

PANSTWOWA



Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy • Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy



stan  
bezpieczeństwa sanitarnego  
województwa  
kujawsko-pomorskiego  
w 2011 roku

INSPEKCJA SANITARNA



## Spis treści

Wstęp	<b>1</b>
Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w 2011 roku	<b>2</b>
Ocena sanitarna placówek ochrony zdrowia	<b>17</b>
Stan sanitarny urządzeń do zaopatrywania w wodę, jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi	<b>24</b>
Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	<b>27</b>
Choroby zawodowe	<b>35</b>
Warunki sanitarno – higieniczne w placówkach nauczania, wychowania i wypoczynku	<b>42</b>
Ochrona pracowników i ogółu ludności przed promieniowaniem jonizującym i niejonizującym	<b>47</b>
Stan bezpieczeństwa sanitarnego w zakresie ochrony radiologicznej	<b>51</b>
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej, kąpielisk i basenów kąpielowych	<b>54</b>
Zapobiegawczy nadzór sanitarny	<b>56</b>
Oświata Zdrowotna i Promocja Zdrowia	<b>58</b>



Mam zaszczyt zaprezentować Państwu kolejny raport przedstawiający ocenę stanu sanitarno-epidemiologicznego województwa kujawsko-pomorskiego, który jest efektem prowadzonego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, a więc plonem realizacji statutowych obowiązków, wynikających z ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz założeń Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

Podobnie jak w latach ubiegłych PIS województwa kujawsko-pomorskiego prowadziła działania związane z ochroną zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych oraz zapobieganie powstawaniu chorób, szczególnie zakaźnych i zawodowych. Realizowała krajowe i lokalne programy prozdrowotne.

Prowadzony był systematyczny monitoring jakości wody do spożycia, żywności, żywienia i przedmiotów użytku, a także prowadzony był nadzór nad higieną nauczania, wychowania, rekreacji i wypoczynku, nad warunkami higieniczno-sanitarnymi w obiektach użyteczności publicznej ze szczególnym uwzględnieniem obiektów, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

Wymienione wyżej zadania realizujemy siłami kadry legitymującej się wysokimi kwalifikacjami, wykorzystując stale poszerzaną wiedzę z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyki oraz nowoczesnych metod laboratoryjnych. Z roku na rok poszerzamy zakres naszych działań, za sprawą zakupionego, najnowocześniejszego sprzętu, co czyni z WSSE w Bydgoszczy jedną z najnowocześniejszych tego typu placówek w Inspekcji Sanitarnej w kraju. Dzięki wzbogaceniu się o urządzenie w pracowni sensorycznej, służące do określania sensoryki wody i żywności, PCR do diagnostyki molekularnej drobnoustrojów a przede wszystkim GCMS z przystawkami Purge and Trap i Head Space pozwalający na oznaczanie furanu w żywności Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy, jako jedyna w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, i nieliczna wśród sąsiadujących z Polską krajów Unii Europejskiej, staje się głównym wykonawcą tego typu badań.

Przedstawiony w niniejszym opracowaniu stan bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego województwa kujawsko-pomorskiego celowo zawiera także negatywne zjawiska sanitarno-higieniczne, gdyż ich eliminowanie wymaga współdziałania Państwowej Inspekcji Sanitarnej z innymi jednostkami kontrolującymi, organami administracji rządowej i samorządowej oraz podmiotami gospodarczymi i instytucjami działającymi na rzecz zdrowia mieszkańców.

Jestem przekonany, że niniejszy raport przyczyni się do lepszego poznania zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stojącej na straży bezpieczeństwa sanitarnego województwa kujawsko-pomorskiego.

Państwowy Wojewódzki  
Inspektor Sanitarny  
w Bydgoszczy

  
Jerzy Kasprzak



## OCENA SYTUACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ CHOROÓB ZAKAŻNYCH I ZAKAŻEŃ W 2011 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 omawianym okresie sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych była zróżnicowana, ale ocenić ją można jako dobrą. Nie odnotowano epidemicznego wzrostu zachorowań na żadną ze zgłaszanych chorób. Nadal obserwowana była cykliczna zmienność zapadalności na niektóre choroby zakaźne, co związane jest z sezonowością ich występowania (szczególnie tzw. choroby wieku dziecięcego) lub kontynuacją wieloletnich trendów notowanych wcześniej.

Nie zostały przywleczone do naszego województwa żadne z najgroźniejszych gorączek krwotocznych, zdolnych zakażać ludzi w bezpośredniej styczności, czy inne choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, jak cholera czy dżuma.

Nie odnotowano również przypadków malarii. Stałemu monitorowaniu podlegała sytuacja epidemiologiczna grypy, w tym grypy wywołanej wirusem pandemicznym A (H1N1) 2009 i zachorowań grypopodobnych. W związku z ogłoszeniem przez WHO zakończenia pandemii grypy A(H1N1) 2009 oraz uznaniem szczepu pandemicznego za szczep o charakterze grypy sezonowej, pod koniec 2011 r. zaprzestano sporządzania raportów indywidualnych przypadków zachorowań na grypę A(H1N1) 2009.

Nowym zagrożeniem dla zdrowia publicznego stało się ognisko epidemiczne E.coli enterokrwotocznej w Niemczech i możliwość wystąpienia w Polsce przywleczonych przypadków zachorowań lub zakażeń spowodowanych skażoną żywnością importowaną.

Prowadzono wzmożony nadzór epidemiologiczny i działania informacyjno-edukacyjne w zakresie potencjalnych zagrożeń oraz zachowania zasad higieny osobistej.

W województwie kujawsko-pomorskim nie potwierdzono żadnego przypadku zakażenia tym groźnym patogenem.

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

	Jednostka chorobowa	2008		2009		2010		2011	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozy (zakażenia jelitowe)	20	0,97	7	0,34	9	0,43	15	0,72
2	Dur brzuszny	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	Duryrzekome A, B, C	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00
4	Czerwonka bakteryjna	1	0,05	0	0,00	11	0,53	0	0,00
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	823	39,83	601	29,05	635	30,68	582	28,12
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	745	36,06	509	24,60	613	29,62	534	25,80
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	261	12,63	412	19,91	457	22,08	455	21,99
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	2370	114,71	1606	77,62	1744	84,27	3024	146,12
9	Meningokokowe i inne bakteryjne zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	57	2,76	51	2,46	67	3,24	59	2,85
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	72	3,48	49	2,37	65	3,14	82	3,96
11	Plonika (szkarlatyna)	726	35,14	1052	50,84	920	44,45	1156	55,86
12	Odra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,14
13	Różyczka	385	18,63	340	16,43	208	10,05	257	12,42
14	Ospa wietrzna	9641	466,62	9610	464,46	12941	625,30	10363	500,74
15	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	312	15,10	277	13,39	337	16,28	282	13,63
16	Wirusowe zapalenie wątroby - typu A	2	0,10	18	0,87	5	0,24	4	0,19
17	Wirusowe zapalenie wątroby - typu B	127	6,15	99	4,78	113	5,46	89	4,30
18	Wirusowe zapalenie wątroby - typu C wg definicji z 2009r.	-	-	89	4,30	190	9,18	177	8,55
19	Wirusowe zapalenie wątroby - typu C wg definicji z 2005r.	181	8,76	131	6,33	153	7,39	151	7,30
20	Wirusowe zapalenie wątroby - typu B + C (zakażenie mieszane)	1	0,05	3	0,14	2	0,10	0	0,00
21	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nie określone	1	0,05	4	0,19	0	0,00	0	0,00
22	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	220	10,65	199	9,62	174	8,41	162	7,83
23	Krzusiec	257	12,44	168	8,12	43	2,08	145	7,01
24	Tęžec	1	0,05	1	0,05	0	0,00	0	0,00
25	Borelioza	265	12,83	378	18,27	356	17,20	327	15,80
26	Malaria (zimnica)	0	0,00	3	0,14	0	0,00	0	0,00
27	Włośnica	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00
28	AIDS	7	0,34	5	0,24	6	0,29	6	0,29
29	Nowo wykryte zakażenie HIV	29	1,40	46	2,22	31	1,50	46	2,22
30	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	3249	157,25	40621	1963,24	15647	756,05	24057	1162,43
31	W tym u dzieci w wieku 0 - 14 lat	1332	400,65	23633	7293,08	5968	1848,12	8698	2705,86
32	Grypa - ogółem (przyp. potw. laboratoryjnie)	8	0,39	132	6,38	16	0,77	137	6,62
33	W tym u dzieci w wieku 0 - 14 lat	5	1,50	48	14,81	0	0,00	20	6,22
34	Grypa wywołana wirusem A/H1N1v (przyp. potw. laboratoryjnie)	0	0,00	77	3,72	12	0,58	81	3,91
35	W tym u dzieci w wieku 0 - 14 lat	0	0,00	24	7,41	0	0,00	5	1,56
36	Gruźlica	335	19,00	437	21,14	419	20,26	406	19,63

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008 - 2011.  
Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności.

Umieralność z powodu chorób zakaźnych utrzymuje się na względnie niskim poziomie. W 2011 roku wynosiła 6,18 na 100 tys. ludności i była wyższa od ubiegłorocznej. Odnotowano 128 zgonów, których pierwotną przyczyną były choroby zakaźne.

Dominowały podobnie, jak w latach ubiegłych posocznice (41,4%), zapalenia płuc (20,3%), a następnie grypa (10,2%) oraz następstwa wirusowego zapalenia wątroby, neuroinfekcje i gruźlica (6,2%) i AIDS (5,5%). Tak, jak w latach poprzednich

najwięcej zgonów odnotowano wśród osób starszych powyżej 60 roku życia.

Rok Grupy wiekowe	Posocznica		Zapalenie płuc		wzww		Neuroinfekcje		gruźlica		AIDS		grypa		zatrucia pokarmowe		Zakażenia jelitowe		Pozostałe		RAZEM		
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	
0	2																		1		3		
1																							
2-4							1															1	
5-9	1							1														1	1
10-14																							
15-19																			1			1	
20-29																							
30-39	1			1					1	1	2		2				1					3	6
40-49	3	2		1	1	2	2	2	2	1	2	4		2								9	13
50-59	6	13	2	1		2	2	2	2		1	1	2	6						1		15	26
60 i więcej	54	38	17	23	2	5		3	5	7				3		1		2	1			79	82
Razem	67	53	19	26	2	8	5	8	10	8	4	7	2	13		1		3	3	1	112	128	

Przyczyny zgonów z powodu chorób zakaźnych podlegających rejestracji wg wieku



## Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych

Choroby zakaźne, którym zapobiega się za pomocą szczepień, są nadal realnym zagrożeniem zwłaszcza dla dzieci. W Polsce corocznie odnotowuje się zachorowania na krztusiec i lokalne ogniska odry. Sytuacja epidemiologiczna takich chorób, jak: błonica, poliomyelitis, tężec, odra, krztusiec i świnka zaleźna jest w znacznym stopniu od poziomu realizacji szczepień ochronnych.

Poziom wykonania szczepień ochronnych w województwie jest wysoki od wielu lat. Obecnie nie występują zagrożenia realizacji Narodowego Programu Szczepień Ochronnych.

W 2011 r. szczepienia wykonane były zgodnie z obowiązyjącymi zasadami, w odsetkach porównywalnych do wartości uzyskiwanych w latach ubiegłych, co zapewnia odporność zbiorowiskową.

Rozszerza się jednak skala problemu rodziców uchylających się lub odmawiających poddawania swoich dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Ruchy antyszczepionkowe rozpowszechniają nierzetelne informacje o szczepionkach i następstwach ich stosowania, co wywołuje niepokój wśród rodziców i niektórych realizatorów szczepień. W związku z tym wzrasta liczba osób uchylających się od szczepień.

ROK	2008	2009	2010	2011
I KWARTAŁ	27	25	36	76
II KWARTAŁ	29	33	40	63
III KWARTAŁ	31	32	32	67
IV KWARTAŁ	40	48	68	110

Osoby uchylające się od obowiązku szczepień w latach 2008 – 2011.

To niekorzystne zjawisko dla realizacji szczepień ochronnych może być przyczyną, że w najbliższej przyszłości uzyskana odporność zbiorowiskowa zaniknie, a to skutkuje szkodliwymi społecznie

następstwami czyli doprowadzić może do nawrotu chorób, których niska zapadalność utrzymywana jest wyłącznie dzięki wieloletnim programom szczepień ochronnych.

Utrzymanie akceptacji społecznej szczepień, która pozwoli na osiągnięcie wysokiego poziomu uodpornienia populacji, to ważny cel w działaniach PIS.

W województwie kujawsko-pomorskim wystąpiło 1 ognisko odry, w którym zachorowały 3 osoby należące do społeczności romskiej, mające kontakt z osobą chorą spoza granic naszego kraju. Nie wystąpiły natomiast zachorowania na błonicę i poliomyelitis.

W ramach nadzoru i monitoringu ostrych porażań wiotkich u dzieci do lat 14, mającego na celu potwierdzenie lub wykluczenie występowania dzikich

szczepów wirusa polio, w omawianym okresie wykryto 1 przypadek ostrego porażenia wiotkiego.

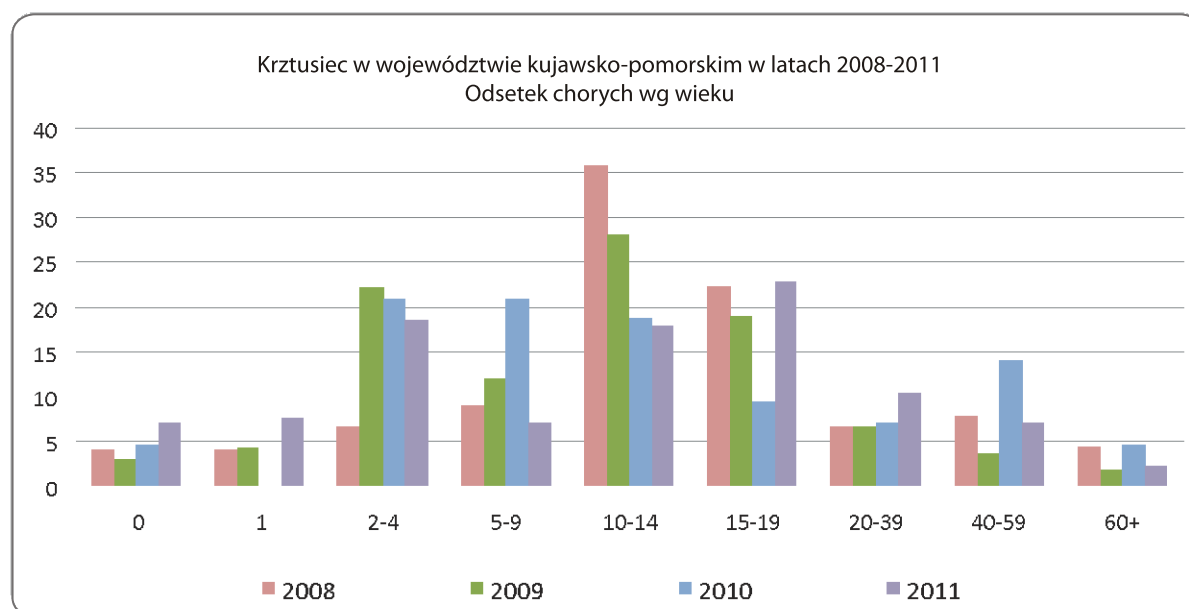
Z grupy chorób objętych wieloletnimi programami szczepień ochronnych wystąpiły zachorowania na krztusiec, należące do grupy nawracających zakażeń. W 2011 r. odnotowano 3-krotny wzrost zapadalności w stosunku do ubiegłego roku i przewyższył on zapadalność krajową.

Obserwowany od kilku lat trend przesunięcia zachorowań na krztusiec na starsze dzieci i osoby dorosłe, był zauważalny również w omawianym okresie. Związane to jest ze spadkiem odporności poszczepiennej. W ograniczeniu szerzenia się zakażeń od osób dorosłych, które są rezerwuarem drobnoustroju, na nieuodpornione dzieci istotne znaczenie ma diagnostyka chorób kaszlowych i odpowiednia ich terapia.

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



Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011. Zachorowania i udział procentowy zachorowań wg wieku.



Odnotowano spadek zapadalności na świnkę i nieznaczny wzrost zapadalności na różyczkę tj. na choroby w stosunku, do których program szczepień ochronnych został w ostatnich latach uzupełniony. Zapadalność na świnkę i różyczkę w województwie nieznacznie przewyższyła zapadalność krajową. Cykliczna zmienność liczby zachorowań występuje również w przypadku ospy wietrznej.

W 2011 r. nastąpił spadek zapadalności w stosunku do roku ubiegłego ale nadal to jedna z najwyższych zapadalności rejestrowanych chorób zakaźnych. Rozszerzenie szczepień przeciw ospie wietrznej w grupie osób narażonych w sposób szczególny na zakażenia ze względów środowiskowych, może w przyszłości wpłynąć na poprawę sytuacji epidemiologicznej.

Efektom wprowadzonych w 2007 roku obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw Haemophilus influenzae typu b jest korzystna sytuacja epidemiologiczna inwazyjnych zakażeń wywołanych przez Haemophilus influenzae. W 2011 r. wystąpiło tylko 1 zachorowanie na posocznicę wywołaną przez ten patogen.

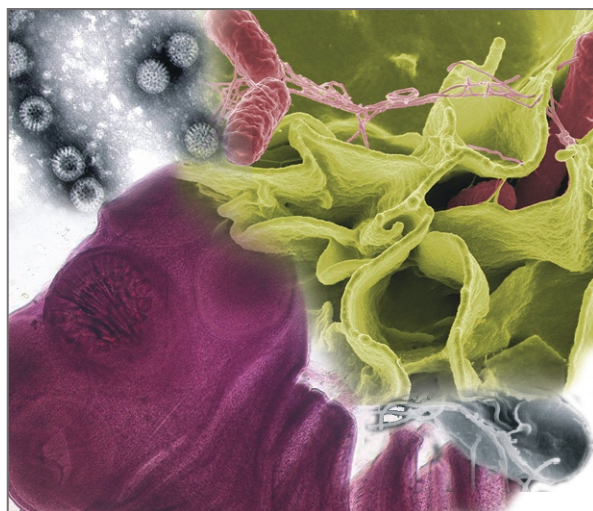
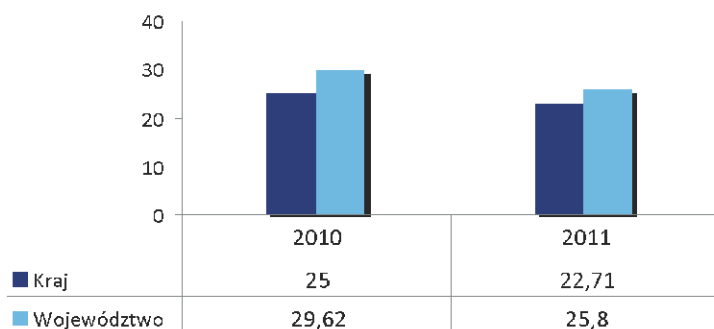
## Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne

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 2011 roku zanotowano niewielki spadek zapadalności na bakteryjne zatrucia pokarmowe w stosunku do 2010 roku. W omawianym okresie zapadalność na bakteryjne zatrucia pokarmowe ogółem w naszym regionie spadła o 8,4% w stosunku do 2010 roku i była zbliżona do zapadalności krajowej. Trzykrotnie natomiast wzrosła liczba zatruc pokarmowych o nieustalonej etiologii. Jest to niekorzystne zjawisko świadczące o pogarszającej się diagnostyce laboratoryjnej, pozwalającej na ustalenie czynników etiologicznych odpowiedzialnych za wystąpienie zatruc pokarmowych. 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 2011 roku zgłoszono 549 przypadków zakażeń wywołanych tymi drobnoustrojami, z których 15 przypadków dotyczyło zakażeń pozajelitowych. Zapadalność na zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej była o 12,9% niższa w stosunku do ubiegłego roku i o 12% przewyższała zapadalność krajową. W 2011 roku zarejestrowano 2 przywleczone (z Indii i Turcji) przypadki zakażenia pałeczką Salmonella.

Zatrucia pokarmowe wywołane pałeczkami Salmonella w kraju i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010-2011  
Zapadalność na 100 tys. ludności

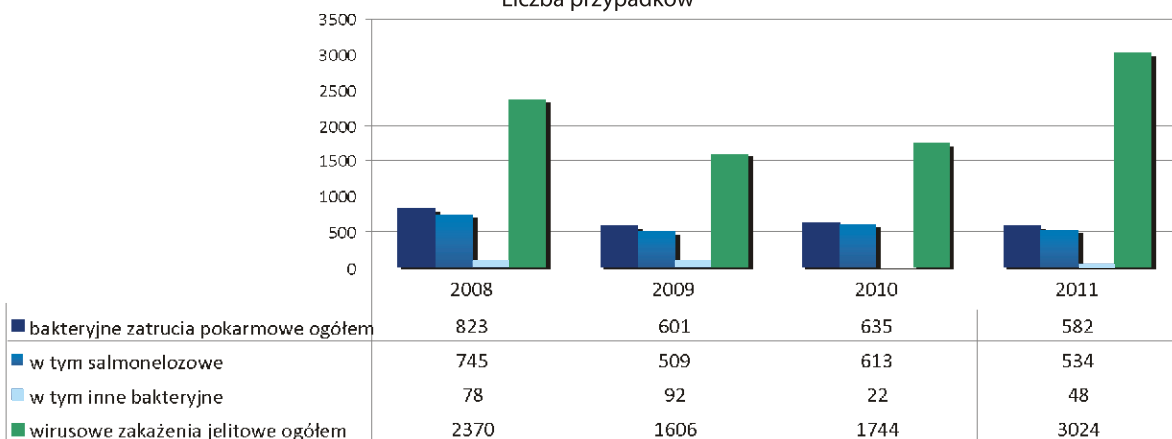


Korzystnym zjawiskiem był brak zachorowań na czerwonkę bakteryjną. W ostatnich latach obserwuje się stosunkowo dużą liczbę zgłaszanych zakażeń

pokarmowych wywołanych przez enteropatogenne wirusy, wśród których poza rotawirusami i adenowirusami coraz większą rolę odgrywają norowirusy.

To efekt szerszej diagnostyki wirusowych zakażeń jelitowych, pozwalającej na lepsze rozeznanie w etiologii zakażeń przewodu pokarmowego.

