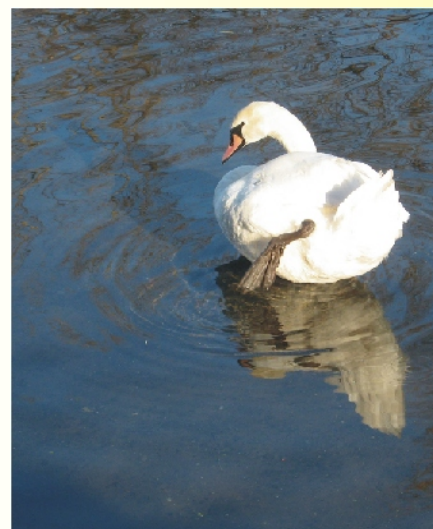
W br. jako niezadawalający uznano stan sanitarny 63 (1,06%) skontrolowanych obiektów. Jednocześnie w przypadku niemal wszystkich spośród tych placówek stwierdzono nieodpowiedni stan techniczny, będący przyczyną ich negatywnej oceny. Odsetek obiektów użyteczności publicznej, w których stwierdzano nieprawidłowości w zakresie stanu sanitarnego w miastach, podobnie jak w roku ubiegłym, wynosił 1,20%. Natomiast na terenach wiejskich, w odniesieniu do okresu poprzedniego, odnotowano pewną poprawę, albowiem procentowy udział placówek ze złym stanem sanitarnym w roku 2010 kształtował się korzystniej – na poziomie 0,73%, podczas gdy w 2009 r. wynosił 1,21%.

Podobnie jak w latach poprzednich, negatywna ocena stanu sanitarnego dotyczyła najczęściej: dworców i stacji kolejowych (10,0% spośród skontrolowanych obiektów tej grupy), basenów (6,0%), ustępów publicznych (2,72%) oraz zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej i tatuażu (0,84%).

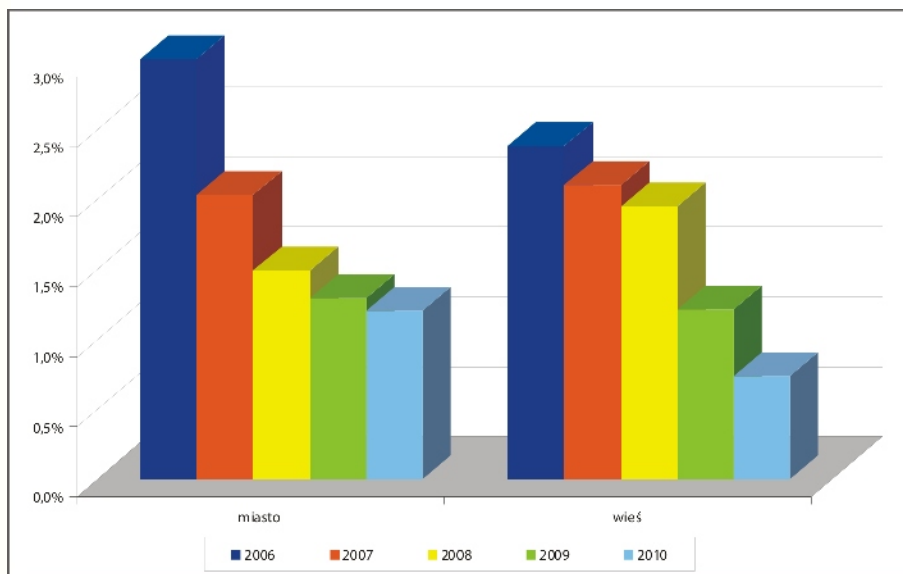
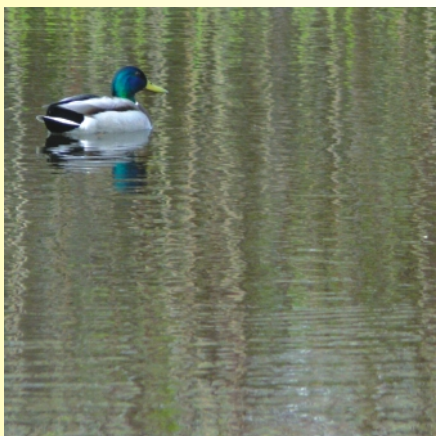
Obiekty użyteczności publicznej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego objęte nadzorem sanitarnym w latach 2006-2010



W województwie kujawsko-pomorskim odnotowuje się sukcesywną poprawę stanu sanitarnego obiektów użyteczności publicznej, która wyraża się m.in. poprzez malejącą z roku na rok liczbę placówek negatywnie ocenianych pod tym względem – od 2,82% w roku 2006 do 1,06% w roku 2010. Tendencja ta dotyczyła zarówno obiektów zlokalizowanych w miastach, gdzie odsetek placówek złych przyjmował wartość od 3,03% w roku 2006 do 1,20% w roku 2010, jak i tych położonych na terenach wiejskich, gdzie spadek omawianego wskaźnika kształtował się podobnie – od 2,38% w roku 2006 do 0,73% w roku 2010.



Obiekty ze złym stanem sanitarnym na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2006 – 2010.