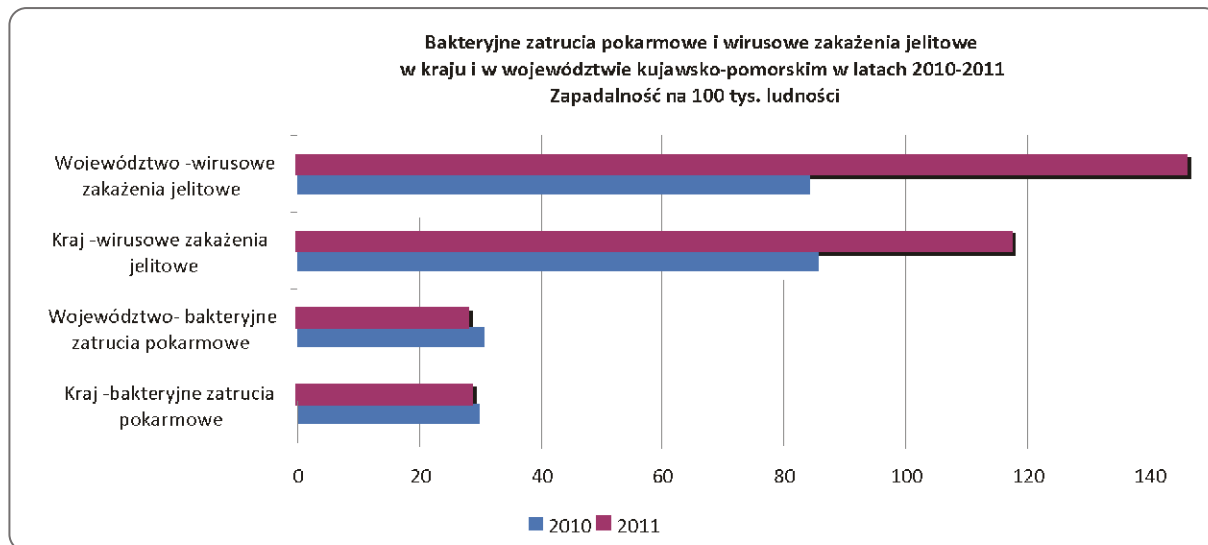
Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011  
Liczba przypadków



W 2011 roku zgłoszono 3024 wirusowe zakażenia jelitowe ogółem (zapadalność na 100 tys. ludności - 146,12) tj. o 42,3% więcej niż w roku ubiegłym (zapadalność większa o 19,7% od krajowej).

Podobnie jak w roku poprzednim, 70% zgłoszonych przypadków wywołanych było przez rotawirusy. To nadal najczęstsza przyczyna ostrych biegunek u dzieci do lat 2.

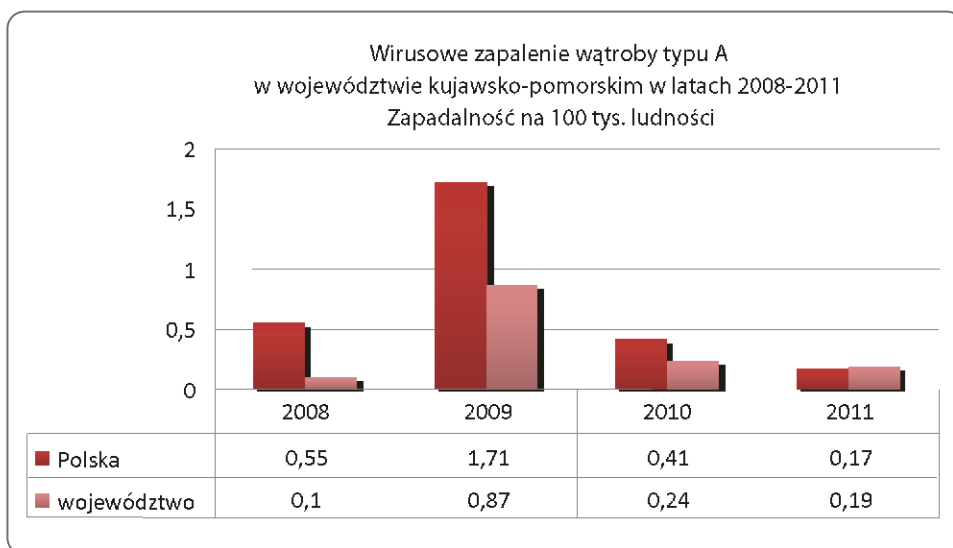
Zachorowania w tej grupie wiekowej stanowiły 47% wszystkich zakażeń wirusowych, zarejestrowanych w województwie kujawsko-pomorskim.



Wśród czynników etiologicznych innych bakteryjnych zakażeń/zatruc pokarmowych dominowały bakterie z rodzaju Klebsiella i Yersinia. W 2011 roku w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 29 zachorowań na jersiniozę jelitową, zapadalność wyniosła 1,40 na 100 tys. mieszkańców i była wyższa o 52% od ubiegłorocznej i ponad 2-krotnie wyższa od krajowej. W 2011 roku zarejestrowano 2 przypadki jersiniozy pozajelitowej. W omawianym okresie zarejestrowano 12 przypadków zakażeń jelitowych wywołanych przez Campylobacter (zapadalność na 100 tys. ludności w 2010 roku wzrosła

6-krotnie w stosunku do roku 2009 i była niższa 1,5-krotnie od zapadalności krajowej). Zatrucia gronkowcowe występowały nielicznie i nie stanowiły problemu dla zdrowia publicznego. Zarejestrowano 3 przypadki zatrucia toksynami muchomorów sromotnikowego oraz 2 przypadki zatrucia jadem kiełbasianym, z których jeden potwierdzono badaniami laboratoryjnymi (zachorowania sporadyczne). W województwie kujawsko-pomorskim w 2011 roku nie odnotowano żadnego przypadku włośnicy oraz duru brzuszego i rzekomego.

W 2011 roku zarejestrowano w województwie kujawsko-pomorskim 4 sporadyczne zachorowania na wzw typu A: trzy przypadki rodzime i jedno zachorowanie przywleczone z Etiopii. Zapadalność wyniosła 0,19 na 100 tys. mieszkańców i była niższa od ubiegłorocznej (0,24/100 tys.), zbliżona do zapadalności krajowej (0,17/100 tys.). Niska zapadalność znajduje odbicie w niskiej odporności naturalnej populacji, co może być powodem, w przypadku tej choroby, poważniejszych zagrożeń epidemicznych.



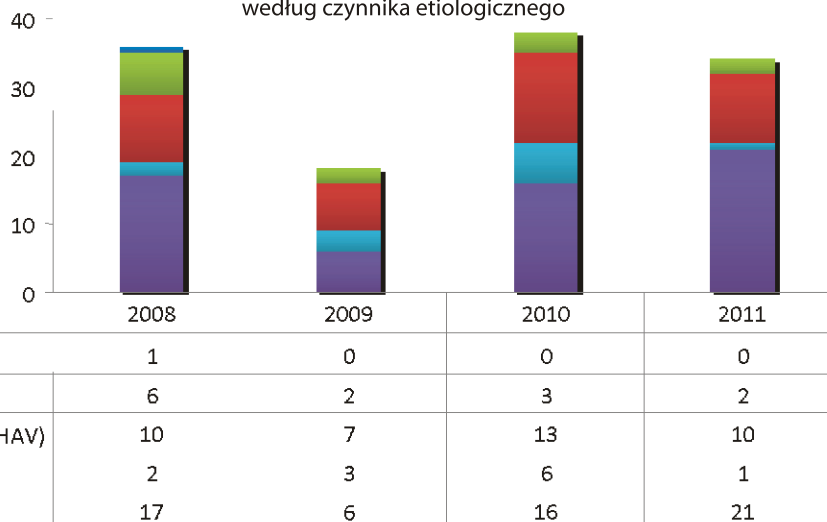
Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011. Zapadalność na 100 tys. ludności

W 2011 roku w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano i opracowano 35 ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych, o 5 mniej niż w 2010 roku.

Na zachorowanie narażone były ogółem 1442 osoby; z tej liczby 404 osoby, w tym 53 dzieci do lat 14, zachorowało, 100 osób wymagało leczenia szpitalnego. 5 osób zmarło.



Liczba ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011 według czynnika etiologicznego



Najczęściej czynnikiem etiologicznym ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych były pałeczki Salmonella (w 21 ogniskach - 60%). Jedno ognisko wywołane było przez laseczki Clostridium difficile.

W pozostałych 13 ogniskach czynnikiem etiologicznym były wirusy: Norowirusy (w 7 ogniskach) i Rotawirusy (3 ogniskach), w 2 ogniskach nie wyizolowano czynnika chorobotwórczego.

W jednym ognisku doszło do zatrucia toksynami muchomora stromotnikowego. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń norowirusowych w Polsce potwierdza, że mają one istotne znaczenie jako czynnik etiologiczny zakażeń jelitowych.

	2008				2009				2010				2011			
	Ogniska		zachorowania		Ogniska		zachorowania		Ogniska		zachorowania		Ogniska		zachorowania	
Czynnik etiologiczny	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
<b>Salmonella typy odzwierzęce</b>	17	45,9	223	47,7	6	33,3	61	30,2	16	40,0	183	46,5	21	60	148	36,6
<b>Clostridium botulinum</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Staphylococcus aureus</b>	1	2,7	23	4,9	0	0	0	0	1	2,5	8	2,0	0	0	0	0
<b>E.coli, pałeczki z grupy coli</b>	1	2,7	4	0,9	1	5,6	4	2,0	1	2,5	2	0,5	0	0	0	0
<b>Inne bakterie</b>	0	0	0	0	2	11,1	54	26,7	4	10,0	13	3,3	1	2,8	11	2,7
<b>Wirusy (rotawirus, norowirus, HAV)</b>	10	27,1	104	22,3	7	38,9	78	38,6	13	32,5	162	41,2	10	29	210	52
<b>Grzyby trujące</b>	1	2,7	2	0,42	0	0	0	0	2	5,0	6	1,5	1	2,8	3	0,7
<b>Trichinella spp.</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Nie ustalony</b>	6	16,2	109	23,3	2	11,1	5	2,5	3	7,5	19	4,8	2	5,6	32	7,9
<b>Inne</b>	1	2,7	3	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ogółem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>468</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>202</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>393</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>404</b>	<b>100</b>

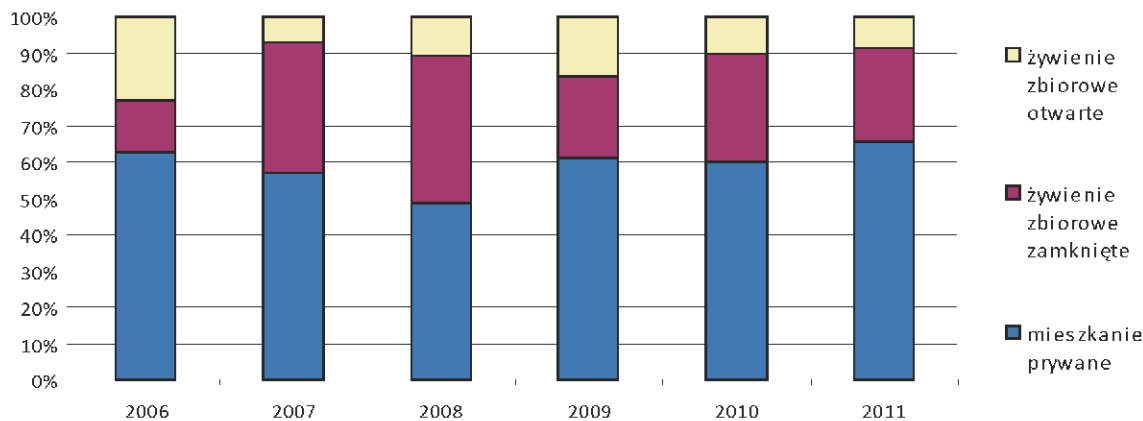
Ogniska zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011

W 24 ogniskach w toku dochodzenia epidemiologicznego ustalono nośnik pokarmowy zatruc/zakażeń pokarmowych, w 9 ogniskach drogą szerzenia się zakażenia była droga kontaktowa, a w 2 ogniskach nie ustalono nośnika pokarmowego.

Najczęstszym nośnikiem zakażeń/zatruc pokarmowych, podobnie jak w poprzednich latach, były potrawy z dodatkiem surowych jaj kurzych.

Liczba ognisk choroby przenoszonej drogą pokarmową w naszym województwie w latach 2006-2011 roku wahała się od 18 do 40. W 2011 roku zanotowano 35 ognisk.

Odsetek ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych wg wybranych miejsc występowania w latach 2006-2011



W 66 % ognisk w omawianym okresie wskazano na miejsce skażenia żywności – mieszkanie prywatne. Pozostałe ogniska związane były z żywnością zbiorową w restauracjach (3 ogniska), w sanatoriach (2 ogniska) i w internacie (1 ognisko), domu pomocy (1 ognisko), domu

dziecka (1 ognisko), zorganizowane imprezy (2 ogniska). Dwa ogniska zatrucia/zakażenia pokarmowego wystąpiły w szpitalu. Występowanie ognisk zatruc pokarmowych związanych z żywnością zbiorową wymaga wzmoczonego nadzoru sanitarnego

nad jakością zdrowotną produkowanych i wydawanych do spożycia potraw i stanem higienicznym w tych obiektach.

## Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek

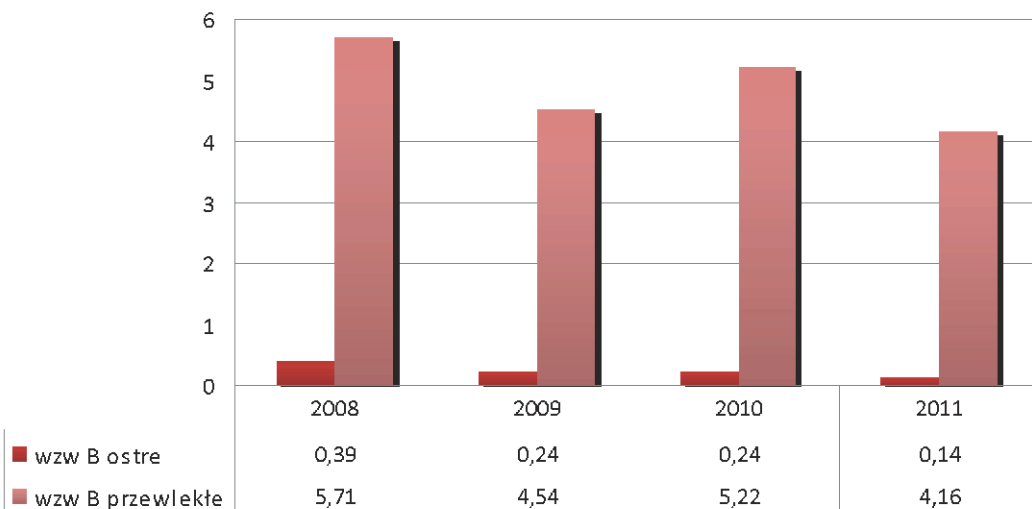
### Wirusowe zapalenie wątroby typu B

W roku 2011 odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim 89 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B. Zapadalność wyniosła 4,3 na 100 tys. mieszkańców i była niższa od ubiegłorocznej o ponad 20%. W całkowitej liczbie rejestrowanych zachorowań na wzv typu B przeważają zachorowania przewlekłe - 97% przypadków.

Zapadalność 4,16/100 tys. mieszkańców była wyższa od zapadalności krajowej o 8%. Zachorowania o przebiegu ostrym od kilku lat utrzymują się w województwie kujawsko-pomorskim na podobnym, niskim poziomie (zap. 0,14/100 tys.). Nie notujemy zachorowań na wzv typu B u dzieci w grupie wiekowej 0-9 lat, co jest efektem prowadzonej od wielu lat czynnej

profilaktyki choroby (szczepienia noworodków od 1996 r.). Najwięcej zachorowań (ponad 50%) stwierdzono w grupie wiekowej młodych dorosłych (20 - 39 lat).

Wirusowe zapalenie wątroby typu B w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011  
Zapadalność na 100 tys. ludności



Ostre i przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011. Zapadalność na 100 tys. ludności.

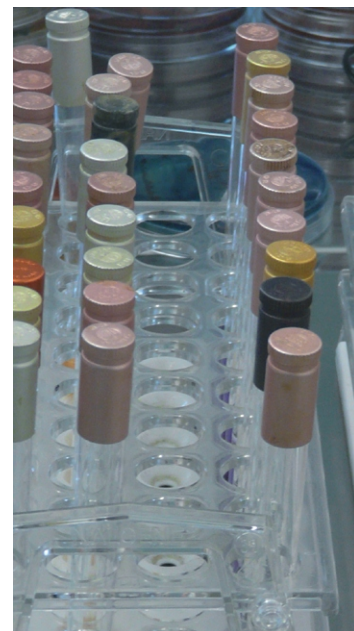
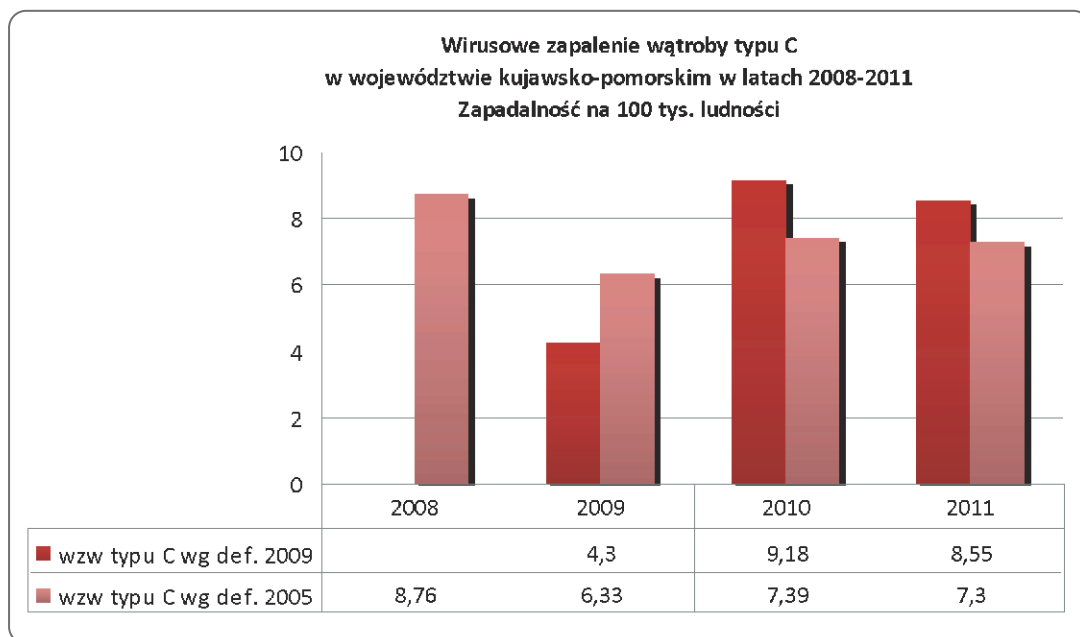


## Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W roku 2011 zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim 189 przypadków zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C, to 13% mniej niż w roku ubiegłym. Przeważają zakażenia HCV z objawami zapalenia wątroby (ok. 75%).

Ponad 44% wszystkich zgłoszonych w tym czasie zachorowań dotyczyło mieszkańców powiatów bydgoskiego i inowrocławskiego. Może to mieć związek z większą w tych powiatach liczbą wykonywanych badań diagnostycznych w kierunku zakażenia HCV.

Najwięcej zachorowań (ponad 30%) stwierdzono w grupie wiekowej 20-29 lat. W tej grupie odnotowano także 3 zachorowania o ostrym przebiegu.



Wirusowe zapalenie wątroby typu C w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011. Zapadalność na 100 tys. ludności wg definicji choroby.

Ze względu na częste, w ostatnich latach, zmiany definicji wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz brak definicji przypadku przewlekłego, trudno jest śledzić trendy i oceniać działania zapobiegawcze.

Obecnie, na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, ze względu na konieczność zapewnienia porównywalności z danymi z lat wcześniejszych, zgłoszenia zakażeń HCV kwalifikowane są i raportowane w Polsce, równocześnie w oparciu o dwie definicje choroby (od roku 2009).

Porównując dane z czterech lat, można stwierdzić, że zapadalność w Polsce utrzymuje się na podobnym poziomie. Zapadalność wojewódzka, wyższa od krajowej, wykazuje różnice i tej chwili nie można ustalić trendu.

Dodatkowym narzędziem w pracy nadzoru przeciwepidemicznego w województwie kujawsko-pomorskim jest autorski program do zbierania i zestawiania danych zgłaszanych przypadków zakażeń HCV. Dane wprowadzane są do formularza karty wywiadu, na podstawie napływających zgłoszeń oraz aktualizowane na bieżąco w powiatach. Według stanu na dzień 31 grudnia 2011 r. aplikacja zawiera 7012 wpisów z informacjami o zakażonych HCV. W okresie od lutego do października 2011 r. pion epidemiologii prowadził działania edukacyjne w ramach realizacji modułów medycznych ogólnopolskiego, Pilotażowego Programu Profilaktyki Zakażeń HCV pn. „STOP! HCV”, którego celem było podniesienie poziomu wiedzy i świadomości społecznej na temat zakażeń HCV. W zakresie modułu *poz* odbyło się w powiatach 29 spotkań edukacyjnych, w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Przeszkolono 124 pracowników medycznych. Rozdano ponad 4 tys. materiałów edukacyjno-informacyjnych.

W module *szpitalnym* program zrealizowano w 13 placówkach. Łącznie w szpitalach odbyło się 108 szkoleń kaskadowych, w których ogółem uczestniczyło 1 822 pracowników.

W czasie trwania programu, w szpitalach biorących udział w Programie, zbadano w kierunku zakażenia HCV 7 416 pacjentów, uzyskano 215 (2,9%) wyników dodatnich.

Rok	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	Polska	kujawsko-pomorskie
2008	wg definicji przypadku z 2005 r.	6,17	8,76
	wg definicji przypadku z 2009 r.	4,96	4,30
2009	wg definicji przypadku z 2005 r.	5,08	6,33
	wg definicji przypadku z 2009 r.	5,79	9,18
2010	wg definicji przypadku z 2005 r.	5,29	7,39
	wg definicji przypadku z 2009 r.	5,71	8,55
2011	wg definicji przypadku z 2005 r.	5,52	7,30
	wg definicji przypadku z 2009 r.		

Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011. Zapadalność na 100 tys. ludności wg definicji choroby

## Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

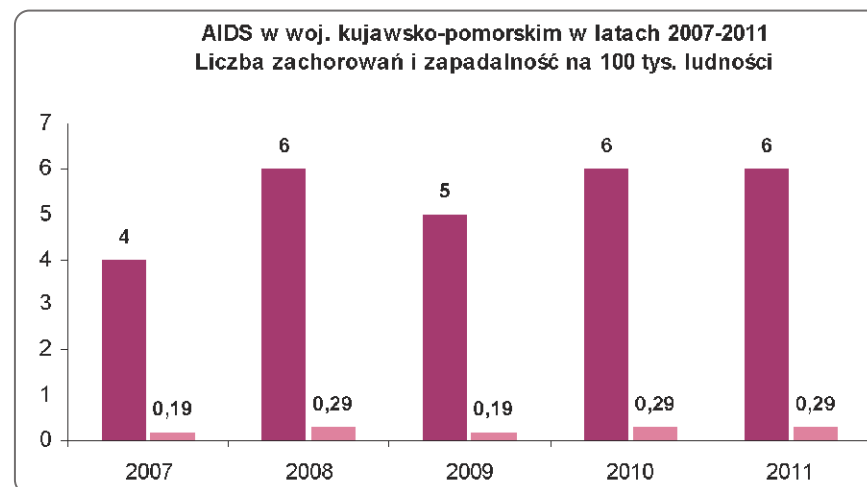
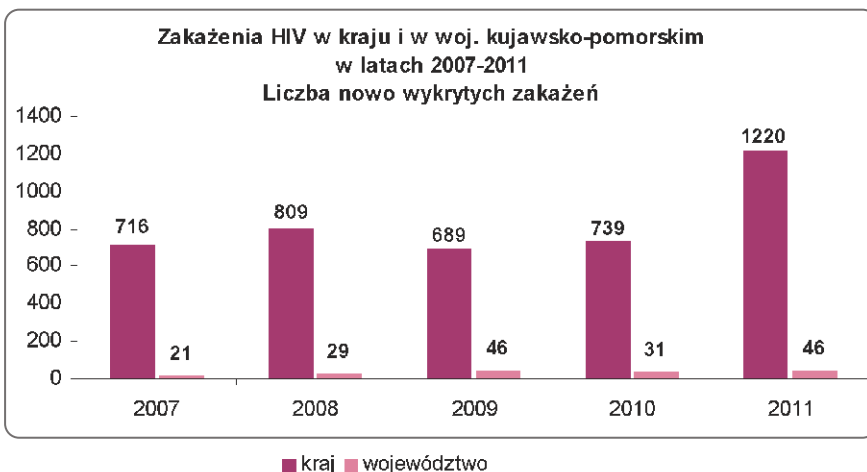
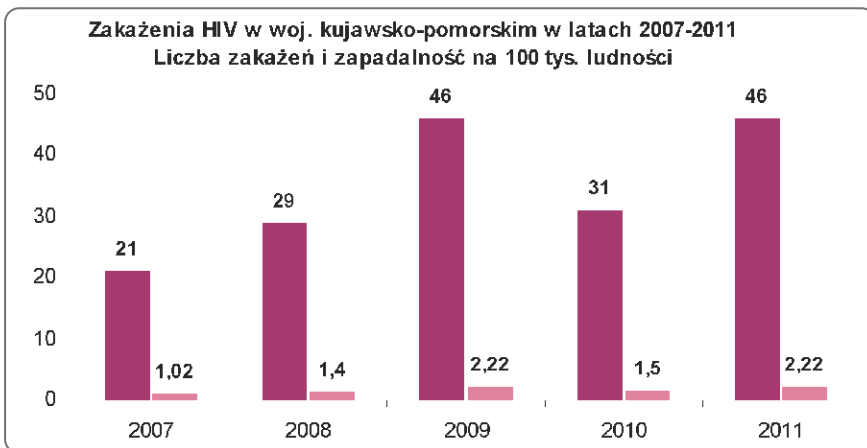
Ocenę sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w województwie kujawsko-pomorskim oparto na zgłoszeniach od lekarzy oraz kierowników laboratoriów, które zostały zweryfikowane zgodnie z obowiązującymi definicjami do celów nadzoru epidemiologicznego.

Pogorszeniu uległa sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV.

W 2011r. zarejestrowano 46 nowo wykrytych przypadków HIV, o 15 przypadków więcej niż w roku 2010 i wprowadzono dodatkowo do wojewódzkiego rejestru 4 przypadki zakażeń HIV (rozpoznane wcześniej) z innych województw.

Zgłoszono również 6 zachorowań na AIDS. Z powodu choroby zmarło 7 osób (w 2010 r. - 6 przypadków AIDS, w tym 4 zgony). W omawianym okresie 80% zakażeń HIV i 83% zachorowań na AIDS rozpoznano u mężczyzn.

Ogółem od początku rejestracji (tj. od 1985 roku) w woj. kujawsko-pomorskim odnotowano 628 osób zakażonych HIV i 171 zachorowań na AIDS. Z powodu choroby zmarło 87 osób.

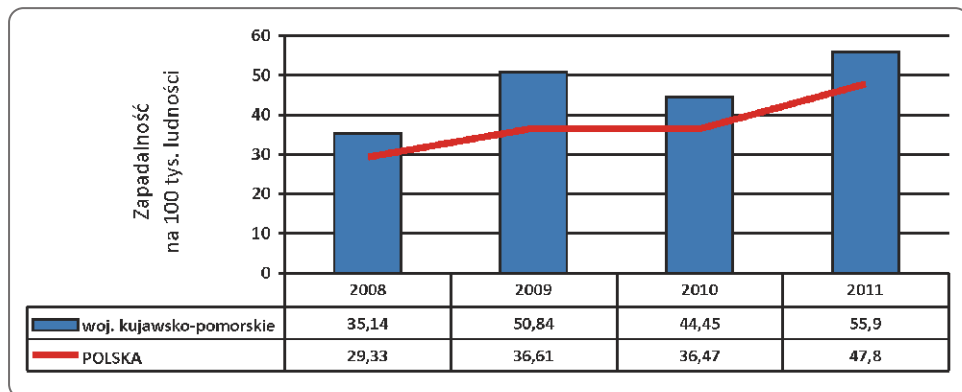


## Choroby wywołane przez *Streptococcus pyogenes*

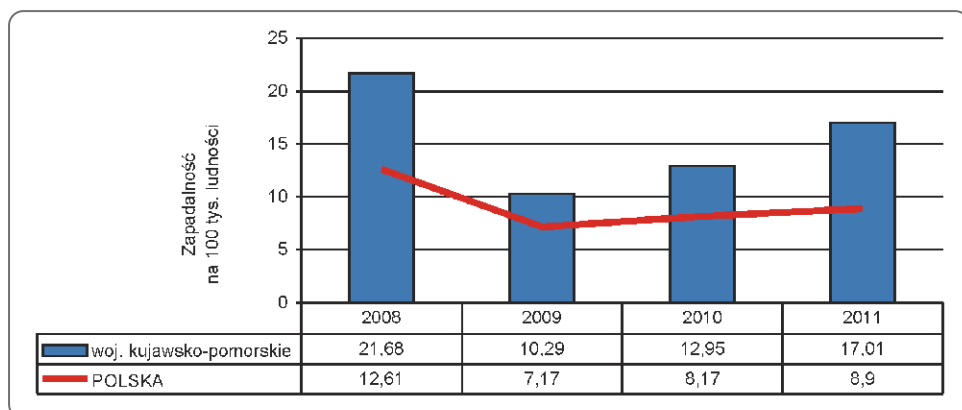
System nadzoru epidemiologicznego nad chorobami wywołanymi przez *Streptococcus pyogenes* obejmuje rejestrację płonicy oraz inwazyjnych postaci zakażeń tym czynnikiem chorobotwórczym takich, jak róża, wstrząs toksyczny i gorączka połogowa.

W 2011 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono 1156 przypadków płonicy (55,9/100tys.) tj. o 236 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Od kilku lat zapadalność na płonice utrzymuje się na wysokim poziomie i wykazuje tendencję wzrostową.

W związku z możliwością epidemicznego szerzenia się choroby, często występującym ciężkim przebiegiem klinicznym oraz groźbą występowania poważnych powikłań istnieje konieczność wzmożenia działań zapobiegawczych.



Zapadalność na płonice w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011.



Zapadalność na różę w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2008 – 2011.

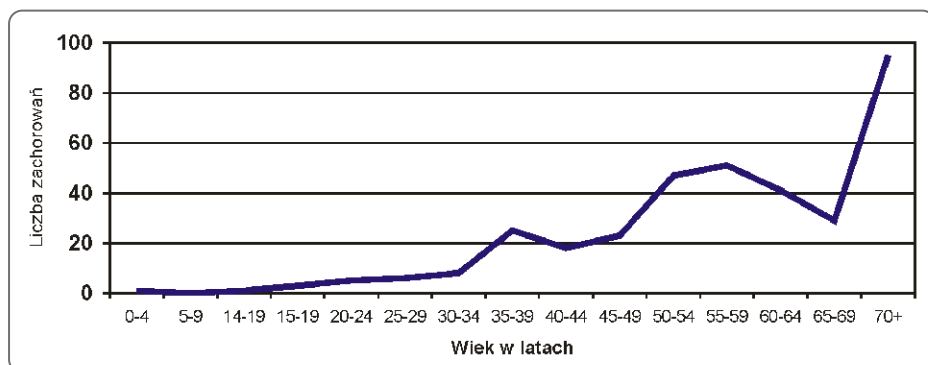
Dominującą postacią kliniczną inwazyjnych chorób wywołanych przez *Streptococcus pyogenes* jest róża.

W 2011 roku odnotowano 352 przypadki tej choroby (zap. 17,01/100 tys.) tj. o 84 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Najczęściej rozpoznawana jest ona głównie na podstawie objawów klinicznych i tylko pojedyncze zachorowania na różę były potwierdzone laboratoryjnym badaniem mikrobiologicznym.

Wskaźnik zapadalności na różę rośnie wraz z wiekiem pacjentów i jest największy u osób powyżej 70 roku życia. Przyczyną tej zależności należy dopatrywać w obniżającym się wraz z wiekiem

poziomem odporności organizmu na zakażenia i osłabieniem funkcji ochronnych skóry przy jednocześnie wzrastającym poziomie zaniedbań higienicznych.

Na różę częściej chorują kobiety (58%) oraz mieszkańcy miast (60%).

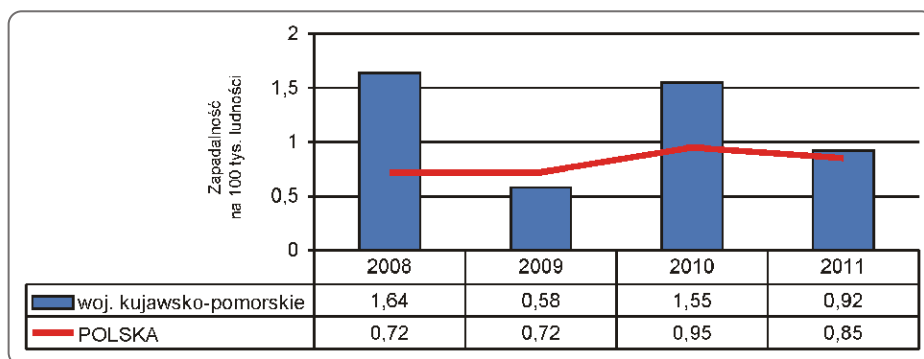


Liczba zachorowań na różę w woj. kujawsko-pomorskim w 2011 roku wg wieku.

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

## Choroby wywołane przez *Streptococcus pneumoniae*

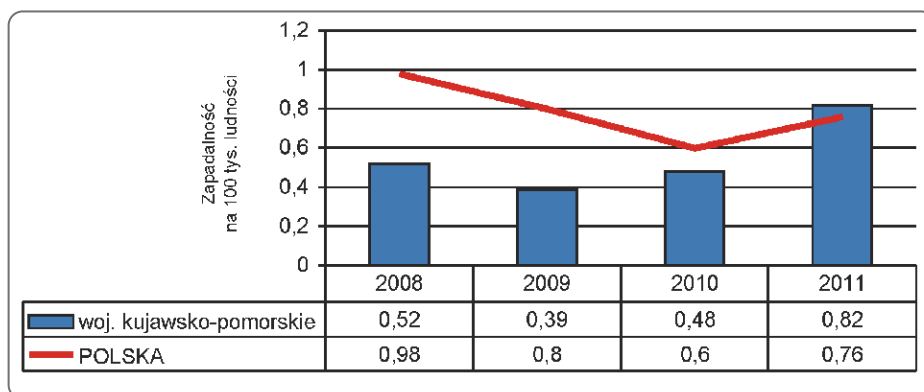
W 2011 roku w woj. kujawsko-pomorskim zarejestrowano 19 (0,92/100tys.) przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej. Najczęściej rejestrowaną postacią kliniczną tych zakażeń były zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (13). Ponadto odnotowano 5 przypadków posocznicy i 5 przypadków zapaleń płuc. U 4 osób przebieg choroby miał więcej niż jedną postać kliniczną. Zakażenia pneumokokowe częściej występowały u mężczyzn (12) niż kobiet (7) i dotyczyły głównie osób dorosłych powyżej 40 roku życia.



Zapadalność na choroby wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011.

## Choroby wywołane przez meningokoki

Od kilku lat zapadalność na chorobę meningokokową w woj. kujawsko-pomorskim utrzymuje się na niskich poziomach i nie przekracza 1 przypadku na 100 tys. ludności. W 2011 roku odnotowano 17 przypadków zachorowań, w tym zarejestrowano 14 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i 9 przypadków posocznicy. U 6 osób z ogólnej liczby chorych wystąpiły obie ww. postaci kliniczne choroby. Mężczyźni (11) chorowali dwukrotnie częściej niż kobiety (6). Utrzymuje się charakterystyczny rozkład zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych. Najwięcej przypadków choroby meningokokowej odnotowano u dzieci do 4 roku życia (6) oraz w grupie młodzieży od 15 do 19 roku życia (4).

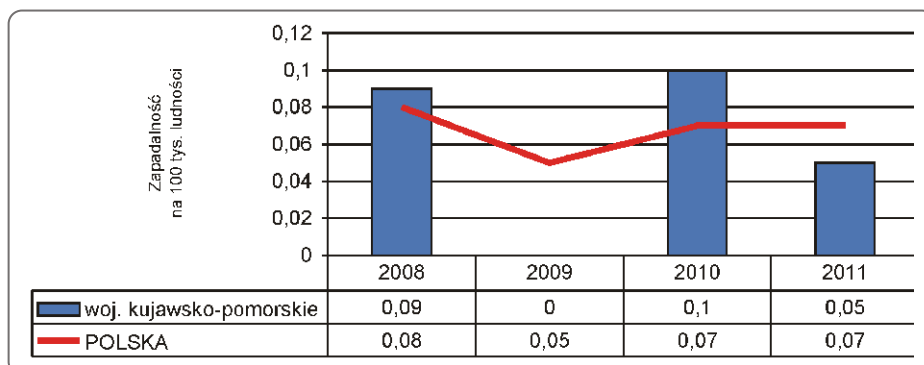


Zapadalność na chorobę meningokokową w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011.



## Choroby wywołane przez *Haemophilus influenzae*

Po wprowadzeniu szczepień ochronnych przeciwko *Haemophilus influenzae* od kilku lat odnotowuje się pojedyncze, sporadyczne zachorowania wywołane tym czynnikiem chorobotwórczym. W 2011 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano tylko jeden przypadek posocznicy wywołany tym drobnoustrojem.



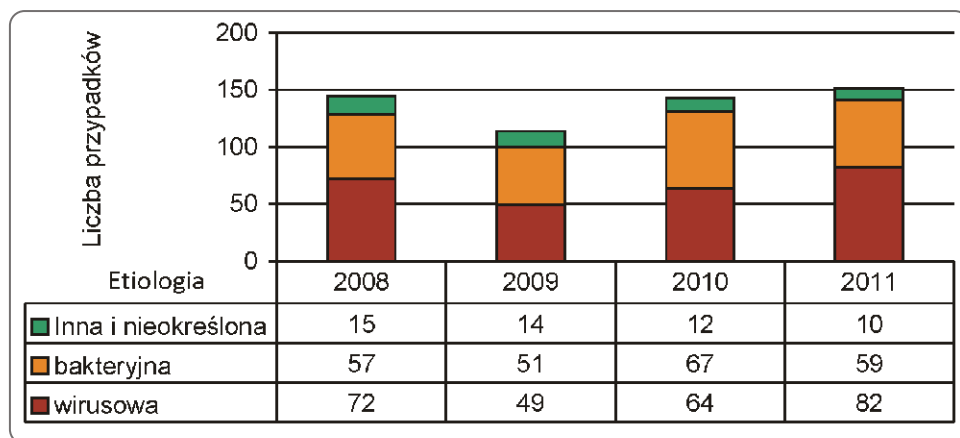
Zapadalność na choroby wywołane przez *Haemophilus influenzae* w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011.

## Neuroinfekcje

W województwie kujawsko-pomorskim zapadalność na choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego od kilku lat utrzymuje się na podobnych, niskich poziomach.

W 2011 roku zgłoszono łącznie 154 przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i / lub mózgu, z czego 82 przypadki o etiologii wirusowej (zap. 3,96 / 100 tys.), 59 przypadków o etiologii

bakteryjnej (zap. 2,85/100 tys.), a w 10 przypadkach nie określono rodzaju czynnika chorobotwórczego. Hospitalizacja pacjentów w tej grupie chorób wynosi 100%.



Liczba przypadków chorób OUN w latach 2008 – 2011 wg grup czynników etiologicznych.



Wśród infekcji wirusowych najczęściej zgłaszaną postacią kliniczną były zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR) - 75 przypadków. Zapalenie mózgu o etiologii wirusowej rozpoznano u 7 osób.

W IV kwartale 2011 roku zaobserwowano znaczny wzrost zachorowań na wirusowe zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Toruniu i powiecie toruńskim. Zgłoszono w tym okresie 26 przypadków, z czego większość (73%) dotyczyła ludzi młodych w przedziale 12-18 lat. Prowadzone dochodzenie epidemiologiczne oraz wykonane badania wirusologiczne wykazały istnienie ogniska epidemicznego wirusowego

zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wywołanych enterowirusem ECHO6. Z prowadzonych obserwacji wynika, że kliniczne rozpoznanie wirusowego zakażenia ośrodkowego układu nerwowego, stosunkowo rzadko opiera się na wynikach szczegółowej diagnostyki laboratoryjnej. Zaledwie 10% rozpoznań klinicznych w tej grupie neuroinfekcji udokumentowanych było dodatnimi wynikami badań serologicznych. Swoiste, bakteryjne czynniki chorobotwórcze wykryto w 62% przypadków zakwalifikowanych jako bakteryjne zapalenie OUN.

W 14 przypadkach czynnikiem zakaźnym były meningokoki, w 13 przypadkach pneumokoki, w 3 przypadkach czynnikiem etiologicznym była *Listeria monocytogenes*. Podobną ilość ZOMR odnotowano w przebiegu boreliozy. Pojedyncze przypadki neuroinfekcji wywołane były przez paciorkowce (*Streptococcus agalactiae*), gronkowce (*Staphylococcus aureus*) oraz Gram ujemne pałeczki *Acinetobacter baumannii*. W 2011 roku nie odnotowano neuroinfekcji wywołanych przez *Haemophilus influenzae*.

## Choroby przenoszone przez kleszcze

Spośród chorób zakaźnych przenoszonych przez kleszcze w 2011 roku wystąpiły w województwie tylko zachorowania na boreliozę. Nie odnotowano zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu.

### Borelioza (Choroba z Lyme)

Borelioza zwana w Polsce krętkowicą kleszczową charakteryzuje się częstymi remisjami i nawrotami. Jako schorzenie wielonarządowe spowodowane przez krętko *Borrelia burgdorferi* przenoszonego przez kleszcze z rodzaju *Ixodes* może objawiać się zmianami skórными o typie rumienia wędrującego, bądź cięższym przebiegiem obejmującym układ nerwowy, krwionośny i kostno-stawowy. Chociaż zakażenie zależy od ukąszenia przez kleszcza, które aktywne są od kwietnia do października (w zależności od panującej temperatury i wilgotności powietrza), to choroba z Lyme może wystąpić o każdej porze roku. Zależy to od czasu, jaki upłynie od zakażenia do pierwszych objawów klinicznych.

W 2011 roku zarejestrowano 327 przypadków tej choroby. Utrzymała się tendencja spadkowa liczby zachorowań na boreliozę (spadek liczby przypadków o 8,1% w stosunku do 2010 roku). Zapadalność w województwie była prawie o 34,1% niższa od krajowej. Ze zgłoszonych zachorowań w 87,5% postacią kliniczną była wczesna faza boreliozy - rumień wędrujący, a w 12,5% późna faza choroby - postać stawowa i neuroborelioza. W 91,7% 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).

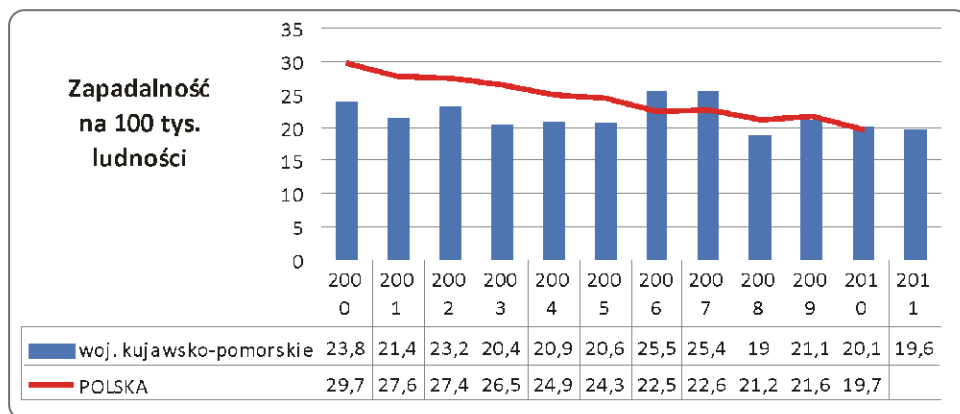
Wobec braku możliwości czynnego uodpornienia przeciw boreliozie, podnoszenie świadomości w społeczeństwie w zakresie stosowania odpowiednich zabezpieczeń chroniących przed kleszczami, ma duże znaczenie w profilaktyce tej choroby.

## Gruźlica

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

- Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy w 2011 roku odnotowano 406 przypadków nowych zachorowań na gruźlicę (zap. 19,6/100tys.), z czego 389 przypadków dotyczyło gruźlicy płuc i układu oddechowego, a 17 przypadków

pozapłucnych postaci tej choroby. Najczęściej na gruźlicę zapadają mężczyźni w przedziale wiekowym pomiędzy 50-54 rokiem życia. Zapadalność mężczyzn jest ponad dwukrotnie większa niż kobiet.