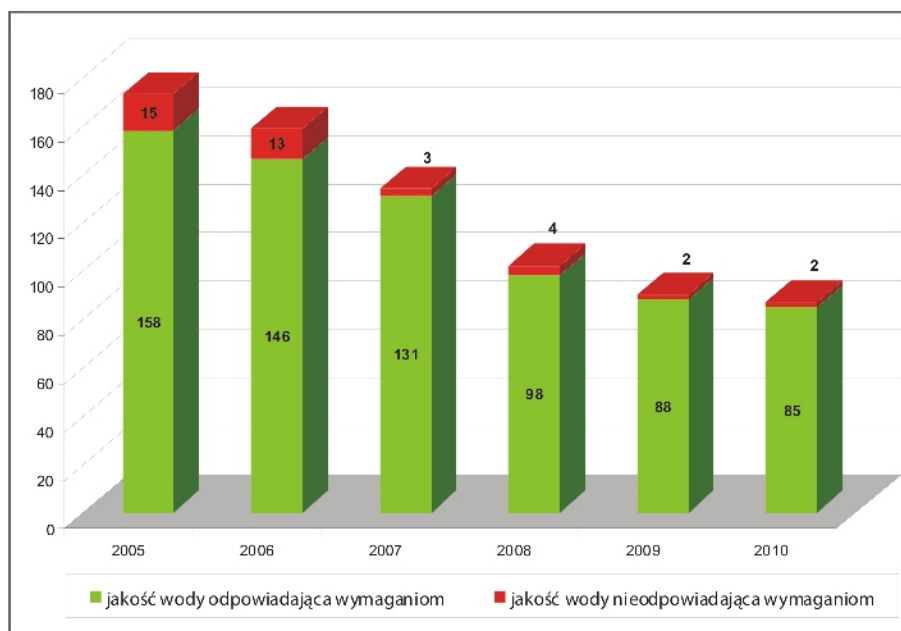


W sezonie letnim 2010 r. nadzorem sanitarnym oraz kontrolą laboratoryjną wody objęto 87 kąpielisk, w tym 18 zorganizowanych, wśród których 12 jest raportowanych do Komisji Europejskiej, a także 69 kąpielisk prowizorycznych i miejsc tradycyjnie wykorzystywanych do kąpieli. Ocena bezpieczeństwa zdrowotnego i warunków rekreacji we wszystkich kąpieliskach dokonywana była głównie na podstawie składu bakteriologicznego wody oraz występowania masowego zakwitów organizmów planktonowych. W 2010 r. nastąpiło dalsze zmniejszenie liczby kąpielisk ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i tych ocenianych negatywnie.

Jednocześnie ocenę negatywną przez cały analizowany okres otrzymywały dwa kąpieliska zlokalizowane na jeziorze Skępskim Wielkim w powiecie lipnowskim, ze względu na silne zakwity sinic, będących następstwem daleko posuniętej eutrofizacji tego akwenu.



Nadzór sanitarny nad kąpieliskami województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2005-2010.



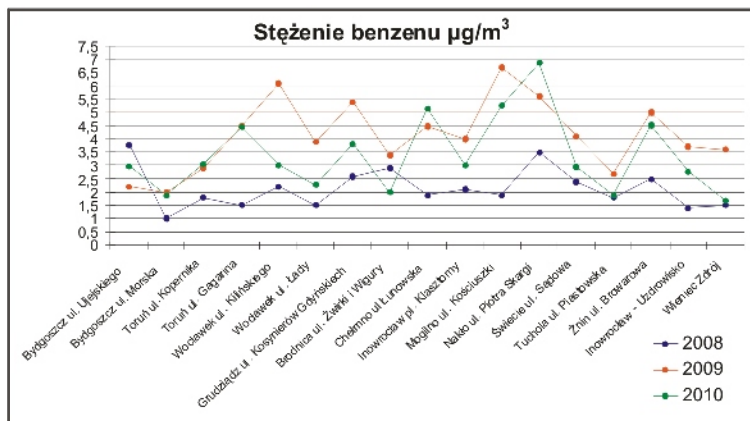
OCENA STANU ZANIECZYSZCZENIA POWIETRZA ATMOSFERYCZNEGO

Badania powietrza atmosferycznego prowadzone były w ramach programu Państwowego Monitoringu Środowiska, który był koordynowany przez Inspekcję Ochrony Środowiska przy współdziałaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Benzen

Prowadzone wspólnie z Inspekcją Ochrony Środowiska badania emisji benzenu, substancji o działaniu rakotwórczym wykazały przekroczenia poziomu dopuszczalnego stężenia rocznego na trzech stacjach: Chełmno ul. Łunawska, Mogilno ul. Kościuszki, Nakło ul. P. Skargi.

Roczne stężenia wahają się w granicach 1,88 – 6,86 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.



Załączony w formie graficznej wykres nr 1 obrazuje rozkład stężeń benzenu na poszczególnych stanowiskach w latach 2008 - 2010.



Dwutlenek azotu

Stężenia roczne zawierają się w przedziale wartości od ok. 12 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ do ok. 29 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Najwyższe stężenie (29,2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) stanowiące 73 % wartości dopuszczalnej zanotowano w Mogilnie przy ul. Kościuszki. Większość pozostałych obszarów charakteryzuje się stężeniami w granicach 12 - 26 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Poziom zanieczyszczenia powietrza dwutlenkiem azotu na terenie województwa można uznać jako średni.

W ciągu kilku ostatnich lat nie ulegał on istotnym zmianom.

Dwutlenek siarki

Stężenia roczne stanowią od 0,5 % do 22 % poziomu dopuszczalnego, natomiast maksymalne stężenia 24-godzinne od 4,8 % do 35,2 % poziomu dopuszczalnego. Najwyższe stężenia dobowe notowane były w Nakle, Bydgoszczy i Żninie. Najniższe w Chełmnie.