Zapadalność na gruźlicę w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim w latach 2000-2011.

Na obraz statystycznej sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w regionie niekorzystnie wpływa rejestracja przypadków zgłaszanych

przez jedyny w Polsce oddział leczenia gruźlicy Zakładu Opieki Zdrowotnej Zakładu Karnego w Potulicach (76 przypadków),

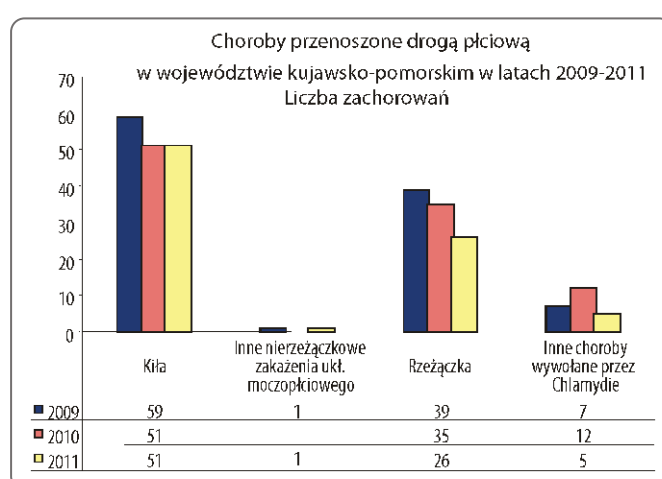
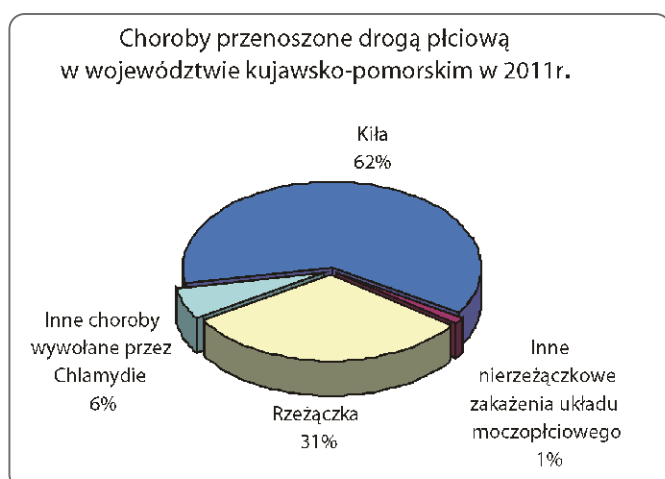
gdzie diagnozowani i leczeni są osadzeni pochodzący z zakładów karnych zlokalizowanych na terenie całego kraju.



## Choroby przenoszone drogą płciową

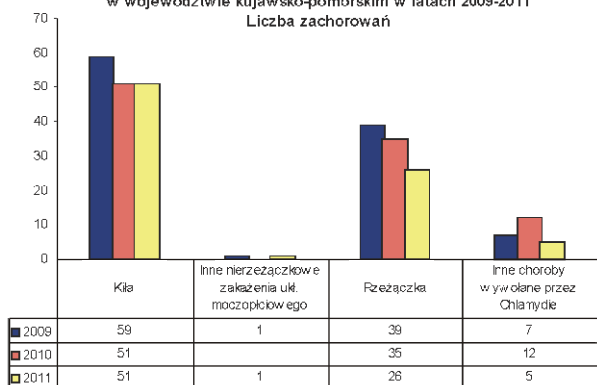
W 2009 r. wprowadzone zostały do obowiązkowego raportowania przez nadzór przeciwepidemiczny takie choroby jak: kiła, rzeżączka, ziarnica weneryczna wywołana przez chlamydie, inne choroby wywołane przez chlamydie oraz inne nierzeżączkowe zakażenia układu moczopłciowego. W roku 2011 zgłoszono 83 przypadki zachorowań na wymienione jednostki chorobowe.

Największy odsetek tych zachorowań stanowiła kiła – 62% rejestrowanych przypadków (51 zachorowań). Zarejestrowano 4 przypadki kiły wrodzonej. Zachorowania na rzeżączkę (26 przypadków) stanowiły 31% zarejestrowanych chorób.

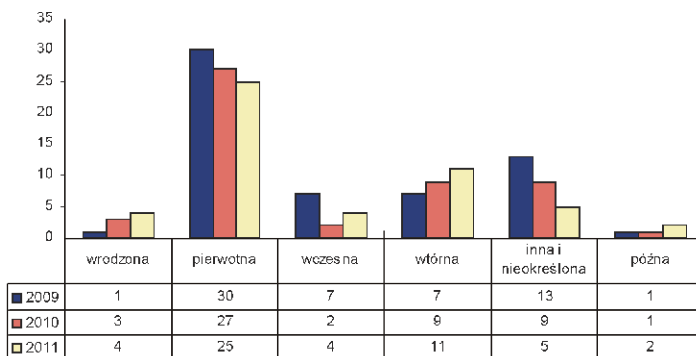




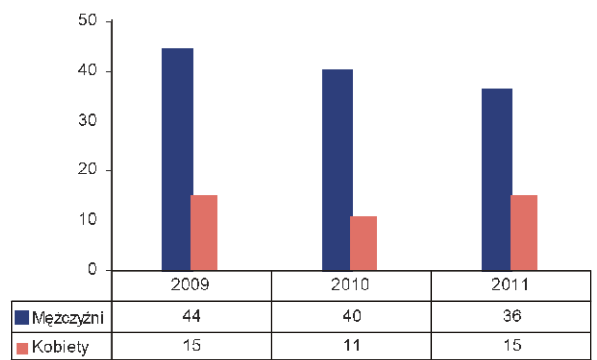
**Choroby przenoszone drogą płciową  
w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2011  
Liczba zachorowań**



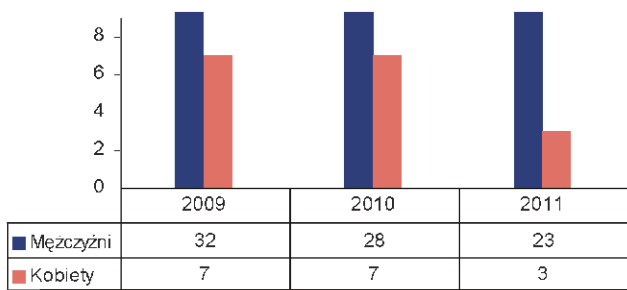
**Liczba zachorowań na kiłę  
w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2011**



**Liczba zachorowań na kiłę wg płci  
w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2011**



**Liczba zachorowań na rzezączkę wg płci,  
w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2011**



**Liczba zachorowań na choroby wywołane przez Chlamydie wg płci,  
w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2011**



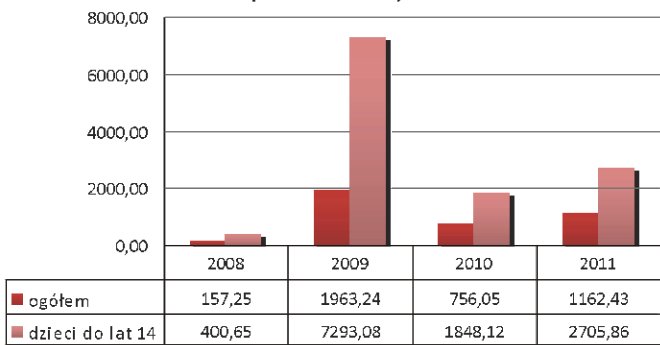
## Grypa i zachorowania grypopodobne

W roku 2011 zanotowano w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 24 057 przypadków zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność 1162,43

na 100 tys. ludności). To o ponad 50% więcej niż w roku 2010. Zachorowania dzieci i młodzieży do lat 14 stanowiły 36% (zapadalność 2705,86).

Do szpitali skierowano 347 osób (1,4% wszystkich zgłoszonych chorych). Głównym powodem tych skierowań były zaburzenia w funkcjonowaniu układu oddechowego (87%). Z powodu powikłań pogrypowych zmarło 13 osób.

**Grypa i zachorowania grypopodobne  
w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011  
Zapadalność na 100 tys. ludności**



Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2008-2011. Zapadalność na 100 tys. ludności ogółem i dzieci do lat 14.

Zachorowania na grypę potwierdzono badaniami biologii molekularnej w 137 przypadkach (0,6% wszystkich zgłoszeń na grypę i zachorowania grypopodobne), w tym: podtyp A(H1N1)2009 u 81 chorych (59,1% przypadków potwierdzonych), typ A i typ B łącznie – 56 przypadków (40,9%). Stałemu, szczegółowemu monitorowaniu podlegała sytuacja epidemiologiczna grypy wywołanej wirusem pandemicznym

A(H1N1)2009 poprzez prowadzenie indywidualnego nadzoru epidemiologicznego nad osobami chorymi. Kontynuowano działania w ramach zintegrowanego nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą oraz innymi wirusami oddechowymi, opartego na systemie *SENTINEL*, a także uczestniczono w realizacji ogólnopolskiego projektu badawczego *I-MOVE*, nadzorowanego przez

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Celem działań prowadzonych w ramach tych przedsięwzięć jest pozyskiwanie materiału biologicznego do badań, których wyniki pozwalają określić aktywność krążących wirusów i ocenić sytuację epidemiologiczno-wirusologiczną kraju.



## Wnioski

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych w 2011 r. była zróżnicowana ale ocenić ją można jako dobrą.
2. Nie odnotowano epidemicznego wzrostu zachorowań na żadną ze zgłaszanych chorób zakaźnych.
3. Nie zostały przywleczone do naszego województwa żadne z najgroźniejszych gorączek krwotocznych czy inne choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, jak cholera czy dżuma.
4. Nowe zagrożenie dla zdrowia publicznego, jakim było ognisko epidemiczne *E.coli* enterokrwotocznej w Niemczech nie wpłynęło na pogorszenie sytuacji epidemiologicznej. W naszym regionie nie potwierdzono żadnego zakażenia szczepem zgodnym w ognisku w Niemczech.
5. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych cechowała podobnie, jak w latach poprzednich pewna cykliczność ich występowania. Zaznaczył się wzrost zapadalności na odrę, krztusiec i różyczkę oraz spadek zapadalności na świnkę i ospę wietrzną.
6. Szczepienia ochronne w ramach Programu Szczepień Ochronnych wykonane zostały w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową.
7. Niepokojącym zjawiskiem jest wzrost liczby rodziców uchylających się lub odmawiających poddawania swoich dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym, na co duży wpływ mają działania ruchów antyszczepionkowych. To może skutkować w przyszłości zanikaniem odporności zbiorowiskowej.
8. Utrzymanie akceptacji społecznej szczepień i utrzymanie wysokiego odsetka uodpornienia populacji to ważny element działania PIS.
9. Korzystnym zjawiskiem był spadek liczby ognisk zatruc / zakażeń pokarmowych (o 5 ognisk). Niemniej choroby przenoszone drogą pokarmową wymagają nadal czujności i podejmowania działań prewencyjnych.
10. Odnotowano znaczny wzrost rejestracji wirusowych zakażeń jelitowych, to efekt rozszerzonej diagnostyki tych zakażeń.
11. Nieznacznie spadła zapadalność na przewlekłe WZW typu B oraz odnotowano o 20% mniej nowo wykrytych zakażeń HCV. Od lat w naszym regionie utrzymuje się dobra diagnostyka i zgłaszalność tych zakażeń.
12. Zapadalność na choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego od kilku lat utrzymuje się na niskich poziomach pomimo znacznego wzrostu zachorowań na wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, który odnotowano w IV kwartale 2011 r. w Toruniu i powiecie toruńskim.
13. Wśród chorób przenoszonych przez kleszcze dominowała borelioza, pomimo spadku zapadalności. Wobec braku możliwości czynnego uodpornienia przeciw tej chorobie, podnoszenie świadomości w społeczeństwie w zakresie stosowania odpowiednich zabezpieczeń chroniących przed kleszczami, ma zasadnicze znaczenie w profilaktyce tej choroby.
14. Odnotowano wzrost zapadalności na grypę i infekcje grypopodobne w tym grypy wywołanej wirusem pandemicznym. Zachorowania na grypę i infekcje grypopodobne podlegają stałemu monitorowaniu.
15. W 2011 r. z raportowanych chorób przenoszonych drogą płciową nadal największy odsetek stanowiła kiła.

# OCENA SANITARNA PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA

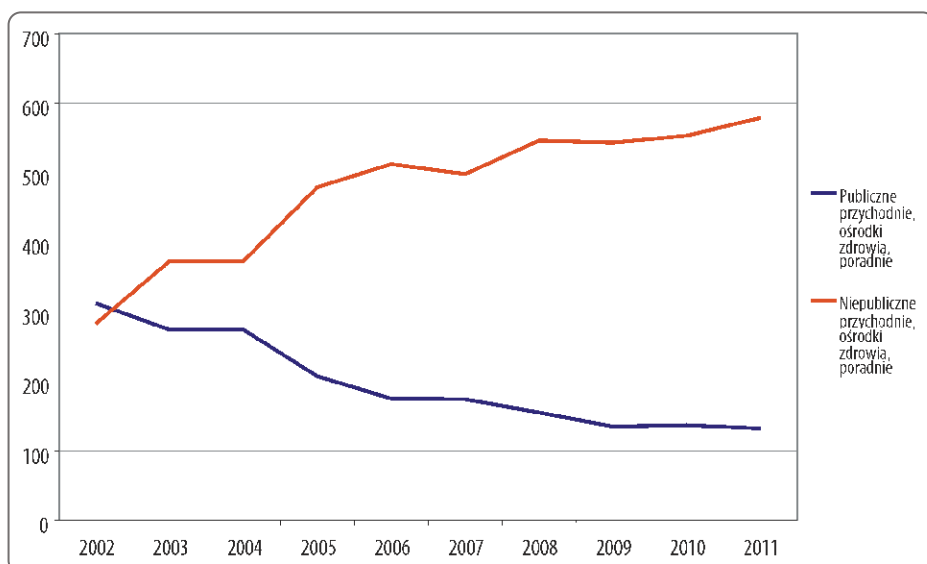
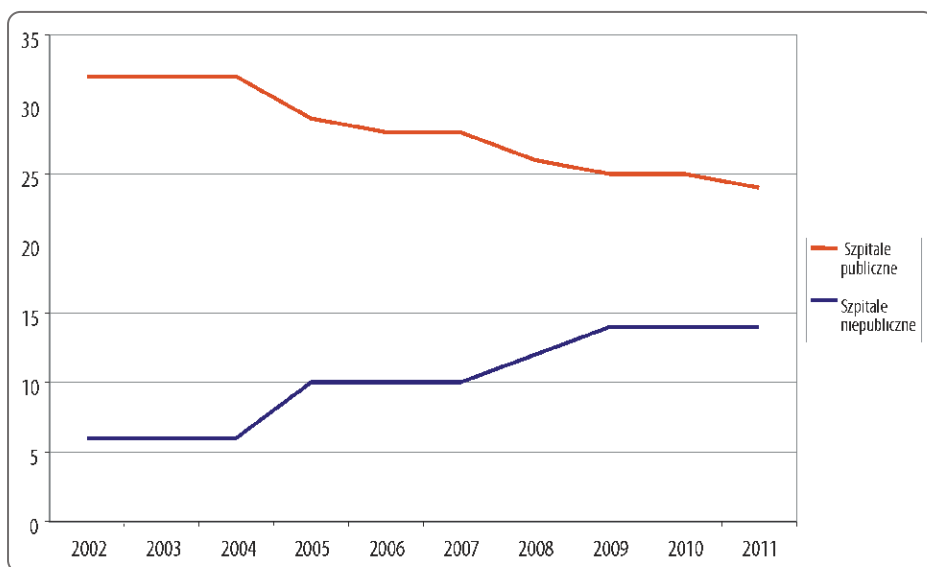
W województwie kujawsko-pomorskim w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się 977 zakładów opieki zdrowotnej oraz 2158 praktyk lekarskich w tym dentystów, 101 praktyk pielęgniarskich, a także 61 innych obiektów świadczących usługi medyczne.

Rozpoczęty w roku 1999, w oparciu o obowiązujące przepisy prawne, proces przekształcania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w placówki niepubliczne wskazuje, że liczba przekształceń własnościowych wzrasta sukcesywnie z roku na rok, przy czym największy ich odsetek występuje w grupie przychodni, ośrodków zdrowia i poradni, mniejszy w grupie szpitali.

W oparciu o dane statystyczne z okresu lat 2002 – 2011 można prześledzić dynamikę tych zmian na terenie województwa.

Rok	Liczba zakładów opieki zdrowotnej ogółem		Liczba placówek publicznych		Liczba placówek niepublicznych	
	Szpitali	Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie	Szpitali	Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie	Szpitali	Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie
2002	38	595	32	312	6	283
2003	38	647	32	274	6	373
2004	38	647	32	274	6	373
2005	39	686	29	207	10	479
2006	38	687	28	175	10	512
2007	38	672	28	174	10	498
2008	38	701	26	155	12	546
2009	39	678	25	135	14	543
2010	39	690	25	137	14	553
2011	38	711	24	132	14	579

Tab. Liczba publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na terenie województwa w latach 2002 – 2011



Spośród 1 690 skontrolowanych w 2011r. obiektów, negatywnie pod względem sanitarnym oceniono, podobnie jak w roku 2010, 8 placówek tj. 0,5%. Na przestrzeni ostatnich trzech lat wskaźnik ten był na zbliżonym poziomie i wynosił odpowiednio 1,2 % w 2007r., 1,38% w 2008r., i 1% w 2009r.

## Szpitale

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, NZO 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. Negatywnie pod tym względem oceniono, podobnie jak poprzednio, Katedrę i Klinikę Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu oraz Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu. W jednostkach tych zakres prac remontowych był niewielki, nie realizowano też zaleceń wynikających z wydanych wcześniej decyzji administracyjnych.

W stosunku do roku 2011 poprawę stanu technicznego odnotowano w przypadku NZO „Nowy Szpital” w Wąbrzeźnie oraz Katedry i Kliniki Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Większość (33) placówek szpitalnych w mniejszym lub większym stopniu realizuje zadania wynikające

z opracowanych wcześniej programów dostosowania obiektów do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Jednakże częste zmiany tych przepisów wydłużają każdorazowo terminy przeprowadzenia prac dostosowawczych, tym samym opóźniając czas ich dostosowania do określonych wymogów. Utrzymaniem bieżącej czystości w szpitalach zajmują się w przeważającej większości tj. w 69% placówek ekipy wewnętrzne, natomiast w 31% placówek firmy zewnętrzne. Tendencję taką obserwuje się już od dłuższego czasu, przy czym chętniej z zewnętrznych ekip korzystają szpitale zlokalizowane w dużych miastach województwa np. w Bydgoszczy czy Toruniu. We wszystkich jednostkach sprzątanie i utrzymanie czystości odbywa się z zachowaniem norm higienicznych, określonych w opracowanych i wdrożonych procedurach. Jakość wody przeznaczanej do spożycia, podawanej z podstawowych źródeł zaopatrzenia, pod względem mikrobiologicznym nie budziła zastrzeżeń.

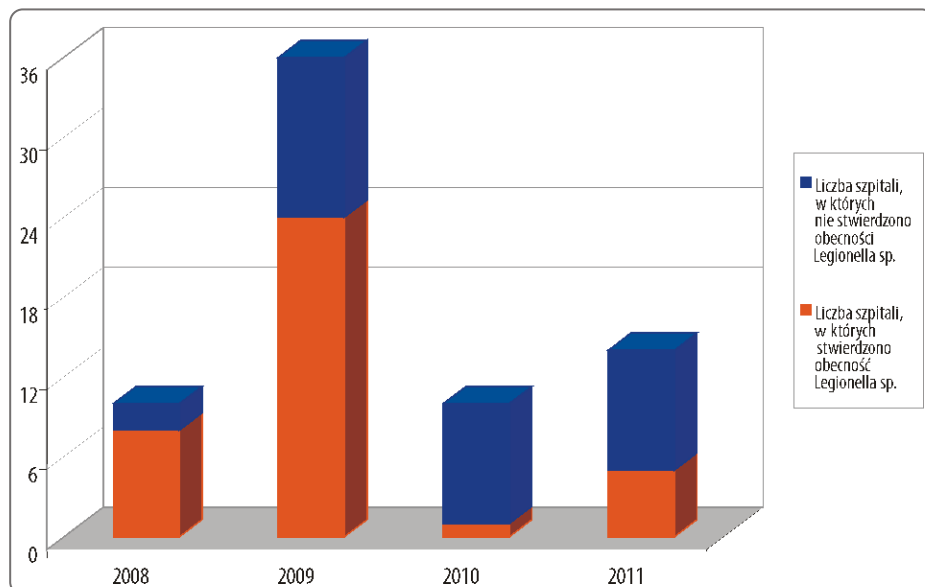
Jedynie w 3 przypadkach jej skład fizykochemiczny odbiegał od wymagań sanitarnych w zakresie przekroczeń parametrów manganu, jonu amonowego i sodu. Ich obecność w wodzie nie ma jednak istotnego znaczenia dla zdrowia, wobec czego można było korzystać z wody tych ujęć bez ograniczeń. Nadal znaczny odsetek szpitali nie posiada awaryjnego zaopatrzenia w wodę. Sytuacja ta nie zmieniła się w porównaniu z rokiem ubiegłym i wciąż warunkiem tego nie spełnia 9 (24%) placówek.

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 2011 r. w 14 placówkach szpitalnych pobrano z ich instalacji wewnętrznej próbki ciepłej wody do takich badań i w ich wyniku w 9 placówkach nie stwierdzono ponadnormatywnej ilości bakterii w wodzie, natomiast w 5 przypadkach badania wykazały skolonizowanie sieci wodnej przez Legionella sp. w stopniu średnim i wyższym.

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
2011	14	5	9



Tab. Badania ciepłej wody na obecność Legionella sp. w placówkach szpitalnych przeprowadzone w latach 2008 – 2011.



W podmiotach udzielających świadczeń medycznych w celu ograniczenia ryzyka występowania zakażeń związanych z wykonywaniem zabiegów medycznych w tym inwazyjnych zabiegów diagnostycznych, postępowanie przeciwepidemiczne opierało się na prze-strzeganiu funkcjonujących procedur określających jednolite zasady w zakresie: mycia i odkażania rąk, stosowania środków ochrony osobistej, dezynfekcji powierzchni oraz narzędzi wielokrotnego użycia, sterylizacji i postępowania z odpadami.