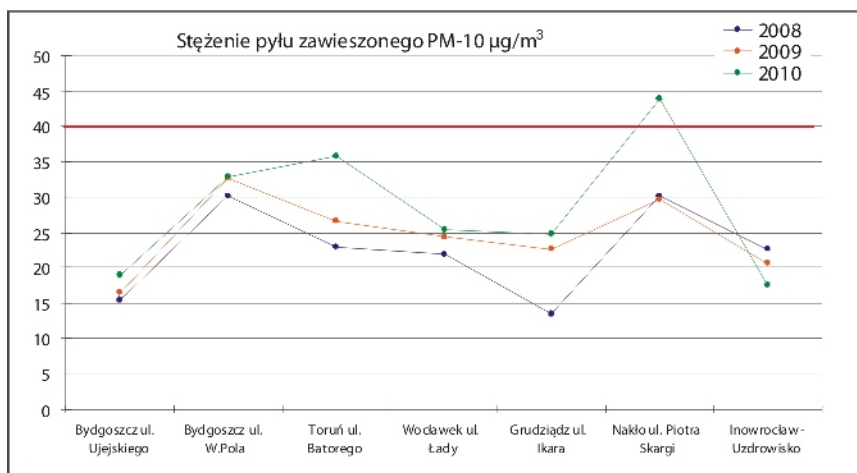
Ołów

Ołów był oznaczany w pyłe zawieszonym PM10. W roku 2010 był badany na 6 stacjach pomiarowych. Na żadnej z nich nie stwierdzono przekroczeń rocznego poziomu dopuszczalnego.

W Bydgoszczy stężenia roczne wynoszą 0,02 - 0,06 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, co stanowi odpowiednio 4,8 - 12 % poziomu dopuszczalnego. W pozostałych miejscowościach objętych badaniami stężenia ołowiu wyniosły 0,02 - 0,14 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Pył zawieszony

Na terenie województwa w roku 2010 Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadziła badania pyłu PM10 metodą wagową (7 stacji pomiarowych) i reflektometryczną (18 stacji). Stwierdzono przekroczenia dopuszczalnego stężenia rocznego w Nakle - 43,9 $\mu\text{g}/\text{m}^3$



Najwyższe wartości roczne wystąpiły w Nakle - 43,9 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, Toruniu ul. Batorego - 35,8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ i w Bydgoszczy - Wincentego Pola - 32,9 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Najwyższe stężenie 24-godzinne zanotowano w Nakle - 229 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, w Grudziądzu - 141 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ i Włocławku przy ul. Kilińskiego - 140 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Poziom maksymalny stężenia 24-godzinnego najczęściej był przekraczany w Nakle - 110 razy, Bydgoszczy (ul. Ujejskiego) - 80 razy, ul. Wincentego Pola - 79 razy.

Załączony w formie graficznej wykres nr 2 obrazuje rozkład stężeń pyłu zawieszonego PM-10 metodą wagową na poszczególnych stanowiskach w latach 2008-2010.

Tereny ochrony uzdrowiskowej

Na terenie trzech uzdrowisk, tj. Inowrocławia, Wieńca Zdroju i Ciechocinka stężenia średnie roczne nie przekraczają poziomów dopuszczalnych.

Najwyższe stężenie średnie roczne w zakresie benzenu i pyłu zawieszonego odnotowano w Ciechocinku.

Zanieczyszczenie powietrza w woj. kujawsko-pomorskim w roku 2010 w świetle badań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Miasto (rejon)	Rok	Benzen	Dwutlenek azotu	Dwutlenek siarki			O ₃ ¹⁾	Pył zawieszony		
		stężenie średnie roczne w µg/m ³	stężenie średnie roczne w µg/m ³	stężenie średnie roczne w µg/m ³	maksymalne stężenie 24-godz. w µg/m ³	częstość przekroczenia dop. poziomu 24-godz. w ci ¹ gu roku	stężenie średnie roczne w µg/m ³	stężenie średnie roczne w µg/m ³	maksymalne stężenie 24-godz. w µg/m ³	częstość przekroczenia dop. poziomu 24-godz. w ci ¹ gu roku
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
miasto Bydgoszcz										
Bydgoszcz ul. Ujejskiego 75 (Wzgórze Wolności)	2008	3,80	21,6	1,2	21	0	0,003	15,4	68	8
	2009	2,20	19,9	1,4	18	0	0,050	16,5	65	4
	2010	2,985	21,1	2,8	40	0	0,060	18,9 ²⁾	80	14
Bydgoszcz ul. W. Pola 19 (Wilczak)	2008	-	-	-	-	-	0,020	30,1	91	37
	2009	-	-	-	-	-	0,020	32,7	121	50
	2010	-	-	-	-	-	0,024	32,9 ²⁾	79	62
Bydgoszcz ul. Morska 2 (Bartodzieje)	2008	1,00	19,6	0,4	3	0	-	4,3	21	0
	2009	2,00	19,0	0,4	5	0	-	7,0	54	1
	2010	1,876	19,6	0,1	10	0	-	7,2	54	1
Bydgoszcz ul. Kaliskiego 7 (Fordon)	2008	-	14,7	0,3	5	0	-	4,4	23	0
	2009	-	14,2	0,5	14	0	-	6,0	42	0
	2010	-	16,0	0,2	9	0	-	5,5	49	0
miasto Toruń										
Toruń ul. Kopernika 9 (Stare Miasto)	2008	1,8	14,4	1,1	10	0	-	6,1	74	1
	2009	2,9	16,3	1,9	29	0	-	8,2	49	0
	2010	3,060	17,8	1,8	29	0	-	15,7	69	2
Toruń ul. Gagarina 34 (część pn. - zach.)	2008	1,5	14,6	1,2	12	0	-	5,7	39	0
	2009	4,5	16,3	1,9	29	0	-	6,7	42	0
	2010	4,462	19,3	1,5	26	0	-	9,8	42	0
Toruń ul. Konst. 3-Maja 15 (Rubinkowo)	2008	-	16,8	1,3	15	0	-	5,1	32	0
	2009	-	19,0	2,3	38	0	-	6,6	26	0
	2010	-	16,0	1,4	15	0	-	10,4	44	0
Toruń ul. Poznańska 63 (część południowa)	2008	-	19,6	1,3	13	0	-	9,0	41	0
	2009	-	22,1	2,4	40	0	-	9,0	45	0
	2010	-	17,7	1,5	25	0	-	8,6	44	0
Toruń ul. Batorego 17 (Przedmieście Mokre)	2008	-	-	-	-	-	-	22,9	110	8
	2009	-	-	-	-	-	-	26,6	110	25
	2010	-	-	-	-	-	-	35,8 ²⁾	69	48
miasto Włocławek										
Włocławek ul. Kilińskiego 16 (Śródmieście)	2008	2,2	25,6	4,6	65	0	-	18,8	104	17
	2009	6,1	26,1	5,1	68	0	-	21,6	86	26
	2010	3,000	24,4	1,3	24	0	-	24,9	140	53
Włocławek ul. Łady 10 (dzielnica Południe)	2008	1,5	14,4	1,6	12	0	0,05	21,8	77	10
	2009	3,9	15,7	2,0	27	0	0,04	24,3	133	28
	2010	2,276	13,3	1,8	18	0	0,082	25,4 ²⁾	138	28
Włocławek ul. Półcka 45 (dzielnica Wschód)	2008	-	14,0	2,7	24	0	-	20,2	127	27
	2009	-	12,9	3,3	44	0	-	20,2	96	35
	2010	-	13,4	3,5	27	0	-	17,9	137	27
miasto Grudziądz										
Grudziądz ul. Kosyn. Gd. 31 (Śródmieście)	2008	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-
	2009	5,4	-	-	-	-	-	-	-	-
	2010	3,834	-	-	-	-	-	-	-	-
Grudziądz ul. Ikara 8 (część północna)	2008	-	-	-	-	-	0,08	13,5	47	0
	2009	-	-	-	-	-	0,10	22,6	198	24
	2010	-	-	-	-	-	0,065	24,8 ²⁾	141	25
powiat brodnicki										
Brodnica ul. Wirki i Wigury 1	2008	2,9	19,8	2,6	24	0	-	16,6	62	8
	2009	3,4	19,9	3,5	33	0	-	14,3	59	4
	2010	2,016	18,7	2,3	29	0	-	14,7	58	1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
c										
Chełmno ul. Łunawska 2	2008	1,9	15,4	1,3	4	0	-	8,8	42	0
	2009	4,5	15,9	1,4	4	0	-	12,1	140	7
	2010	5,164	17,2	1,1	6	0	-	10,3	119	8
powiat inowrocławski										
Inowrocław Pl. Klasztorny 1 (śródmieście)	2008	2,1	21,6	2,4	24	0	-	7,7	35	0
	2009	4,0	19,8	2,2	23	0	-	3,3	12	0
	2010	3,031	22,1	2,5	15	0	-	3,5	9	0
Inowrocław ul. Kleeberga 1 (Rąbin)	2008	-	16,4	1,3	7	0	-	2,4	20	0
	2009	-	17,1	1,2	6	0	-	1,9	6	0
	2010	-	16,9	1,5	10	0	-	1,6	5	0
powiat mogileński										
Mogilno ul. Kościuszki 3	2008	1,9	21,2	2,1	14	0	-	7,9	62	2
	2009	6,7	21,6	2,1	15	0	-	7,5	35	0
	2010	5,271	29,2	3,9	34	0	-	13,7	74	10
powiat nakielski										
Nakło ul. P. Skargi 2	2008	3,5	21,7	2,2	14	0	0,01	30,1	149	60
	2009	5,6	18,7	2,9	26	0	0,12	29,6	114	56
	2010	6,862	20,7	4,3	44	0	0,136	43,9²⁾	229	110
powiat świecki										
Świecie ul. Sądowa 5	2008	2,4	18,4	2,2	9	0	-	11,9	46	0
	2009	4,1	17,5	2,3	9	0	-	16,8	66	6
	2010	2,932	17,5	2,5	17	0	-	13,9	111	11
powiat tucholski										
Tuchola ul. Piastowska 30	2008	1,8	12,9	1,1	10	0	-	4,6	42	0
	2009	2,7	12,7	0,5	6	0	-	4,6	28	0
	2010	1,881	11,6	0,3	13	0	-	7,5	64	4
powiat żniński										
Żnin ul. Browarowa 14	2008	2,5	23,3	3,1	26	0	-	8,9	38	0
	2009	5,0	22,9	3,1	28	0	-	8,3	38	0
	2010	4,533	26,1	4,4	35	0	-	11,7	62	5

Poziomy dopuszczalne w roku 2010:

benzen:	stężenie roczne - 5 µg/m ³
dwutlenek azotu:	stężenie roczne - 40 µg/m ³
dwutlenek siarki:	stężenie roczne - 20 µg/m ³
	stężenie 24-godzinne - 125 µg/m ³
ołów:	częstość przekroczeń poziomu 24-godzinnego w ciągu roku - 3 razy
pył zawieszony PM10:	stężenie roczne - 0,5 µg/m ³
	stężenie roczne - 40 µg/m ³
	stężenie 24-godzinne - 50 µg/m ³
	częstość przekroczeń poziomu 24-godzinnego w ciągu roku - 35 razy

Uwagi:

1. Suma ołowiu i jego związków w pyłe zawieszonym PM10
2. Pył zawieszony PM10 oznaczony metodą wagową z separacją frakcji
3. Poziomy dopuszczalne określa Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 03.03.2008 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz.U. Nr 47, poz. 281).

Zanieczyszczenie powietrza na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2010 w świetle badań Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Zestawienie wyników badań zanieczyszczeń normowanych na obszarach ochrony uzdrowiskowej.