W 2011 roku ze względu na zmieniające się warunki w oddziałach szpitalnych, poradniach oraz z powodu nowych doniesień naukowych, na bieżąco opracowywano nowe procedury, a już istniejące aktualizowano. Kierownicy podmiotów udzielających świadczeń medycznych, zgodnie z treścią ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zobowiązani są do opracowania ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, aktywnego nadzorowania procedur oraz podejmowania i dokumentowania działań zapobiegawczych. W trakcie kontroli sanitarnych pracownicy PIS kontrolowali te działania.

W 2011 roku w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego nie nastąpiły istotne zmiany w zakresie dezynfekcji narzędzi. W placówkach posiadających dobrze zorganizowane centralne sterylizatornie lub zlecające usługę sterylizacji firmom zewnętrznym, narzędzia i sprzęt medyczny po dezynfekcji wstępnej lub z pominięciem tego etapu, pakowane są w kontenery i przekazywane do sterylizacji. Narzędzia po użyciu trafiają do kontenerów oznakowanych „brudne” i transportowane są do sterylizatorni według wyznaczonego harmonogramu godzinowego. Sterylne narzędzia na poszczególne oddziały transportowane są również w kontenerach oznakowanych „czyste”. W pozostałych placówkach dezynfekcja właściwa narzędzi i sprzętu przeprowadzana jest na oddziałach w gabinetach zabiegowych, salach opatrunkowych, dyżurkach pielęgniarek i pomieszczeniach przy blokach operacyjnych. Narzędzia bezpośrednio po użyciu poddawane są dezynfekcji poprzez zanurzenie w roztworze preparatu dezynfekcyjnego. Roztwory preparatów dezynfekcyjnych przygotowywane są na bieżąco. Proces ten przeprowadzany jest w wanienkach z wkładami sitowymi lub innych pojemnikach plastikowych z przykryciem.

Po osuszeniu i zapakowaniu narzędzia i sprzęt medyczny dostarczany jest, przeznaczonymi do tego celu wózkami lub kontenerami, do punktów centralnego sterylizowania. Szpitale, które zawarły umowę z firmą „CitoNet” Centrum Usług Sterylizacyjnych w Bydgoszczy lub innymi szpitalami na przeprowadzanie dezynfekcji właściwej i sterylizację, przeprowadzają tylko dezynfekcję wstępną, która ma na celu zapobieganie wysychaniu zanieczyszczeń organicznych i zapewnienie bezpieczeństwa personelu. Płyny dezynfekcyjne przygotowywane są centralnie w wydzielonych pomieszczeniach lub bezpośrednio w gabinetach zabiegowych, brudownikach, dyżurkach pielęgniarek i na blokach operacyjnych. Stosowano preparaty zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, posiadające ważny termin przydatności do użycia. Stanowiska do higienicznego mycia rąk w gabinetach zabiegowych i lekarskich wyposażone były właściwie w dozowniki z mydłem w płynie, środkiem antyseptycznym, w ręczniki jednorazowego użytku oraz pojemniki na zużyte ręczniki.



W roku 2011 nadal modernizowano pracownie endoskopowe, wydzielając pomieszczenia do badań, czyszczenia i dezynfekcji sprzętu, wyposażając je w myjnie automatyczne lub półautomatyczne. Dominował proces dezynfekcji endoskopów powtarzalny (bezpieczny), w myjniach automatycznych. Zautomatyzowanie procesu mycia i dezynfekcji endoskopów przyczynia się w znacznej mierze do bezpiecznego dla pacjentów wykonywania tych badań diagnostycznych. Używane są wyłącznie endoskopy ze szczelną optyką, co umożliwia ich mycie i dezynfekcję w pełnym zanurzeniu. Do myjni automatycznych stosowano płyny zalecane przez producentów sprzętu. Wszystkie szpitale, które wykonują badania endoskopowe poddają procesom sterylizacji akcesoria endoskopowe. W gabinetach zabiegowych, dyżurkach pielęgniarek, salach chorych i korytarzach dezynfekcję powierzchni przeprowadzają ekipy sprzątające lub salowe i pielęgniarki.

Sprzątanie i dezynfekcja odbywa się według opracowanych procedur. Stosowane były ściereczki jednorazowego użycia, a w przypadku użycia wielorazowego stosowano podział na strefy czystościowe według planu higieny. Gabinety zabiegowe, sale operacyjne, sale noworodków i inne pomieszczenia, w których wymagany jest zwiększony reżim sanitarny wyposażone były w lampy bakterio-bójcze: sufitowe, statywowe, ścienne. Niektóre szpitale posiadają także lampy bakterio-bójcze przepływowe pracujące w obecności pacjenta i są one wykorzystywane w pomieszczeniach przeznaczonych do izolacji. W Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu dezynfekcja powietrza prowadzona jest przy użyciu urządzeń Nocosprey, które przy zastosowaniu preparatu Nocolyse wytwarzają suchą mgłę z nadtlenu wodoru i kationów srebra. Preparat w krótkim czasie dociera do wszystkich powierzchni szczególnie tych niedostępnych przy użyciu metod tradycyjnych.

Zaopatrzenie w środki dezynfekcyjne było wystarczające, prawidłowo dobrane w stosunku do potencjalnego skażenia. Coraz częściej w placówkach medycznych prowadzony jest udokumentowany monitoring zużycia preparatów dezynfekcyjnych na poszczególnych oddziałach. W roku 2011 zmniejszyła się liczba komór dezynfekcyjnych, w 15 szpitalach działa obecnie 19 komór (w roku 2010 w 16 szpitalach były 21 komory). Zlikwidowano komory dezynfekcyjne w Szpitalu Lipno Sp. z o. o (1 komora) oraz w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy (1 komora). Liczba komór sukcesywnie maleje, szpitale wyłączały z użytkowania stary zużyty sprzęt. Coraz więcej podmiotów zleca usługę jednostkom zewnętrznym.

W Centrum Onkologii oraz w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 1 w Bydgoszczy funkcjonuje centralna stacja łóżek, gdzie dezynfekcji podlegają łóżka z kompletnym wyposażeniem. Łóżka po dezynfekcji zaopatrzone w czystą pościel i zabezpieczone pokryciem foliowym wracają na oddziały. Niektóre z komór posiadają program dezynsekcji wykorzystywany do likwidacji wszawicy.

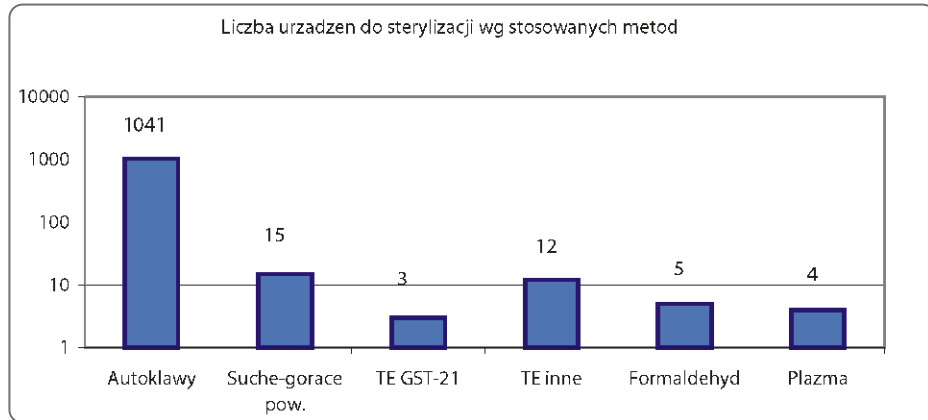
W szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonują centralne lub lokalne sterylizatornie, większość z nich nie spełnia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 02.02.2011 roku w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Odstępstwa od rozporządzenia są zróżnicowane, od bardzo poważnych wymagających całkowitej modernizacji i dużych nakładów finansowych do drobnych, które pozwalają dobrze funkcjonować i mogą zostać usunięte w miarę możliwości finansowych. Wszystkie te niezgodności z przepisami prawa ujęte są w planach dostosowawczych. Obecnie obowiązujące przepisy dają możliwość dostosowania do właściwego stanu sanitarno-technicznego do roku 2016. Ze względów ekonomicznych większość podmiotów wyznacza termin ostateczny.

Szpital, które z uwagi na niewłaściwie zorganizowaną sterylizację nie spełniają wymagań sanitarno-technicznych zlecają sterylizację jednostce zlokalizowanej poza zakładem, posiadającej system zarządzania jakością (ISO lub GMP) i gwarantującej wyrób sterylny. Coraz więcej podmiotów stara się o znakowanie pakietów w taki sposób, aby umożliwić identyfikację procesu sterylizacji sprzętu z konkretnym pacjentem, u którego wykonywano zabieg.

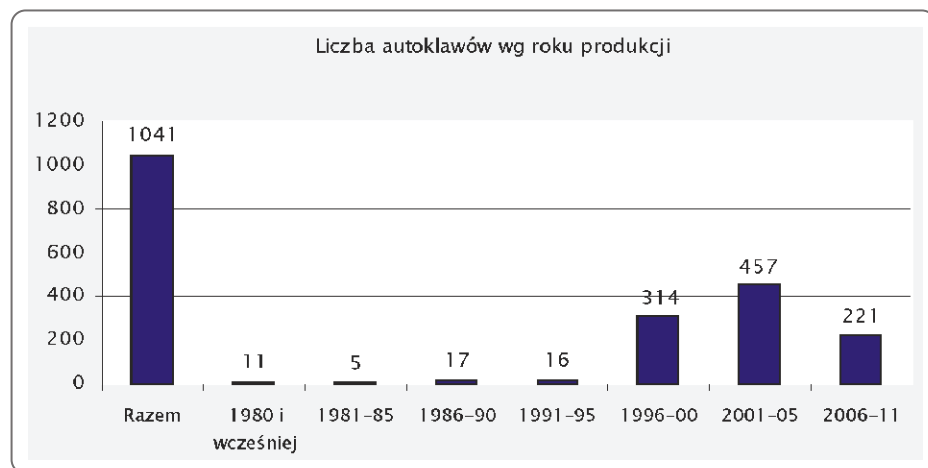
W 2011 roku podobnie jak w latach ubiegłych w zakładach opieki hospicyjno-paliatywnej oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. stosuje się materiały opatrunkowe, rękawice oraz szpatałki sterylne jednorazowego użytku. W zakładach tych procesy sterylizacyjne przeprowadzane były w ograniczonym zakresie. Sterylizacji poddawane były tylko kieliszki do leków i zestawy do zmiany opatrunków. W przypadku konieczności stosowania sprzętu wielokrotnego użycia, placówki te zlecają usługi centralnym sterylizatorniom. 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, który zawiera następujące dane: datę i godzinę procesu, rodzaj materiału sterylizowanego, parametry procesu, rodzaj wskaźnika, wynik, podpis osoby kontrolującej. Ponadto urządzenia każdego dnia kontrolowane były testem Bowie-Dicka.

W 2011 roku dokonywana była wymiana urządzeń sterylizujących, stare aparaty na suche, gorące powietrze zastępowane były przez autoklawy. Dynamika tych zmian jest jednak mniejsza niż w latach ubiegłych. Obecnie w województwie kujawsko-pomorskim podmioty lecznicze wyposażone są w 1041 autoklawy ( w roku 2010 było 1011), 15 urządzeń na suche i gorące powietrze ( w roku 2010 było 24), 15 aparatów na tlenek etylenu, 5 urządzeń, w których czynnikiem sterylizującym jest formaldehyd oraz 4 aparaty na plazmę.



Wiele urządzeń pochodzi z lat 90-tych a nieliczne nawet z lat 80-tych

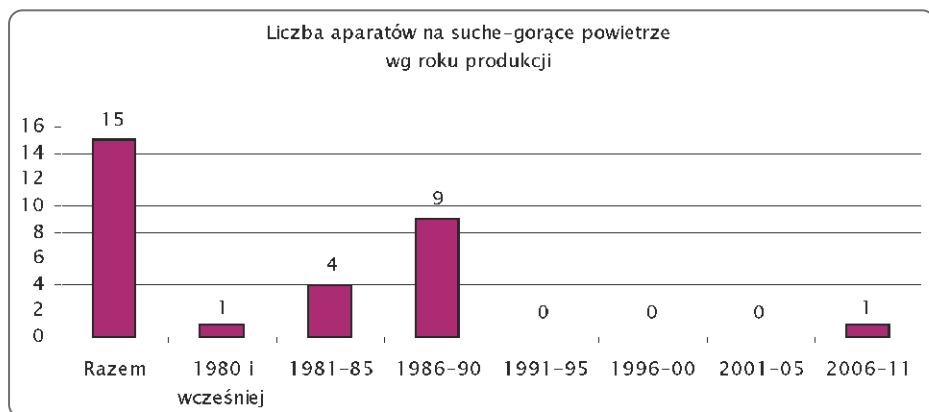


Dominującą metodą sterylizacji jest autoklawowanie. Na 1041 aparatów 363 pochodzi z lat 90-tych i 80-tych, 678 z tych urządzeń zakupionych było po roku 2000.

W czterech powiatach (inowrocławskim, brodnickim, toruńskim i włocławskim) nadal pracują aparaty na suche i gorące powietrze, 14 z nich wyprodukowano w latach 80-tych i wcześniej, tylko 1 wyprodukowano po roku 2006.

Służą one do sterylizacji szkła laboratoryjnego oraz butelek dla niemowląt. Tylko w powiecie inowrocławskim tą metodą sterylizowane są narzędzia stomatologiczne, proces ten ma miejsce

tylko w jednym podmiocie leczniczym, który w roku 2011 rozpoczął wycofywanie tego sprzętu.



W 2011 roku poddano ocenie na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego 28 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 rozdzielanie 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.

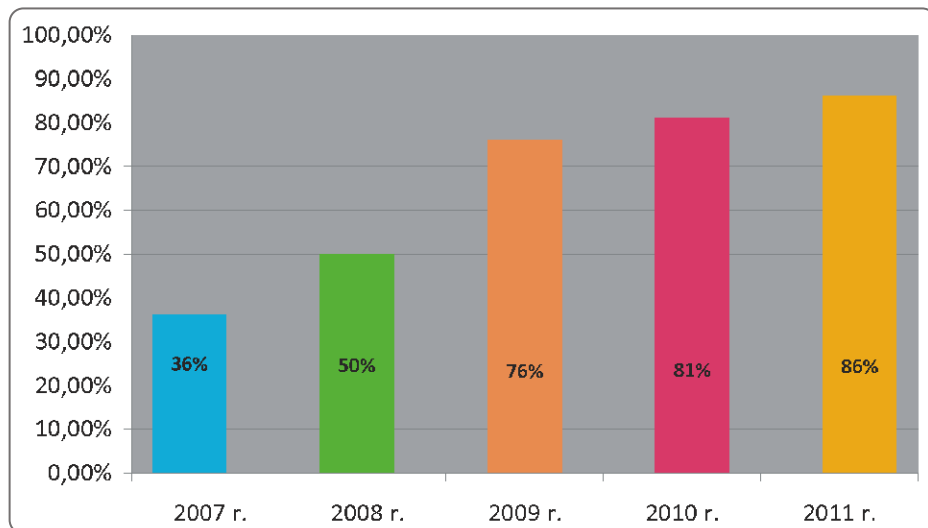


Liczba placówek organizujących żywienie pacjentów przy pomocy firm zewnętrznych w stosunku do ilości obiektów.

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 zauważyć sukcesywny wzrost liczby obiektów, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP.



Liczba placówek, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP w stosunku do ilości obiektów wg ewidencji.

We wszystkich jednostkach zasady postępowania z odpadami, w tym medycznymi, określone zostały przez odpowiednie procedury, dostosowane do obowiązujących przepisów prawnych. Pomieszczenia, w których gromadzi się i przechowuje odpady są na ogół właściwie wyposażone. Wszystkie placówki mają uregulowane formalności w zakresie wytwarzania i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych.

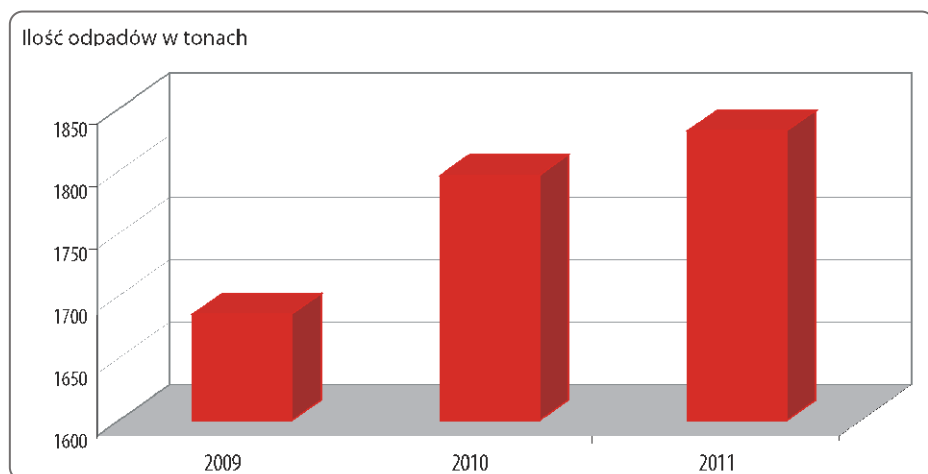
Wszystkie też unieszkodliwiają swoje odpady medyczne w specjalistycznych jednostkach, przy czym na terenie województwa funkcjonuje tylko jedna spalarnia zlokalizowana przy Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Konsekwencją takiego stanu jest transportowanie tego rodzaju odpadów niebezpiecznych poza teren województwa, często na znaczne odległości.

Łącznie w szpitalach w 2011r. wytworzono 1.832.231,0 kg (w 2010 r. - 1.796.732,1 kg, w 2009 r. - 1.685.405,0 kg) odpadów medycznych o kodach 18 01 02 i 18 01 03. Na przestrzeni ostatnich lat ilość tych odpadów wzrasta ze względu na stosowanie coraz większej ilości sprzętu jednorazowego użytku oraz zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych w tych obiektach.



Rok	Liczba szpitali	Ilość wytworzonych odpadów medycznych o kodach 180102 i 180103.
2009	39	1 685 405,00
2010	39	1 796 732,10
2011	38	1 832 231,00

Ilość odpadów medycznych o kodach 18 01 02 i 18 01 03 wytworzonych w placówkach szpitalnych w latach 2009 – 2011.



Proces prania bielizny szpitalnej, podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywany jest we własnym zakresie w 6 placówkach, w pozostałych (32) zlecany zewnętrznym jednostkom usługowym, również tym zlokalizowanym poza obszarem województwa.

We wszystkich skontrolowanych obiektach postępowanie z bielizną szpitalną było na ogół prawidłowe, zgodne z opracowanymi i wdrożonymi procedurami.



## Pozostałe placówki ochrony zdrowia

Sytuacja w pozostałych zakładach opieki zdrowotnej zarówno w zakresie stanu technicznego, jak i funkcjonalnego była podobna jak w szpitalach. Zastrzeżenia budził stan techniczny 63 jednostek, wymagających niezbędnych remontów. Prowadzone prace remontowo-modernizacyjne, wynikające głównie z realizacji programów dostosowawczych przyczyniły się do poprawy warunków sanitarno-technicznych w 91 placówkach. Jednocześnie największą poprawę uzyskano w grupie przychodni, ośrodków, poradni i ambulatoriów (48). Przy czym, analogicznie jak w roku ubiegłym, w większości powiatów województwa na porównywalnym poziomie utrzymywała się liczba obiektów spełniających wymagania, natomiast w przypadku 3 powiatów: nakielskiego, toruńskiego i wąbrzeskiego odsetek tych obiektów był nadal niższy niż 50%. W roku sprawozdawczym pobrano próbki ciepłej wody użytkowej do badań laboratoryjnych na obecność pałeczek Legionelli sp. w 4 obiektach.

W Szpitalu Uzdrawiskowym Nr III im. Markiewicza w Ciechocinku, w Kolejowym Szpitalu Uzdrawiskowym w Ciechocinku, w Oddziale Zamiejscowym w Aleksandrowie Kujawskim stwierdzono skolonizowanie sieci wodnej przez bakterię Legionella sp. w stopniu średnim i wyższym, wobec czego zobowiązywano kierownictwo tych placówek do podjęcia działań naprawczych, mających na celu wyeliminowanie tego zagrożenia. Natomiast w 2 placówkach opiekuńczo-leczniczych przeprowadzone badania nie wykazały ponadnormatywnej ilości tych bakterii. W roku 2011, pomimo intensywnie prowadzonych działań naprawczych, w NZOL-u w Toruniu, w ZOL w Suradówku gm. Wielkie oraz w Hospicjum „Światło” w Toruniu nie uzyskano zadawalającej poprawy w zakresie wyeliminowania ww. mikroorganizmów z ich wewnętrznej instalacji ciepłej wody użytkowej. 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, gabinetach specjalistycznych lub innych pomieszczeniach. Starano się uwzględnić zasadę nie krzyżowania się dróg czystych i brudnych. Większość świadczeniodawców wprowadziła do użytku profesjonalne wanny wyposażone w sita, przeznaczone do dezynfekcji narzędzi. Dobór preparatów dezynfekcyjnych był odpowiedni, zgodny z przypuszczalnym skażeniem oraz ogólnie przyjętymi zasadami. Coraz więcej placówek posiada na wyposażeniu myjki ultradźwiękowe oraz korzysta ze sprzętu jednorazowego użytku. Pogotowia ratunkowe jako Działy Pomocy Doraźnej, najczęściej wyjazdowe zespoły pomocy, w wielu powiatach funkcjonują w strukturach szpitali. Posiadają opracowane i wdrożone procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami. Karetki dezynfekowane są przez pracowników pogotowia zgodnie z opracowanymi standardami.



Dekontaminacja narzędzi w grupie obiektów praktyk lekarskich w tym lekarzy dentystów, nadal najczęściej odbywa się w pomieszczeniach, w których wykonywane są zabiegi medyczne lub w pomieszczeniach do tego celu przeznaczonych. Dobór preparatów dezynfekcyjnych był prawidłowy (spektrum, czas działania, zastosowanie). Coraz częściej do mycia i dezynfekcji sprzętu wykorzystuje się myjki ultradźwiękowe, jednak przeważającym sposobem przeprowadzania tych zabiegów jest metoda manualna. W przychodniach, poradniach, ośrodkach zdrowia oraz ambulatoriach obserwuje się systematyczną poprawę dotyczącą przestrzegania procedur sterylizacji narzędzi medycznych procesu warunkującego stosowanie sprzętu medycznego o najwyższym stopniu czystości mikrobiologicznej. Podmioty lecznicze, których zakres świadczonych usług obejmował wyłącznie podstawową opiekę zdrowotną, nie prowadziły procesu sterylizacji - stosowały wyłącznie sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użycia. Z narzędzi i materiałów sterylizowanych korzystały podmioty, które świadczyły usługi medyczne w zakresie stomatologii, ginekologii, laryngologii czy chirurgii. Znaczna część placówek korzystała z usług sterylizatorni w szpitalach, lub zlecała usługi firmie „CitoNet” w Bydgoszczy.

Wdrożone systemy monitorowania procesów sterylizacji przyjęte w tych podmiotach świadczą o coraz większej wiedzy personelu oraz jego odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów. Stosowano system wskaźników fizycznych i chemicznych a w większości placówek z częstotliwością minimum raz na kwartał monitorowano procesy wskaźnikami biologicznymi. Sanatoria, pogotowia ratunkowe pracują głównie stosując sprzęt medyczny jednorazowego użytku. Narzędzia medyczne wielokrotnego użytku będące na wyposażeniu karettek pogotowia ratunkowego, sterylizowane były w sterylizatorniach szpitalnych. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy posiada własną centralną sterylizatornię, która zaopatruje w sprzęt sterylny wszystkie podległe podstacje. W prywatnych praktykach lekarskich, w tym lekarzy dentystów, 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. Stosowano gotowe, sterylne materiały opatrunkowe, rękawice, szpatałki i wzierniki. W 2011 roku na terenie województwa kujawsko pomorskiego, skontrolowano wszystkie bloki żywienia w sanatoriach i szpitalach uzdrawiskowych a analizie na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarno-

poddano 26 z nich. Wszystkie zakłady zostały sklasyfikowane jako zgodne z wymaganiami. Przeprowadzone kontrole bloków żywienia w sanatoriach i szpitalach uzdrawiskowych, wykazały nieprawidłowości natury technicznej oraz sanitarno-higienicznej. Zaobserwowano również braki części wymaganej dokumentacji dotyczącej GHP/GMP i systemu HACCP. W przedmiotowej grupie obiektów odnotowano 2 ogniska zbiorowego zatrucia pokarmowego – w zakładach umiejscowionych na terenie powiatu inowrocławskiego: Sanatorium „Modrzew” NZOZ oraz NZOZ Centrum Rehabilitacyjno-Wczasowe „Energetyk”. Stan sanitarno-techniczny bloków żywienia zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych funkcjonujących samodzielnie jest lepszy niż obiektów działających przy szpitalach. Kontrole ww. zakładów nie wykazały nieprawidłowości. Obiekty działające przy szpitalach funkcjonują jako ich część składowa. Posiadają jedno wspólne zaplecze kuchenne, a żywienie odbywa się na tych samych zasadach. Wszelkie nieprawidłowości natury sanitarno-technicznej realizowane są zgodnie z wystawionymi decyzjami.

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

W województwie kujawsko-pomorskim woda służąca zbiorowemu zaopatrzeniu ludności uzyskiwana jest z dwóch rodzajów ujęć: wody podziemnej oraz wody powierzchniowej. Wodą z ujęć powierzchniowych zasilane są 2 wodociągi: wodociąg dla miasta Bydgoszczy i Torunia. W 2011r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały na terenie całego województwa 440 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę, co stanowi 99,1% wszystkich urządzeń ujętych w ewidencji oraz 41 urządzeń wodociągowych należących do innych podmiotów zaopatrujących w wodę, czyli 74,5% objętych ewidencją.

## Infrastruktura zaopatrzenia w wodę

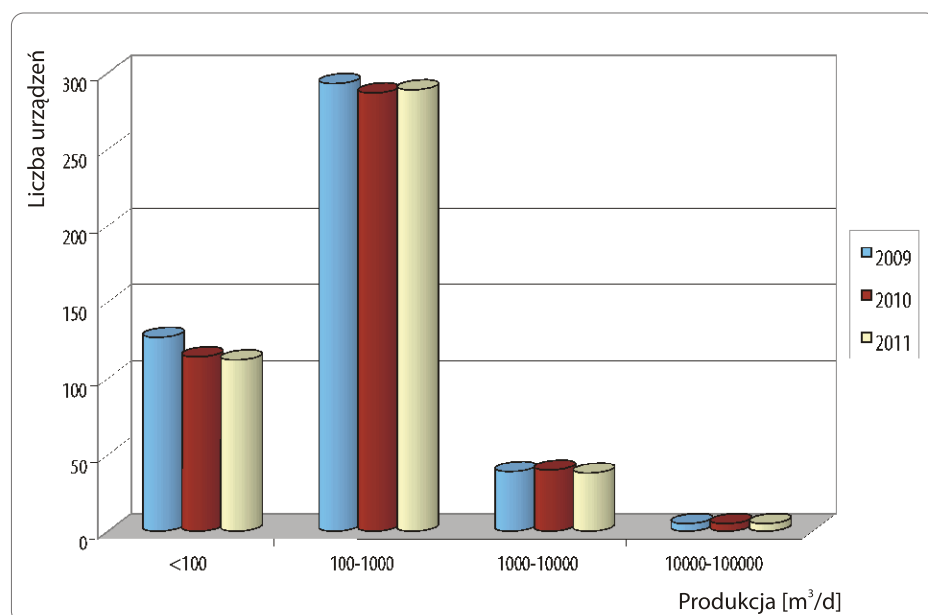
W skali województwa od lat utrzymuje się podobna infrastruktura zbiorowego zaopatrzenia ludności w wodę. Nadal najwyższy odsetek urządzeń mają wodociągi o produkcji od 100 do 1.000m<sup>3</sup>/dobę – 65,1% oraz o produkcji mniejszej niż 100m<sup>3</sup>/dobę – 25,2%. Zdecydowanie mniejszy udział procentowy stanowią wodociągi o większej

produkcji, bowiem dla wodociągów o produkcji od 1.000 do 10.000m<sup>3</sup>/dobę wynosi on 8,6%, a w przypadku urządzeń produkujących od 10.000 do 100.000m<sup>3</sup>/dobę niezmiennie kształtuje się on na poziomie 1,1%. Należy jednocześnie podkreślić, że z punktu widzenia liczby ludności zaopatrywanej

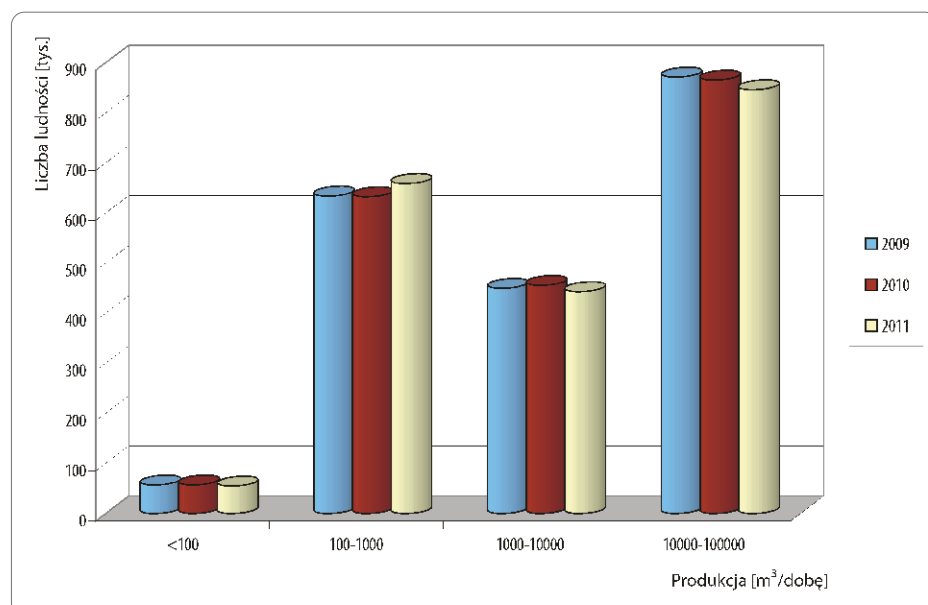
w wodę z wodociągów sytuacja przedstawia się odwrotnie.

To największe wodociągi dostarczają wodę do zdecydowanie większej liczby mieszkańców województwa (845,9 tys).

Ma to istotne znaczenie w przypadkach nieprzewidzianych zdarzeń, bowiem może dotyczyć to znaczącej liczby ludności zaopatrywanej przez jeden wodociąg.

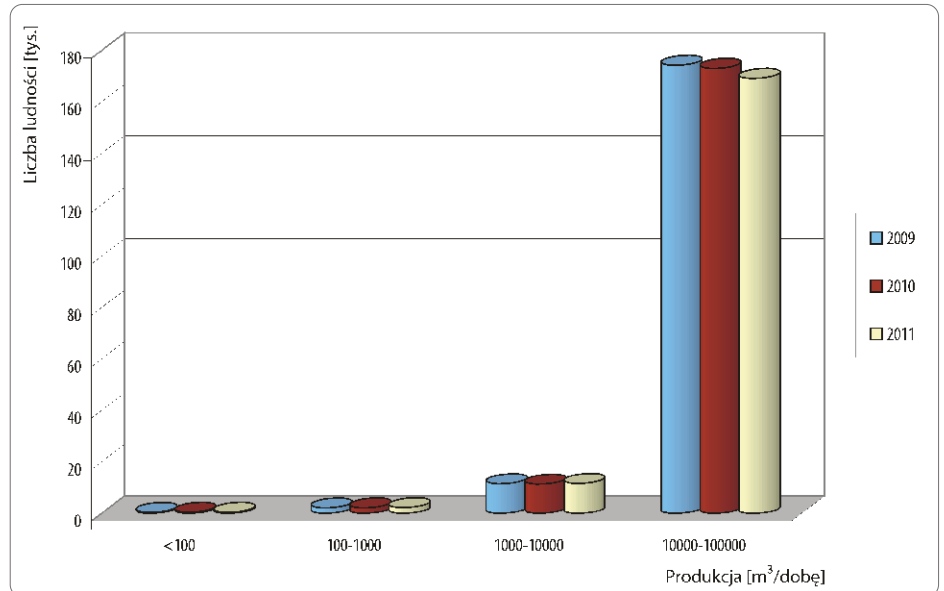


Infrastruktura poszczególnych grup wodociągów latach 2009-2011



Infrastruktura zaopatrzenia w wodę ludności przez poszczególne grupy wodociągów w latach 2009-2011





Liczba ludności przypadająca na jeden wodociąg z poszczególnych grup rodzajowych.

## Ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia

W 2011 r. z wody wodociągowej korzystało ogółem 2001,979 tys. (96,7%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

Wodę dobrą, spełniającą wymogi sanitarne dostarczało blisko 93,6% (w 2010 r. – 85,9%) skontrolowanych wodociągów, zaopatrując w nią 96,9% mieszkańców województwa (w 2010 r. – 91,3%). W porównaniu z rokiem ubiegłym odsetek ten wzrósł o 5,6%.

Woda nie spełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczana była przez 6,4% (w 2010 r. w 14,1%) skontrolowanych wodociągów i zaopatrywała 3,1% ludności (63,348 tys.) w 2010 r. 8,7%.

Jednakże z uwagi na charakter stwierdzonych przekroczeń, woda ta dopuszczona była do spożycia warunkowo lub na zasadzie czasowego odstępstwa.

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

- 10.000 do 100.000m<sup>3</sup>/dobę wynosił 100%
- 1.000 do 10.000m<sup>3</sup>/dobę wynosił 97,2%
- 100 do 1.000m<sup>3</sup>/dobę wynosił 92,8%
- < 100m<sup>3</sup>/dobę wynosił 93,1%.

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.

Analizując zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia na terenie poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego należy zauważyć, że z wody dobrej jakości w 100% korzystali mieszkańcy powiatów brodnickiego, golubsko-dobrzyńskiego, tucholskiego, świeckiego i wąbrzeskiego, natomiast najniższy odsetek odnotowano na terenie powiatów aleksandrowskiego (27%), lipnowskiego (18,7%), mogileńskiego (13,7%) i radziejowskiego (11%). Zdecydowanej poprawie uległa jakość wody na terenie powiatu rypińskiego, bowiem odsetek mieszkańców korzystających z dobrej wody wzrósł o 56,8% w porównaniu z rokiem 2010 (40,8%), tym samym jedynie 2,4% mieszkańców korzystało z wody niespełniającej obowiązujących wymagań.

Fakt ten wynikał ze zmiany w zapisie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi odnośnie barwy wody.

W świetle poprzedniej regulacji parametr ten był ściśle normowany, a obecnie podstawą kwestionowania barwy wody jest nieakceptowalność przez jej odbiorców. Z uwagi na brak zastrzeżeń konsumentów, woda wodociągu rypińskiego, posiadająca z natury zmienioną barwę, została uznana za przydatną do spożycia.

powiat	2009	2010	2011
aleksandrowski	68,2	68,2	72,3
brodnicki	100,0	100,0	100,0
bydgoski	95,1	97,6	98,2
chełmiński	89,7	86,9	99,1
golubsko-dobrzyński	100,0	100,0	100,0
grudziądzki	94,9	89,6	94,8
inowrocławski	97,9	89,2	98,2
lipnowski	84,3	64,1	81,7
mogileński	82,0	85,9	86,2
nakielski	97,8	98,8	99,6
radziejowski	90,1	75,8	89,1
rypiński	59,0	59,2	97,6
sępoleński	83,1	82,4	98,6
świecki	87,6	84,5	100,0
toruński	95,4	97,1	99,3
tucholski	98,6	98,6	100,0
wąbrzeski	96,7	81,0	100,0
włocławski	93,9	95,6	99,6
żniński	95,3	91,2	95,8

Odsetek mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, korzystających z wody odpowiadającej w latach 2009-2011.

W celu dokonania mikrobiologicznej oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia wykonano ogółem 7.533 badań w tym kierunku, z czego 172 (2,3%) była kwestionowana (w 2010 – 2,9%).

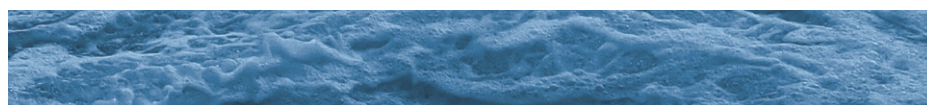
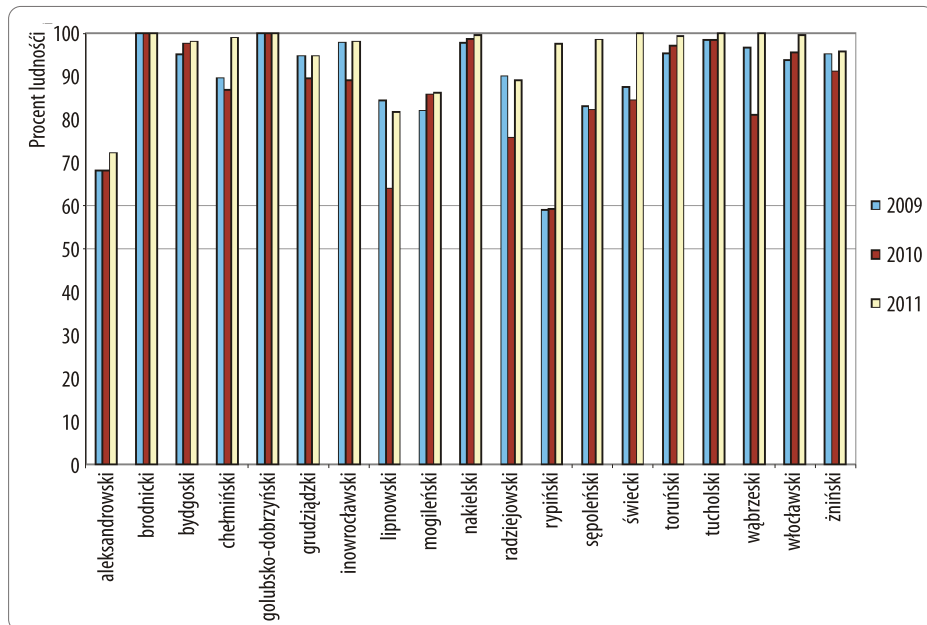
W większości były to sporadyczne przekroczenia, które nie wpływały na negatywną ocenę końcową jakości wody, jednakże wskazywały na nieodpowiednio prowadzone procesy uzdatniania wody, jej wtórne zanieczyszczenie lub inne przyczyny. Niemniej jednak w przypadkach potwierdzonego badaniem kontrolnym przekroczenia dopuszczalnych wartości wskaźników mikrobiologicznych, państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni stwierdzali brak przydatności wody do spożycia lub jej warunkową przydatność i zobowiązywali właścicieli urządzeń wodociągowych do podjęcia działań naprawczych celem doprowadzenia jej do obowiązujących norm w tym zakresie.

W trakcie roku sprawozdawczego analizy pobranych próbek wody wykazały takie przekroczenia w 13 wodociągach. Odbiorcy informowani byli o tym fakcie niezwłocznie, a przypadkach koniecznych zapewniano im zastępcze źródła zaopatrzenia w wodę.

W zaistniałych sytuacjach kryzysowych Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracowała ściśle z jednostkami samorządowymi oraz podmiotami zarządzającymi urządzeniami wodociągowymi.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w zał. Nr 2 określone są najwyższe dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym znaczeniu bezpieczeństwa wody dla zdrowia konsumentów.

W przypadku przekroczenia najwyższego dopuszczalnego stężenia któregośkolwiek z tych parametrów, podmioty produkujące wodę mogą wystąpić do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wyrażenie



zgody na udzielenie odstępstwa na przekroczony parametr chemiczny, pod warunkiem, iż przekroczenie to nie będzie stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a podmiot przedstawi plan działań naprawczych.

W 2011r. udzielono dwóch odstępstw na przekroczenie parametrów chemicznych, z tego jedno na okres miesiąca i dotyczyło to wodociągu publicznego w Łochowie gmina Białe Błota, gdzie stwierdzono ponadnormatywne zawartości Σ trichloroetenu i tetrachloroetenu. Natomiast drugie odstępstwo dotyczyło stężenia boru w wodzie pochodzącej z wodociągu publicznego w Chełmach w powiecie inowrocławskim.

Dla porównania w 2010r. nie udzielono żadnego odstępstwa na przekroczenie jakiegokolwiek parametru chemicznego z tego załącznika.

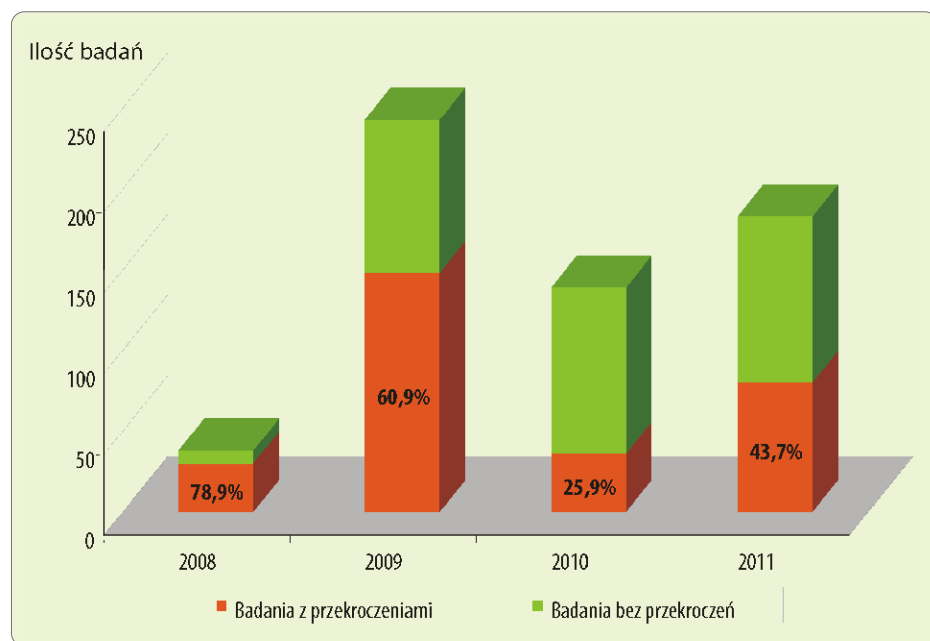
Na podstawie prowadzonych badań laboratoryjnych stwierdzano również przekroczenia dopuszczalnych norm fizykochemicznych w wodzie pochodzącej z 28 (6,4%) wodociągów, w 2010r było ich 61 (13,9%). Nieodpowiednia jakość wody była najczęściej kwestionowana ze względu na ponadnormatywną zawartość manganu i żelaza oraz związaną z tym podwyższoną mętność, co w większości przypadków nie przekładało się na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów.

Najwięcej (26) urządzeń dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych znajdowało się w grupie wodociągów o produkcji wody do 1.000m<sup>3</sup>/dobę.

W ciągu roku notowano także przekroczenia dopuszczalnych norm zawartości amonowego jonu, utlenialności nadmanganianowej oraz sodu. Z powyższych względów wodę dopuszczano do spożycia warunkowo, poprzedzając te decyzje oceną ryzyka dla zdrowia ludzi.

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

W 2011 roku badaniami tymi objęto ogółem 49 obiektów pobierając w nich 183 próbki do badań laboratoryjnych i po ich przeprowadzeniu zakwestionowano 43,7% z nich. Po przeanalizowaniu stopnia skolonizowania przez pałeczki Legionella sp. instalacji ciepłej wody w wielu przypadkach, na właścicieli obiektów nakładano obowiązek podjęcia działań naprawczych, mających na celu wyeliminowanie zagrożenia powodowanego obecnością tej bakterii w wodzie.



Badania na obecność Legionella sp. w latach 2008 – 2011

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

W analizowanym okresie laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej - Epidemiologicznej w Bydgoszczy wspólnie z laboratoriami stacji powiatowych w Grudziądzu, Toruniu i Włocławku działającymi w ramach zintegrowanego systemu badania żywności, zbadały w roku 2011 ogółem **3941 próbek**. Na podstawie uzyskanych wyników zdyskwalifikowano za przekroczenia dopuszczalnych poziomów zanieczyszczeń **143 próbki** tj. **3,6 % ogółu** zbadanych. Kierunki badań określone zostały w „Planie pobierania próbek do badania żywności w ramach monitoringu i urzędowej kontroli dla Państwowej Inspekcji

Sanitarnej” opracowanym przez Główny Inspektorat Sanitarny opartym na ustawodawstwie obowiązującym w krajach Unii Europejskiej. Plan ten obejmował ocenę laboratoryjną pod kątem parametrów mikrobiologicznych, chemicznych i fizycznych wyszczególnionych grup środków spożywczych produkcji krajowej, pochodzących z innych krajów należących do Unii Europejskiej, z importu spoza obszaru Unii oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Przewidziano w nim również próbki żywności i próbki sanitarne pobierane do badań w trakcie prowadzenia dochodzenia

epidemiologicznego w przypadkach ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych. Badania fizyko-chemiczne wykonywane przez laboratoria stacji w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu obejmowały następujące kierunki: mykotoksyny, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, furan, jod w soli spożywczej, histaminę, dozwolone substancje dodatkowe i ich czystość, pozostałe parametry (np. znakowanie, jakość organoleptyczną, parametry jełczenia tłuszczów). Badania mikrobiologiczne obejmowały drobnoustroje niebezpieczne dla zdrowia, które mogą występować w żywności.