Uzdrowisko	Rok	Benzen	Dwutlenek azotu	Dwutlenek siarki	Ołów ¹⁾	Pył zawieszony PM10		
		stężenie średnie roczne w µg/m ³	stężenie średnie roczne w µg/m ³	maksymalne stężenie 24-godz. w µg/m ³	stężenie średnie roczne w µg/m ³	stężenie średnie roczne w µg/m ³	maksymalne stężenie 24-godz. w µg/m ³	częstość przekraczania dop. poziomu 24-godz. w ciągu roku
Inowrodaw	2008	1,4	13,8	9	0,01	22,6	65	10
	2009	3,7	16,5	8	0,04	20,7	93	26
	2010	2,779	22,2	8	0,03	17,6	102	7
Wieniec Zdrój	2008	1,5	7,1	-	-	9,3	86	6
	2009	3,6	9,2	19	-	11,6	93	7
	2010	1,683	9,5	24	-	9,0²⁾	57	3
Ciechońnek ³⁾	2008	1,4	-	-	0,02	25,9	81	3
	2009	-	-	-	-	-	-	-
	2010	3,513	-	-	0,02	30,5	156	29

Poziomy dopuszczalne:

benzen:	stężenie roczne - 4 µg/m ³
dwutlenek azotu:	stężenie roczne - 35 µg/m ³
dwutlenek siarki:	stężenie 24-godzinne - 125 µg/m ³
ołów:	stężenie roczne - 0,5 µg/m ³
pył zawieszony PM10:	stężenie roczne - 40 µg/m ³
	stężenie 24-godzinne - 50 µg/m ³
	częstość przekraczania poziomu 24-godz. w ciągu roku - 35 razy

Uwagi:

1. Suma ołowiu i jego związków w pyłe zawieszonym PM10
2. Pył zawieszony oznaczony metodą refraktometryczną.



Wniosek:

1. Analiza poziomu zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wskazuje na utrzymujące się na przestrzeni ostatnich 3 lat porównywalne stężenia na przeważającym obszarze województwa, w większości poniżej wartości dopuszczalnych.
2. W roku 2010 przekroczone były stężenia dopuszczalne roczne dla benzenu (Chełmno, Nakło, Mogilno) i pyłu zawieszony PM10 w Nakle.

ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

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

- **zajmowanie stanowiska w ramach:**

- strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla projektów: miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, strategii rozwoju regionalnego, polityk, planów i programów w dziedzinie przemysłu, energetyki, transportu, telekomunikacji, gospodarki wodnej, odpadami, leśnictwa, rolnictwa, rybołówstwa, turystyki i wykorzystywania terenu, wyznaczających ramy dla późniejszej realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko,

- oceny oddziaływania przedsięwzięć na środowisko,

- **uzgadnianie:**

- dokumentacji projektowej inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,

- projektów tworzenia stref przemysłowych,

- **udzielanie zgód:**

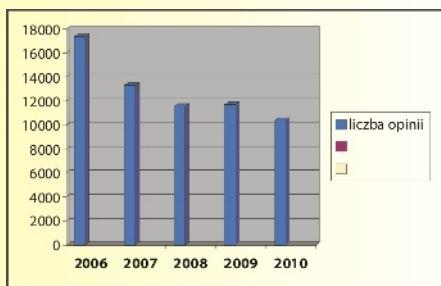
- na odstąpienie od warunków technicznych i ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie ustalonym przepisami szczególnymi,

- na zastosowanie nowej technologii uzdatniania wody,

- **udział w procedurach dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych,**

- **wydawanie opinii w sprawach przedsięwzięć wspomaganych ze środków Unii Europejskiej.**

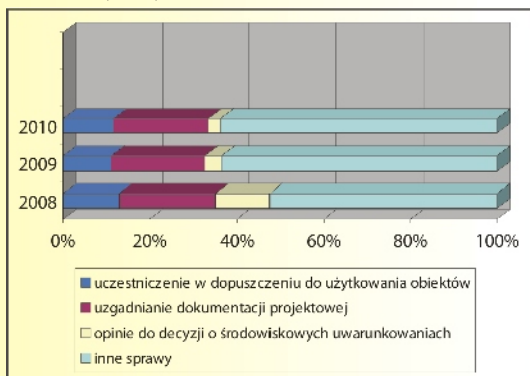
Zadania z tym związane wykonywali państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz rzeczoznawcy d/s sanitarno-higienicznych posiadający odpowiednie uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego.



Z tego zakresu w 2010 roku wydano ogółem 10 401 opinii.

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 pozbawionych oświetlenia dziennego. Kompetencje z tego zakresu spraw należą do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, który w 2010 roku wydał 166 takich zgód. Decyzje te wydawane były w porozumieniu i po uzyskaniu opinii Okręgowego Inspektora Pracy w Bydgoszczy.

Odsetek wydanych opinii w latach 2008-2010



Wniosek:

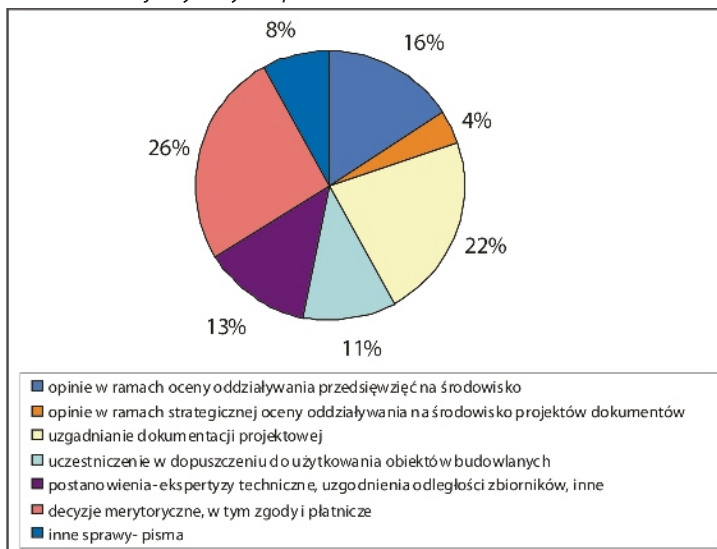
W porównaniu z latami ubiegłymi widać tendencję malejącą ogólnej liczby załatwianych spraw w oddziale, co wynika ze zmian przepisów prawa oraz sytuacji gospodarczej w kraju – zmniejszającej się liczby przedsięwzięć inwestycyjnych.