Rodzaj próbki	Liczba próbek				Procent Zdyskwalifikowanych próbek	
	zbadanych		zdyskwalifikowanych			
	2011 r.	2010 r.	2011 r.	2010 r.	2011 r.	2010 r.
Środki spożywcze krajowe + UE	3449	3854	66	101	1,9	2,6
Środki spożywcze z importu	221	145	1	0	0,4	0
Badania sanitarne	74	43	47	15	63,5	34,9
Próbki z ognisk zatruc pokarmowych	189	138	29	14	15,3	10,1
Materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością	8	174	0	11	0	6,3
<b>Razem</b>	<b>3941</b>	<b>4354</b>	<b>143</b>	<b>141</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>

Ilość oraz rodzaj zbadanych i zdyskwalifikowanych próbek w w latach 2010-2011.

Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że jakość zdrowotna środków spożywczych krajowych oraz pochodzących z innych krajów Unii Europejskiej uległa poprawie w porównaniu z rokiem 2010. Procent próbek zdyskwalifikowanych zmniejszył się z 2,6 w roku 2010 do 1,9 w roku 2011.

Środki spożywcze importowane spoza obszaru Unii Europejskiej nie budziły zastrzeżeń – tylko 1 próbka na 221 zbadanych została zdyskwalifikowana. Zwiększyła się liczba próbek zbadanych i zdyskwalifikowanych związanych z zatruciami pokarmowymi i wynikającymi z nich badaniami sanitarnymi.

Badania sanitarne dotyczyły wymazów ze sprzętu, naczyń i rąk pracowników zatrudnionych w kuchniach placówek, w których zatrucia wystąpiły. Zatrucia miały miejsce w sanatoriach, lokalach gastronomicznych, placówkach oświatowych i opiekuńczych.

Środki spożywcze	Liczba próbek środków spożywczych									
	zbadanych					zdyskwalifikowanych				
	Mikrobiologicznie	Chemicznie	w kierunku oznakowań	Organo-leptycznie	na obecność zanieczyszczeń	mikrobiologicznie	chemicznie	w kierunku oznakowań	Organo-leptycznie	na obecność zanieczyszczeń
krajowe + UE	2868	472	1422	3254	17	64	0	0	2	2
z importu	158	35	100	210	0	1	0	0	0	0
<b>Razem:</b>	<b>3026</b>	<b>507</b>	<b>1522</b>	<b>3464</b>	<b>17</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Jakość zdrowotna środków spożywczych zbadanych w roku 2011

Z danych przedstawionych w tabeli wynika, że nadal głównymi czynnikami dyskwalifikującymi środki spożywcze produkcji krajowej oraz pochodzące z krajów UE są ponadnormatywne zanieczyszczenia mikrobiologiczne, które stwierdzono w 65 próbkach na 2868 próbek zbadanych, co stanowi 2,3%.

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

Rodzaj próbki	Pochodzenie próbek dyskwalifikowanych	Odsetek próbek zdyskwalifikowanych	
		2011 r.	2010 r.
Sól spożywcza	kraj	0	24,3
Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	kraj	4,0	6,1
Mleko i przetwory mleczne	kraj	5,5	4,8
Mięso, podroby i przetwory mięsne	kraj/UE	2,1	3,9
Ziarno zbóż i przetwory zbożowo – mączne	Kraj/UE	0	2,5
Wyroby garmażeryjne	kraj	0,6	2,5
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	kraj	1,2	2,3
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	4,3	1,9
Ryby, owoce morza i ich przetwory	kraj	0	0,9
Owoce	kraj/import	1,5	0,5

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek żywności w latach 2010 - 2011.

Z analizy danych zawartych w tabeli wynika, że w większości grup środków spożywczych nastąpiła w roku 2011 poprawa ich jakości zdrowotnej. Niewielki wzrost procentowego udziału próbek zdyskwalifikowanych odnotowano jedynie w przypadku mleka i jego przetworów, wód mineralnych i owoców. W pozostałych grupach asortymentowych, które były objęte badaniami, a które nie zostały uwzględnione w powyższej tabeli nie stwierdzono próbek kwestionowanych. Z uwagi na przypadki zachorowań spowodowanych werotoksycznymi szczepami *Escherichia coli*, jakie miały miejsce m. in.

na terenie Europy laboratorium wykonało badania w w/w kierunku 640 próbek warzyw i owoców, zarówno krajowych, jak i zagranicznych. Były to głównie: ogórki, pomidory, sałata, nasiona, kiełki, szpinak, rzodkiewki, banany, brzoskwinie, owoce cytrusowe. Próbki pochodziły z hurtowni, sklepów i targowisk. Tylko w jednej próbce (pestki dyni importowane z Chin) potwierdzono obecność szczepu werotoksycznego. W roku 2011 zastał opracowany przez Główny Inspektorat Sanitarny zintegrowany system badań laboratoryjnych w ramach urzędowej kontroli i monitoringu.

Polega on na wykonywaniu niektórych badań przez wybrane laboratoria wojewódzkich stacji na potrzeby innych województw. W systemie tym uczestniczy również laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej Epidemiologicznej w Bydgoszczy i laboratoria powiatowych stacji w Toruniu i Włocławku. Zgodnie z systemem część badań fizyko-chemicznych próbek żywności pobranych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wykonywały laboratoria innych stacji wojewódzkich.



Próbki	Liczba próbek w danym kierunku badań			
	metale szkodliwe dla zdrowia	pozostałości pestycydów	azotany	materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością <sup>*)</sup>
próbki zbadane	305	115	30	62
próbki zdyskwalifikowane	0	1	0	1

<sup>\*)</sup> badania obejmowały: migrację globalną, migracje specyficzne bisfenolu, amin aromatycznych, formaldehydu, ołowiu, kadmu oraz ocenę organoleptyczną.

Ilość próbek pobranych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i zbadanych w innych laboratoriach PIS.

Dane przedstawione w tabeli świadczą, że większość środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, które zostały zbadane pod kątem w/w parametrów nie budzą zastrzeżeń.

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

W 2011 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna obejmowała nadzorem 17.974 obiekty żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz 220 zakładów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

Spośród obiektów ujętych w ewidencji skontrolowano łącznie 11.832 zakłady, 11.638 obiekty żywnościowe oraz obiekty działające na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością i 194 obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W oparciu o aktualnie obowiązujące arkusze, które stanowią jednolite w skali kraju kryterium oceny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku dokonano oceny stanu sanitarnego 8.313 obiektów. 8 obiektów produkujących i konfekcjonujących kosmetyki oceniono w zakresie warunków produkcji, 12 w zakresie dokumentacji. W zakresie oznakowania opakowań jednostkowych oceniono 67 zakładów, żadnego z tych zakładów nie uznano za niezgodny z wymaganiami.

Na podstawie przeprowadzonych kontroli stanu sanitarnego w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością 152 zakłady uznano jako obiekty niezgodne z obowiązującymi wymaganiami, co stanowiło 1,3% ogółu skontrolowanych. W grupie obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami wszystkie zakłady spełniały wymagania w zakresie warunków produkcji.



Tabela 1.  
Stan sanitarny obiektów produkcji, obrotu środkami spożywczymi, żywienia zbiorowego i kosmetykami w latach 2010-2011.

L.p.	Grupa obiektów	Liczba obiektów skontrolowanych		Liczba obiektów niezgodnych z wymaganiami	
		2010	2011	2010	2011
1	2	3	4	5	6
<b>Obiekty produkcji żywności</b>					
1	Wytwórnice lodów	16	18	-	-
2	Automaty do lodów	153	151	1	-
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	5	6	-	-
4	Piekarnie	281	269	2	3
5	Ciastkarnie	138	131	1	2
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	58	55	-	-
7	Browary i słodownie	2	1	-	-
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	8	4	-	-
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	3	6	-	-
10	Zakłady garnażeryjne	14	19	-	-
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	33	31	-	-
12	Wytwórnice makaronów	8	7	-	-
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	37	35	-	4
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	16	16	-	-
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	1	2	-	-
16	Wytwórnice chrupiek, chipsów i prażynek	1	1	-	-
17	Wytwórnice suplementów diety	1	3	-	-
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-	-
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	2	1	-	-
20	Cukrownie	2	2	-	-
21	Inne wytwórnice żywności	78	75	-	-
<b>Obiekty obrotu żywnością</b>					
22	Sklepy spożywcze w tym, supermarkety, hipermarkety	5198	5343	75	113
23	Kioski	326	374	4	1
	w tym, kioski na targowiskach sprzedające mięso kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	41	42	-	-
24	Magazyny hurtowe	377	388	3	4
	w tym, hurtownie suplementów diety	6	8	-	-
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	81	100	-	-
26	Środki transportu	270	260	-	-
27	Inne obiekty obrotu żywnością	351	309	-	1
<b>Obiekty żywienia zbiorowego</b>					
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte w tym, zakłady małej gastronomii	2447	2567	13	18
	Wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	1658	1719	8	13
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1284	1360	3	6
	a) stołówki pracownicze	30	24	-	-
	b) bufety przy zakładach pracy	55	53	-	-
	c) stołówki w domach wczasowych	40	38	-	-
	d) bloki żywienia w szpitalach	29	32	-	-
	w tym, żywienie w systemie cateringowym	13	14	-	-
	e) kuchnie niemowlęce	8	11	-	-
	f) bloki żywienia w sanatoriach i prewentiariach w tym, żywienie w systemie cateringowym	29	29	-	-
	g) bloki żywienia w domach opieki społecznej w tym, żywienie w systemie cateringowym	47	49	-	-
	h) stołówki w żłobkach, domach małego dziecka	16	17	-	-
	i) stołówki szkolne w tym, żywienie w systemie cateringowym	412	417	-	1
	j) stołówki w busach i internatach	16	24	-	1
	k) stołówki na koloniach, półkoloniach, obozach i zimowiskach	150	123	1	-
	l) stołówki w przedszkolach w tym, żywienie w systemie cateringowym	319	344	1	1
	f) stołówki w domach dziecka i młodzieży	56	84	-	-
	m) stołówki studenckie	8	9	-	-
	n) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	7	7	-	-
	o) zakłady usług cateringowych	20	28	-	-
	p) inne zakłady żywienia	16	21	-	2
	30	Razem (wiersze 1-29)	82	134	1
30	Razem (wiersze 1-29)	11191	11534	102	152
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	39	41	1	-
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w tym, hurtownie	74	63	-	-
	sklepy	29	18	-	-
33	Razem (wiersze 31-32)	45	45	-	-
<b>Obiekty produkcji i obrotu kosmetykami</b>					
35	Zakłady produkujące i konfekcjonujące kosmetyki	8	8	-	-
37	Zakłady produkcji kosmetyków (bez konfekcjonowania)	-	-	-	-
38	Zakłady konfekcjonujące kosmetyki (bez produkcji)	1	1	-	-
39	Obiekty obrotu kosmetykami	163	185	-	-
40	Obiekty obrotu kosmetykami w tym: hurtownie	13	13	-	-
41	Obiekty obrotu kosmetykami w tym: sklepy	147	172	-	-
42	Razem (wiersze 35-39)	172	194	-	-
43	Ogółem (wiersze 34+42)	11476	11832	103	152

Rodzaj obiektu	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Wytwórnice wyrobów cukierniczych			2,5	-	-	-	11,4
Sklepy spożywcze w tym: supermarkety, hipermarkety	2,6 -	2,0 -	1,4 -	1,7 0,03	1,0 -	1,4 -	2,1 0,8
Ciastkarnie	1,3	2,6	2,7	2,1	0,7	0,7	1,5
Piekarnie	0,9	3,8	0,9	2,0	1,0	0,7	1,1
Magazyny hurtowe w tym: hurtownie suplementów diety	1,6 -	1,4 -	0,9 -	0,5 -	0,5 -	0,8 -	1,0 -
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte w tym: zakłady małej gastronomii	3,5 1,7	2,4 1,1	1,5 0,6	0,9 0,6	0,3 0,2	0,5 0,5	0,7 0,8
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte:	0,9	1,0	0,5	0,4	0,4	0,2	0,4
a) stołówki pracownicze	-	-	-	-	-	-	-
b) bufety przy zakładach pracy	1,9	-	-	-	-	-	-
c) stołówki w domach wczasowych	-	-	2,2	-	-	-	-
d) bloki żywienia w szpitalach w tym, żywienie w systemie cateringowym	2,6 -	5,4 -	2,8 -	2,9 -	2,8 6,2	-	-
e) kuchnie niemowlęce	-	-	-	-	-	-	-
f) bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach w tym, żywienie w systemie cateringowym	-	-	-	-	-	-	-
g) bloki żywienia w domach opieki społecznej w tym, żywienie w systemie cateringowym	-	-	-	-	1,5	-	-
h) stołówki w żłobkach i domach małego dziecka	-	-	-	-	-	-	-
i) stołówki szkolne w tym, żywienie w systemie cateringowym	1,1 -	0,6 -	0,8 -	0,2 -	-	-	0,2 -
j) stołówki w bursach i internatach	-	0,6	-	2,0	-	-	4,2
k) stołówki na koloniach/półkoloniach/obozach/zimowiskach	1,4	1,7	-	-	0,6	0,7	-
l) stołówki w przedszkolach w tym, żywienie w systemie cateringowym	0,4 -	0,8 -	0,7 -	0,3 -	0,3 -	0,3 -	0,3 -
f) stołówki w domach dziecka i młodzieży	-	-	-	-	-	-	-
m) stołówki studenckie	-	-	-	-	-	-	-
n) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	-	-	-	-	-	-	-
o) zakłady usług cateringowych	-	-	-	-	-	-	10
p) inne zakłady żywienia	3,1	1,3	-	2,3	-	1,2	0,8
Inne obiekty obrotu żywnością	7,0	2,9	2,7	3,1	2,7	-	0,3
Kioski: w tym: kioski na targowiskach sprzedające mięso	2,3 -	1,8 0,6	0,2 1,8	1,0 -	2,4 -	1,2 -	0,3 -
Kioski na targowiskach sprzedające inne artykuły spożywcze	-	0,6	-	-	-	1,0	-
Automaty do lodów	-	-	0,8	-	-	0,6	-
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	4,9	-	-	-	3,3	-	-
Inne wytwórnice żywności	-	-	-	1,4	-	-	-

Tabela 2.  
Odsetek obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku o złym stanie sanitarnym w latach 2005-2011.

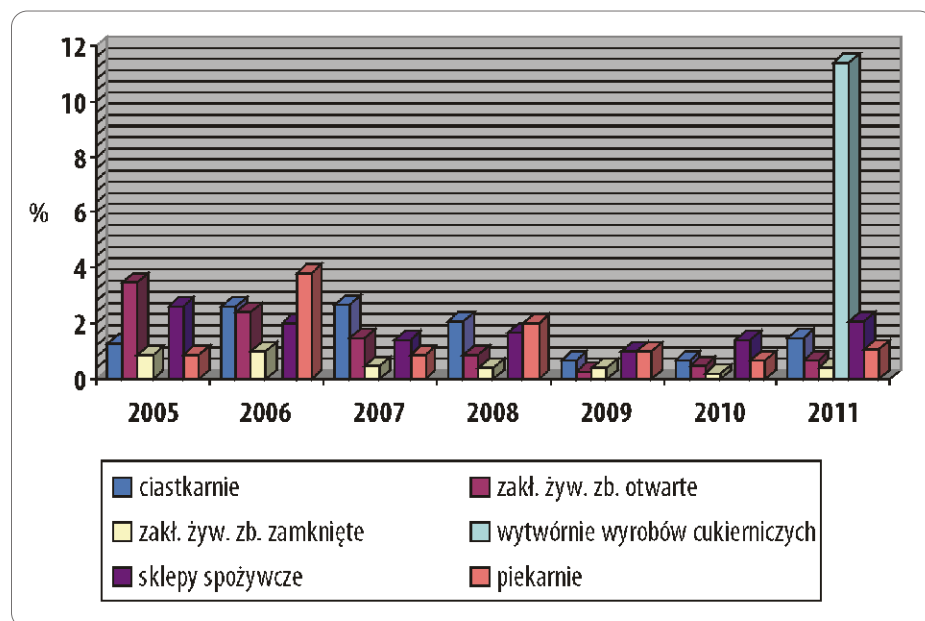
## Wniosek:

W latach 2005-2011 największą dynamikę poprawy stanu sanitarno-higienicznego wykazały zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego. Poprawie uległy również zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego.

W 2011 roku największy odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami odnotowano w wytwórniach wyrobów cukierniczych.

Spośród 35 skontrolowanych obiektów z tej grupy 4 zakłady zostały ocenione jako niezgodne, co stanowi 11,4%.

Podobnie jak przed rokiem znaczący odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami prawa żywnościowego stanowią sklepy spożywcze oraz piekarnie.



Wykres 1.  
Odsetek wybranych grup obiektów niespełniających wymagań sanitarno-higienicznych w latach 2005-2011.



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

Analogicznie do ubiegłych lat Państwo-wa 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).



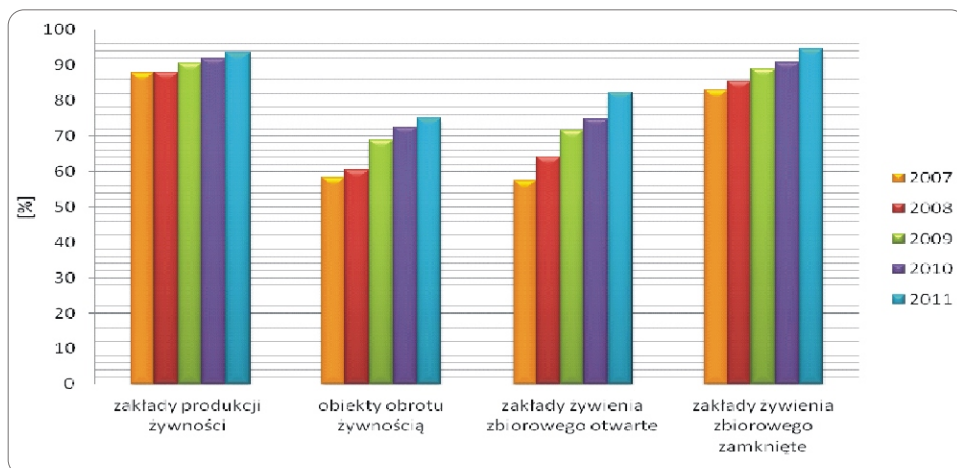
Lp.	Rodzaj obiektu wg MZ-48	Liczba obiektów wg rejestru zakładów	Liczba obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP	Liczba obiektów z wdrożonym systemem HACCP
<b>OBIEKTY PRODUKCJI ŻYWNOSCI</b>		<b>919</b>	<b>858</b>	<b>666</b>
1.	Wytwórnice lodów	18	17	14
2.	Automaty do lodów	171	159	91
3.	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	6	6	6
4.	Piekarnie	280	272	216
5.	Ciastkarnie	139	134	105
6.	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	60	58	52
7.	Browary i słodownie	2	2	1
8.	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	5	4	4
9.	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i stołowych	6	6	6
10.	Zakłady garmazeryjne	22	21	20
11.	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	38	32	28
12.	Wytwórnice makaronów	8	8	7
13.	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	37	37	32
14.	Wytwórnice koncentratów spożywczych	17	16	15
15.	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	2	1	1
16.	Wytwórnice chrupków, chipsów i prażynek	1	1	-
17.	Wytwórnice suplementów diety	3	3	2
18.	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19.	Wytwórnice substancji dodatkowych	3	3	3
20.	Cukrownie	3	3	3
21.	Inne wytwórnice żywności	98	75	60
<b>OBIEKTY OBROTU ŻYWNOSCIĄ</b>		<b>11687</b>	<b>8762</b>	<b>5974</b>
22.	Sklepy spożywcze	8498	6881	5044
22a.	w tym: super, hipermarkety	272	262	237
23.	Kioski	721	481	294
23a.	w tym: kioski na targowiskach sprzedające mięso	61	50	30
23b.	Kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	196	104	78
24.	Magazyny i hurtownie	530	454	327
24a.	w tym: hurtownie suplementów diety	13	13	4
25.	Obiekty ruchome i tymczasowe	208	132	63
26.	Środki transportu	732	438	63
27.	Inne obiekty obrotu żywnością	998	376	190
28.	<b>OBIEKTY ŻYWIENIA ZBIOROWEGO OTWARTE</b>	<b>3536</b>	<b>2913</b>	<b>1870</b>
28a.	w tym: zakłady małej gastronomii	2514	1990	1231
28b.	Wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	-	-	-
29.	<b>OBIEKTY ŻYWIENIA ZBIOROWEGO ZAMKNIĘTE</b>	<b>1661</b>	<b>1572</b>	<b>1172</b>
29a.	Stołówki pracownicze	29	29	23
29b.	Bufety przy zakładach pracy	58	54	44
29c.	Stołówki w domach wczasowych	42	37	26
29d.	Bloki żywienia w szpitalach	36	36	31
29d1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	18	14	10
29e.	Kuchnie niemowlęce	11	11	8
29f.	Bloki żywienia w sanatoriach i prewencyjnych	29	28	28
29f1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	-	-	-
29g.	Bloki żywienia w domach opieki społecznej	70	70	64
29g1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	7	7	5
29h.	Stołówki w żłobkach i domach małego dziecka	21	19	18
29i.	Stołówki szkolne	544	521	360
29i1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	215	200	91
29j.	Stołówki w bursach i internatach	33	33	29
29k.	Stołówki na koloniach/półkoloniach/obozach/zimowiskach	137	124	66
29l.	Stołówki w przedszkolach	396	381	301
29l1.	w tym: żywienie w systemie cateringowym	98	84	51
29l.	Stołówki w domach dziecka i młodzieży	14	14	14
29m.	Stołówki studenckie	7	7	5
29n.	Stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	40	40	38
29o.	Zakłady usług cateringowych	22	22	17
29p.	Inne zakłady żywienia	172	146	100
30.	<b>RAZEM</b>	<b>17803</b>	<b>14105</b>	<b>9682</b>
31.	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	59	50	6
32.	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	112	22	1
32a.	w tym: hurtownie	32	15	1
32b.	sklepy	80	7	0

Tabela 3. Realizacja zasad GHP/GMP oraz wdrożony system HACCP w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz żywienia zbiorowego w roku 2011.