Znaczącą liczbę ogółem wydanych opinii stanowią stanowiska zajęte w ramach procedury oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko – 1669.

W roku 2010 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko wydały ogółem 395 opinii.

W procesie inwestycyjnym przedsięwzięć organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa uzgadniały projekty budowlane i z tego zakresu wydano 2279 takich uzgodnień.

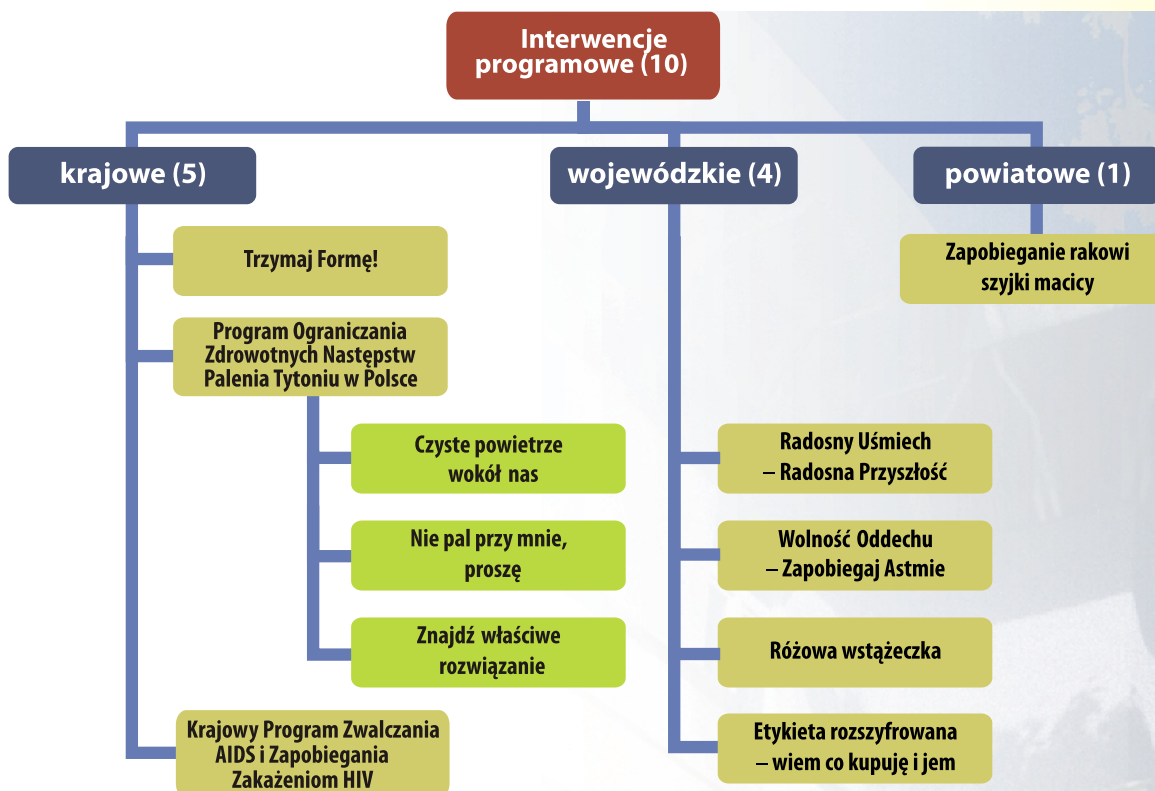
Odsetek i rodzaje wydanych opinii w 2010 roku



Ponadto w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w przekazywaniu obiektów do użytkowania. W 2010 roku 1187 obiektów zostało przekazanych przy ich udziale.

Wniosek:

W porównaniu z latami ubiegłymi stwierdza się spadek liczby opinii związanych z wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, co związane jest bezpośrednio ze zmianą przepisów prawa w tym zakresie oraz nieznaczne zmniejszenie liczby uzgadnianych dokumentacji projektowych i opinii związanych z uczestniczeniem w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych, co może być odzwierciedleniem sytuacji ekonomicznej w kraju i na świecie.



Ryc. 1. Interwencje programowe realizowane na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2010 r.



Ryc. 2. Interwencje nieprogramowe realizowane na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2010 roku



1. „Trzymaj Formę!” – 4 edycja 2009/2010

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

edycja programu	liczba szkół	liczba gimnazjów, szkół podstaw.	liczba uczniów	liczba realizat.	liczba klas	liczba rodziców
1 edycja 2006/07	268	248 gimn., 20 SP	60 tys.	1,3 tys.	2,5 tys.	14,9 tys.
2 edycja 2007/08	384	268 gimn., 116 SP	65 tys.	1,8 tys.	3,0 tys.	17,4 tys.
3 edycja 2008/09	416	268 gimn., 148 SP	60 tys.	1,8 tys.	2,0 tys.	15,5 tys.
4 edycja 2009/10	447	283 gimn., 164 SP	60 tys.	2,0 tys.	2,5 tys.	17,7 tys.

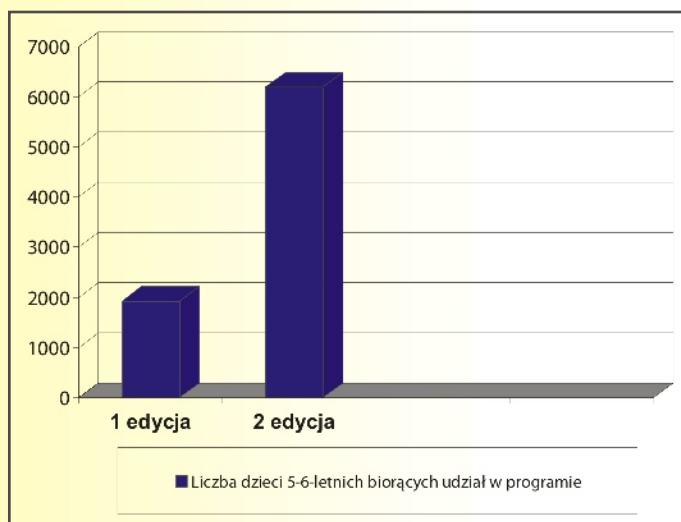
Tab. 1. Liczba szkół, uczniów, realizatorów, klas i rodziców uczestniczących w programie od 2006 do 2010 roku.

2. Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (POZNPT) w Polsce – 2008-2013

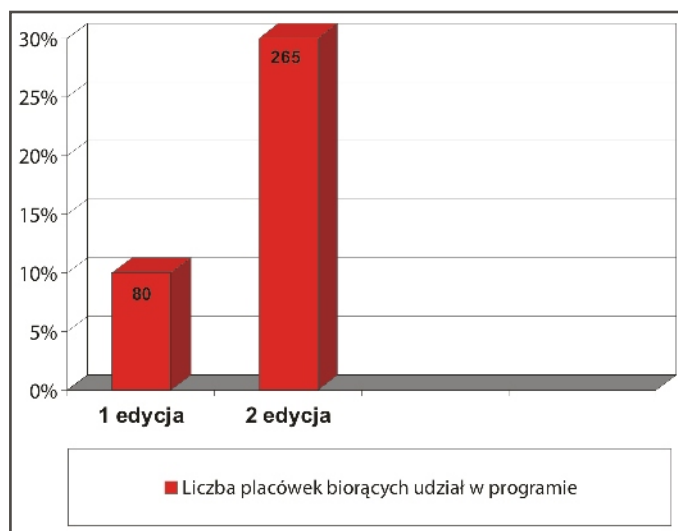
Cel: zmniejszenie zachorowań, inwalidztwa zdrowotnego i zgonów wynikających z palenia tytoniu poprzez zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy.

W ramach programu **POZNPT** realizowano 3 programy edukacyjne skierowane do 3 grup wiekowych – grupa przedszkolna (5,6-latki), uczniowie klas I-III szkół podstawowych, uczniowie gimnazjum.

Program edukacji przedszkolnej „**Czyste powietrze wokół nas**” realizowany jest od 2008 roku.



Ryc. 3. Liczba dzieci 5,6-letnich biorących udział w programie w 2 edycjach w województwie kujawsko-pomorskim.



Ryc. 4. Liczba oraz odsetek placówek biorących udział w programie w 2 edycjach w województwie kujawsko-pomorskim.

Programy edukacji szkolnej „**Nie pal przy mnie proszę**” oraz „**Znajdź właściwe rozwiązanie**” w roku szkolnym 2009/ 2010 były edycjami pilotażowymi.

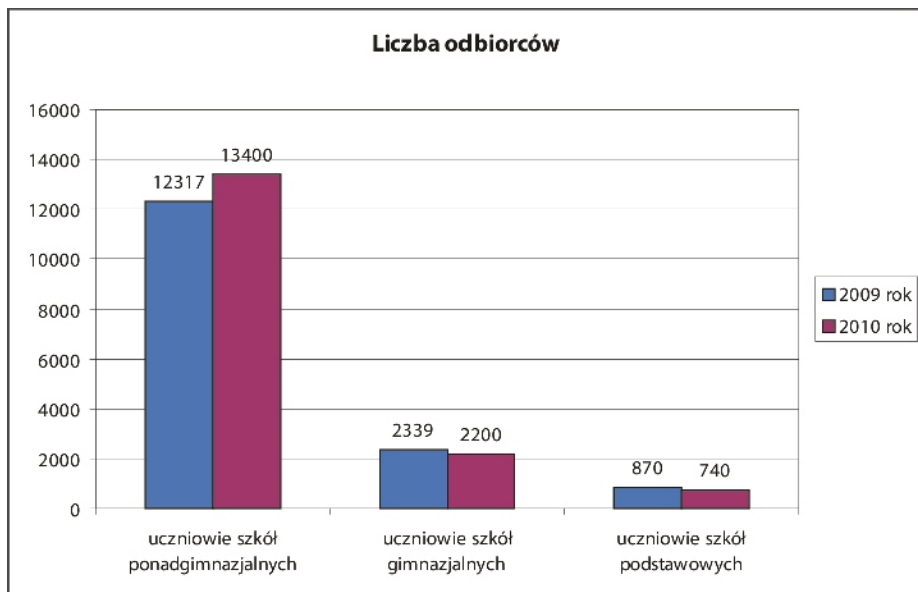
Program	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba rodziców
„Nie pal przy mnie proszę”	41 SP	2.217 uczniów klas I-III SP	690
„Znajdź właściwe rozwiązanie”	17 SP 35 gimnazjów	4.627 uczniów	775

Tab. 2. Liczba szkół, uczniów i rodziców biorących udział w pilotażowych programach „Nie pal przy mnie proszę” i „Znajdź właściwe rozwiązanie” na terenie woj. kujawsko-pomorskiego.

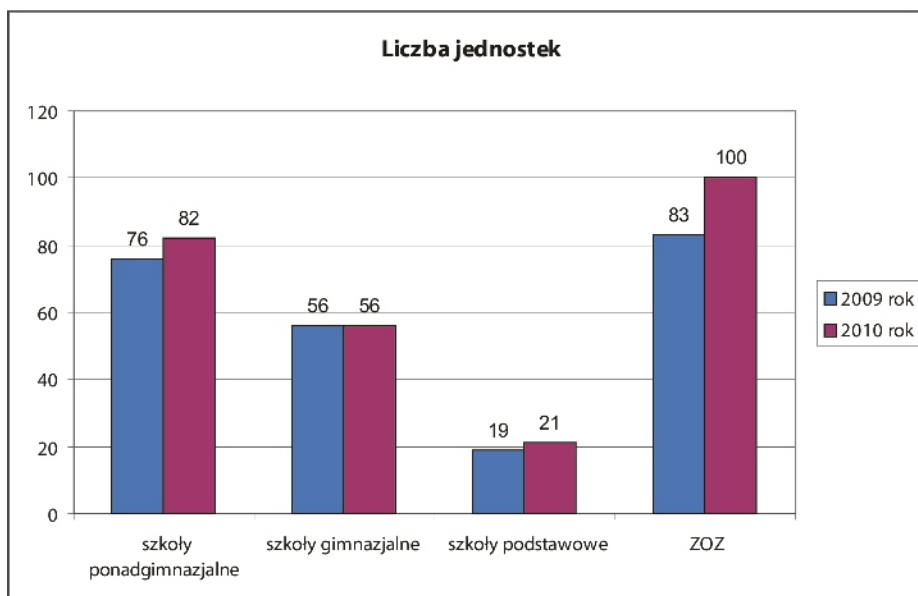


3. Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007/2011

Cel: ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń HIV w Polsce.



Ryc.5. Liczba odbiorców systematycznych działań edukacyjnych prowadzonych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2009/2010.



Ryc. 6. Liczba placówek realizujących działania edukacyjne na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2009/2010.

W woj. kujawsko-pomorskim systematycznie prowadzone od wielu lat działania edukacyjne sprzyjają utrzymaniu się od 2000 roku stabilnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie HIV/AIDS. W 2010 roku, z uwagi na duże zapotrzebowanie społeczne, po dwuletniej przerwie wznowiono działalność punktu konsultacyjno-diagnostycznego w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.

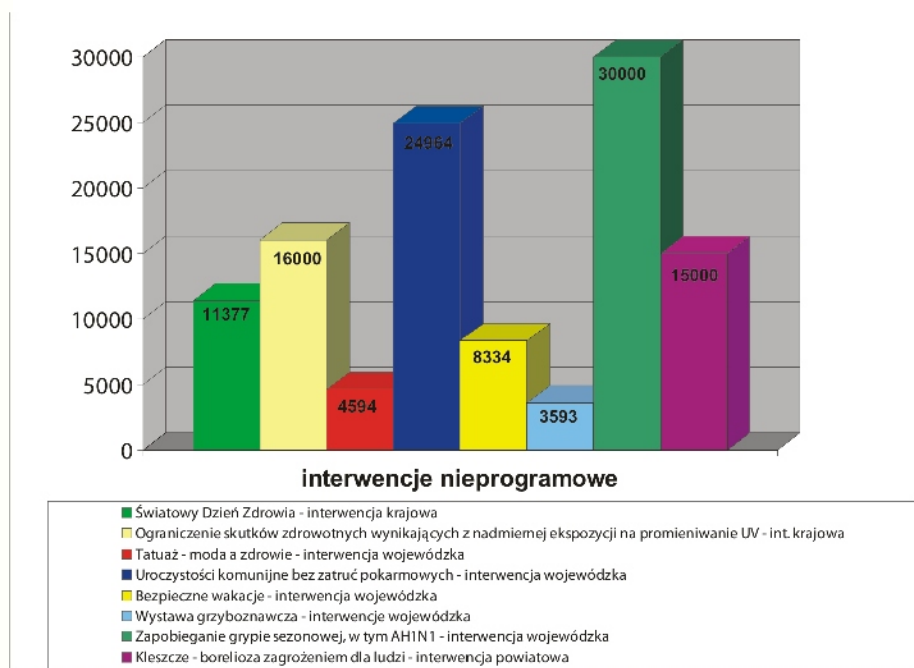
W okresie od września do grudnia 2010 z jego usług skorzystało 80 osób.



Program	Liczba PSSE	Liczba szkół podstawowych	Liczba uczniów	Liczba szkół Gimnazjalnych	Liczba uczniów	Liczba szkół Ponadgimnazjalnych	Liczba uczniów
„Radosny Uśmiech Radosna Przyszłość”	6	117	5017	-	-	-	-
„Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie”	2	6	874	-	-	-	-
Profilaktyka Chorób Nowotworowych „Różowa Wstążeczka”	4	-	-	-	-	13	1857
„Etykieta rozszyfrowana – wiem co kupuję i jem”	14	-	-	-	-	45	1938

Tab. 3. Liczba PSSE, szkół, uczniów objętych działaniami edukacyjnymi w ramach programów wojewódzkich w 2010 roku.

INTERWENCJE NIETRACOWE KRAJOWE, WOJEWÓDZKIE I POWIATOWE



Ryc. 7. Liczba odbiorców interwencji nietracowych krajowych, wojewódzkich i powiatowych w 2010 roku.

Wnioski:

1. W 2010 roku realizowano 10 interwencji programowych i 23 interwencje nietracowe (akcje, kampanie, autorskie projekty wojewódzkie i powiatowe).
2. Głównymi odbiorcami działań informacyjno-edukacyjnych były szkoły: podstawowe - 672, gimnazjalne - 369 i ponadgimnazjalne - 222.
3. Działaniami informacyjno-edukacyjnymi w ramach programów, akcji, kampanii objęto około 536.718 uczestników z różnych grup wiekowych. W stosunku do roku ubiegłego nastąpił wzrost o 24%.
4. W porównaniu z rokiem ubiegłym zwiększyła się liczba interwencji nietracowych krajowych (z 6 do 10).
5. Wśród form edukacyjnych dominowały narady, szkolenia, warsztaty, konkursy, happeningi, wykłady, prelekcje, metoda projektu.
6. W 2010 roku najwięcej programów realizowano z zakresu problematyki uzależnień - profilaktyka tytoniowa z 2 w 2009 roku do 4 w 2010 roku.