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



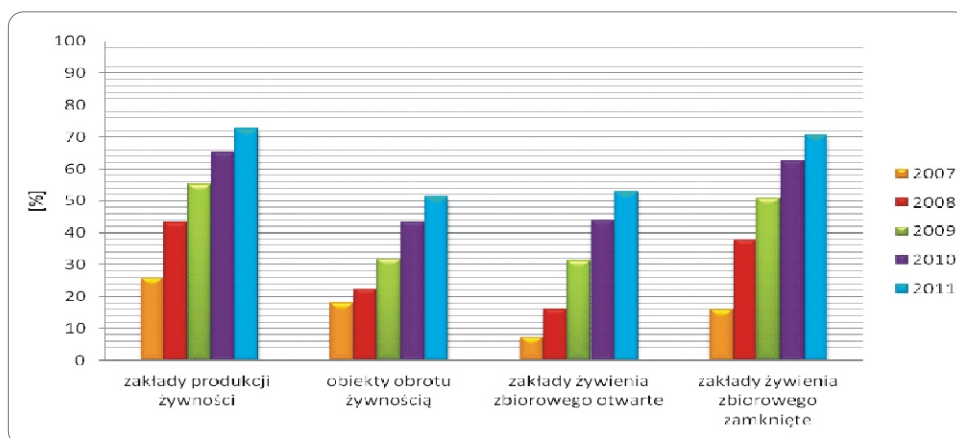
Tabela 4. Odsetek obiektów żywnościowo- żywieniowych funkcjonujących zgodnie z zasadami GHP/ GMP.



Wykres 2. Stopień wdrażania zasad GHP/ GMP w latach 2007-2011.

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

Tabela 5. Odsetek obiektów żywnościowo- żywieniowych posiadających wdrożony system HACCP.



Wykres 3. Stopień wdrożenia systemu HACCP w latach 2007-2011.

## Wniosek:

W latach 2007-2011 zauważa się progresywny wzrost stopnia wdrożenia zasad GHP/GMP oraz systemu HACCP w odniesieniu do produkcji i dystrybucji żywności. W 2011 roku biorąc pod uwagę wszystkie rodzaje obiektów związanych z żywnością odsetek wdrażania zasad GHP/ GMP wzrósł średnio o 4 punkty procentowe w stosunku do roku ubiegłego natomiast w przypadku systemu HACCP zanotowano wzrost aż o 8 punktów procentowych.

Na taki rezultat wpływa skuteczna działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego, która nieustannie egzekwuje od producentów i przedsiębiorców wprowadzanie, wdrażanie i ulepszanie zasad dobrej praktyki produkcyjnej i dobrej praktyki higienicznej oraz systemu HACCP.

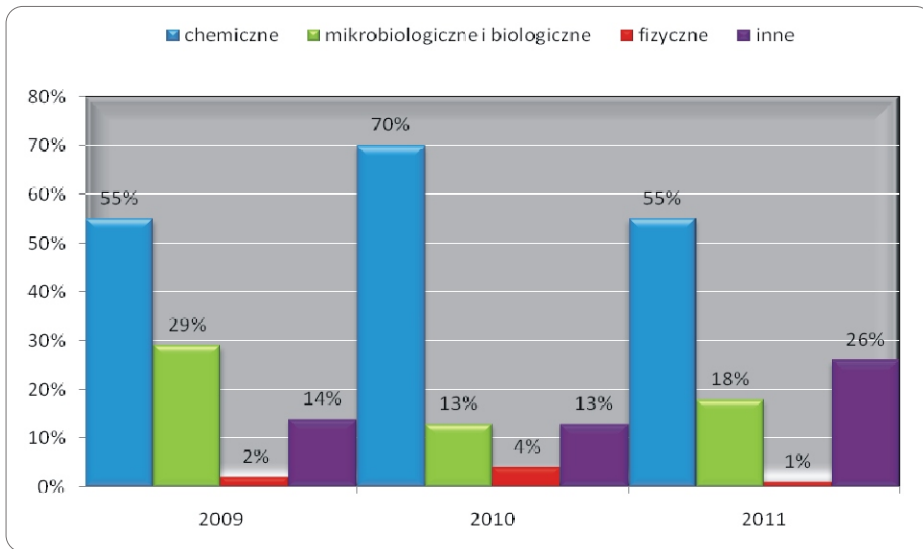
Zapewnienie bezpieczeństwa i wysokiej jakości zdrowotnej żywności podczas jej produkcji i przetwarzania powinno być zadaniem priorytetowym każdego producenta lub dystrybutora żywności. W związku z powyższym istnieje konieczność intensyfikacji działań ukierunkowanych na wdrożenie oraz doskonalenie wprowadzonych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

## RASFF - System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach

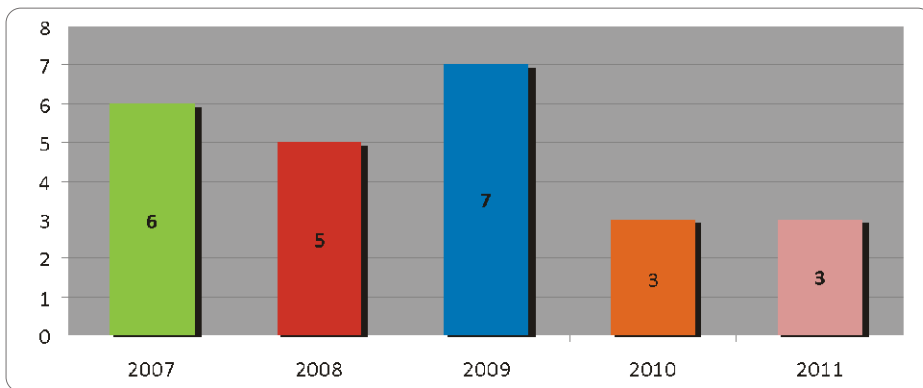
W roku 2011 w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Bydgoszczy odnotowano 96 przypadków niebezpiecznych produktów żywnościowych. Najczęstszą przyczynę kwestionowania artykułów spożywczych oraz produktów

przeznaczonych do kontaktu z żywnością stanowiły zanieczyszczenia chemiczne. Spośród 96 produktów niebezpiecznych 52 zostały zgłoszone w systemie RASFF jako powiadomienia informacyjne, a pozostałe 44 – jako powiadomienia alarmowe. W wyniku procesu zarządzania ryzykiem 2

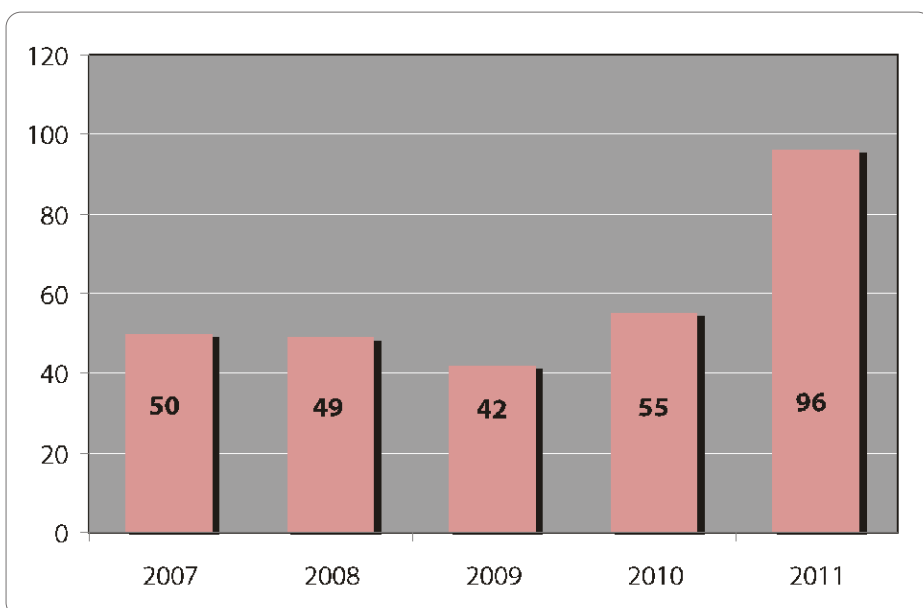
wykryte przypadki produktów niebezpiecznych zostały zgłoszone przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego w trybie powiadomienia alarmowego, a 1 w trybie powiadomienia informacyjnego do systemu .



Wykres 4. Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych



Wykres 5. Liczba zgłoszonych powiadomień do systemu RASFF przez WSSE w Bydgoszczy w latach 2007 – 2011.



Wykres 6. Liczba przypadków produktów niebezpiecznych w stosunku, do których podejmowano działania na terenie woj. kujawsko-pomorskiego.

## Wniosek

Niemożliwe jest jednoznaczne określenie liczby i rodzaju produktów, które będą zgłaszane do systemu RASFF w danym roku kalendarzowym oraz kategorii zanieczyszczeń tych produktów. 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.

Zestawienie kategorii zanieczyszczeń produktów, będących przedmiotem powiadomień alarmowych i informacyjnych dot. woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2009 – 2011 wskazuje, że główną przyczyną kwestionowania produktów zgłoszonych do systemu RASFF są zanieczyszczenia chemiczne. Powyższe jest związane z kierunkiem działania przedsiębiorstw sektora spożywczego, które reagując na niekorzystne zmiany polityczno-ekonomiczne nastawiają się wyłącznie na zysk tak, aby zapewnić sobie możliwość funkcjonowania na rynku.

Zmniejszanie kosztów produkcji żywności oraz wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością opiera się głównie na pozyskiwaniu tańszych, często gorszej jakości surowców.

Z uwagi na fakt, że jakość surowca w dużej mierze decyduje o jakości wyrobu gotowego, aby podnieść jego walory organoleptyczne i przedłużyć trwałość, a tym samym zapewnić jego zbyty, przedsiębiorcy decydują się na dodatek coraz większej ilości substancji dodatkowych.

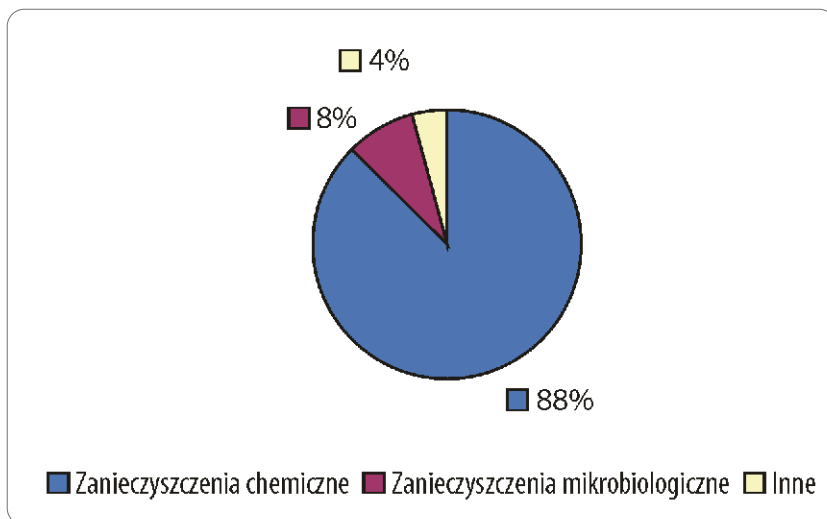
W wyniku takiego działania może dojść do zwiększenia migracji substancji szkodliwych do żywności. Celowe lub przypadkowe użycie do produkcji ww. substancji w zbyt dużych ilościach lub w niewłaściwy sposób jest główną przyczyną powstania zanieczyszczeń chemicznych żywności.

## RAPEX - Unijny System Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych

W 2011 roku zarejestrowano 25 przypadków kwestionowanych kosmetyków.

Największa liczba niebezpiecznych produktów pochodziła ze Stanów Zjednoczonych (16 %), Niemiec (12 %), Federacji Rosyjskiej, Turcji, Holandii, Hiszpanii i Zjednoczonych Emiratów Arabskich (8 %).

Podobnie jak w latach ubiegłych analiza zarejestrowanych zgłoszeń wykazała, że większość (88 %) dotyczyła produktów zawierających w swym składzie niedozwolone substancje chemiczne.

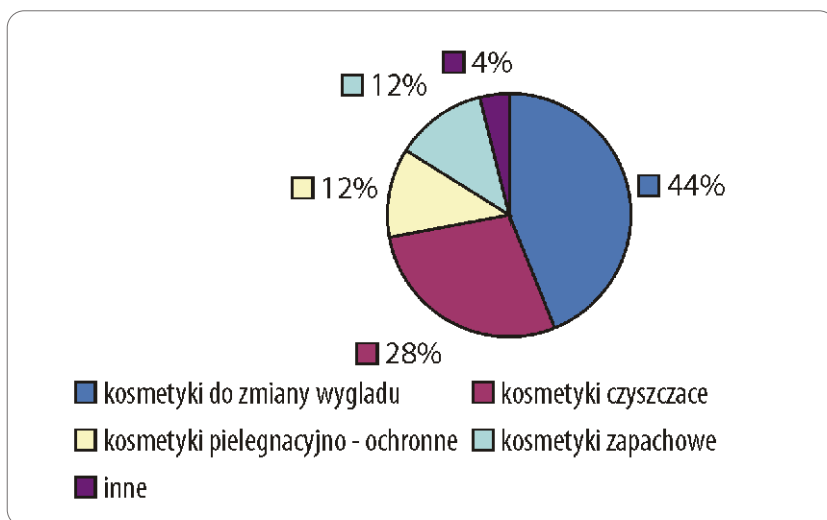


Wykres 7. Kategorie zanieczyszczeń w notyfikacjach systemu RAPEX dot. woj. kujawsko - pomorskiego w roku 2011 przedstawione w %.

Ze względu na funkcje kosmetyku największy udział w zarejestrowanych produktach niebezpiecznych w 2011 r. stanowiły notyfikacje dotyczące produktów do zmiany wyglądu - czyli kosmetyki kolorowe (44 %), co może być spowodowane dużym zapo-

trzebowaniem i zainteresowaniem wśród konsumentów, jak i największą produkcją tych wyrobów na rynku światowym. W 28 % przypadków niezgodności wystąpiły w kosmetykach pełniących funkcję czyszcząca, 12 % sygnałów o niewłaściwej jakości

kosmetyków dotyczyło produktów pielęgnacyjno - ochronnych, a 12% notyfikacji dotyczyło produktów zapachowych.



Wykres 8. Podział kosmetyków ze względu na ich funkcję w notyfikacjach systemu RAPEX dot. woj. kujawsko - pomorskiego w roku 2011 przedstawione w %.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzono 944 kontrole, które nie wykazały obecności kwestionowanych kosmetyków w kontrolowanych obiektach.

### Wniosek:

W latach 2005 – 2010 nastąpił wzrost powiadomień dotyczących kosmetyków umieszczanych w systemie, co spowodowane jest głównie lepszym systemem kontroli oraz rozwojem przemysłu kosmetycznego. Znaczący spadek liczby notyfikacji w roku 2011 r. potwierdza, że celem wszystkich producentów jest większe zaangażowanie w zagwarantowanie bezpieczeństwa wyrobów w zwykłych i możliwych do przewidzenia warunkach stosowania. Nie mniej jednak duża liczba kwestionowanych produktów wymusza potrzebę zachowania higieny w zakładach produkcji kosmetyków oraz zagwarantowania odpowiedniego zabezpieczenia wyrobu przed wzrostem drobnoustrojów w celu zapewnienia bezpieczeństwa produktu.

# CHOROBY ZAWODOWE

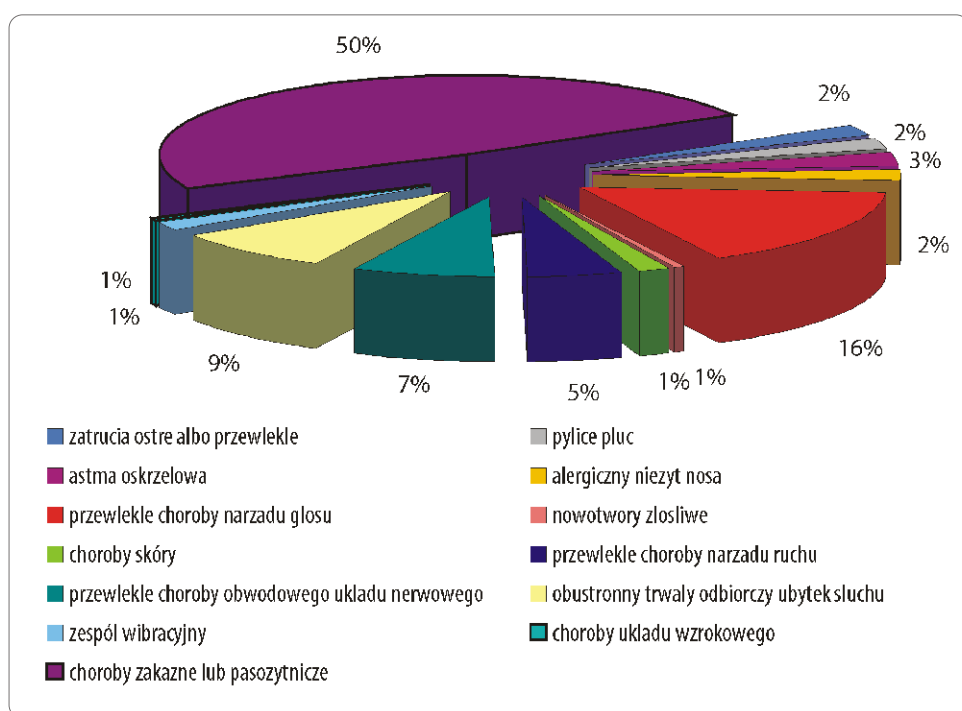
W 2011 r. do Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęło łącznie 180 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych (w 2010 r. – 303). W wyniku przeprowadzonych 245 postępowań wyjaśniających organ I instancji wydał 127 decyzji stwierdzających choroby zawodowe, 101 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej, 13 postanowień oraz 36 decyzji w przedmiocie chorób zawodowych.

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

W 2011 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego stwierdzono 136 chorób zawodowych. W porównaniu z rokiem 2010 odnotowano spadek liczby zachorowań o 24 przypadki (15%). Zdecydowanie największą grupę chorób zawodowych stanowiły choroby zakaźne lub pasożytnicze – 66 przypadków (48,5 % ogółu stwierdzonych chorób zawodowych w 2011 r.). W porównaniu do roku ubiegłego stwierdzono spadek o 16 przypadków. Na drugim miejscu znalazły się choroby narządu głosu, które zostały rozpoznane w 22 przypadkach (16,1 %). Trzecie miejsce stanowił obustronny odbiorczy trwały ubytek słuchu rozpoznany u 12 pacjentów (8,8 %).

Nr wykazu	Nazwa choroby zawodowej	Liczba stwierdzonych przypadków w latach					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	1	1	0	2	0	3
3	pylice płuc	6	0	2	0	3	3
4	choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	0	0	1	1	0	0
5	przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	0	1	0	0	1	0
6	astma oskrzelowa	3	7	4	3	0	4
7	zewnętrzno pochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	0	2	3	1	0	0
11	choroby płuc wywołane pyłem metali twardych	0	0	1	0	0	0
12	alergiczny nieżyt nosa	2	6	3	2	0	3
14	przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym	0	0	0	0	0	0
15	przewlekłe choroby narządu głosu	32	37	49	38	29	22
17	nowotwory złośliwe	0	2	2	2	1	1
18	choroby skóry	6	6	8	1	5	2
19	przewlekłe choroby układu ruchu	7	9	12	10	11	7
20	przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	2	3	4	2	9	10
21	obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu	21	17	19	10	16	12
22	zespół wibracyjny	1	1	4	0	3	2
25	choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	0	0	0	0	0	1
26	choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	28	14	26	63	82	66
Razem		109	106	138	135	160	136

\*) wg Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. Nr 105 poz. 869).  
Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2006-2011.



Struktura chorób zawodowych w 2011 r.

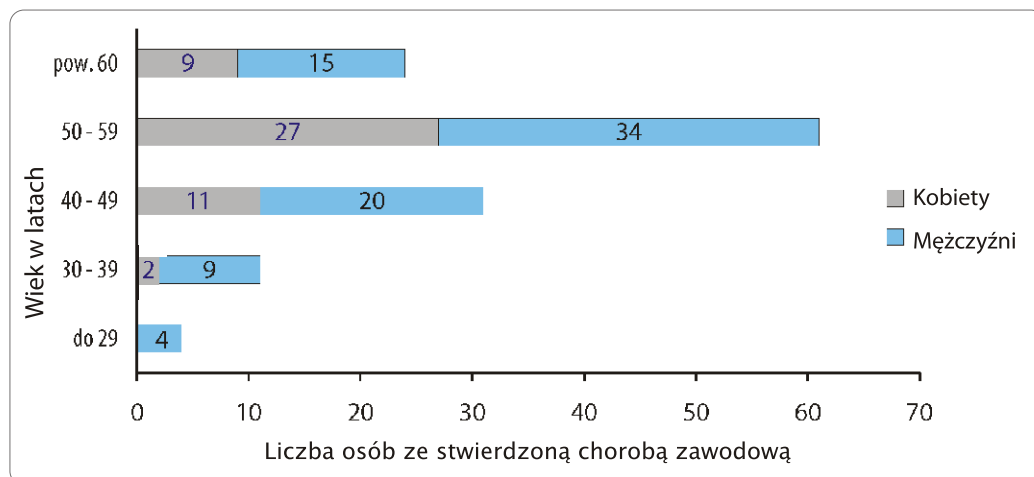
Rok	wirusowe zapalenie wątroby		borelioza	gruźlica	brucelozą	Inne choroby zakaźne lub pasożytnicze	RAZEM
	typu B	typu C					
2006	2	2	18	4	1	1(toksoplazmoza)	28
2007	3	3	5	3	0	0	14
2008	0	8	12	6	0	0	26
2009	1	2	57	2	1	0	63
2010	1	5	72	4	0	0	82
2011	1	3	57	4	0	1 (toksokarozą)	66



Liczba chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw chorób latach 2006-2011

Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych w 2011 roku znaczący udział stanowiła borelioza - 86,3 % (w 2010 r. - 87,8 %). Rozpoznana została w grupie zawodowej pracowników leśnictwa oraz pracowników gospodarstw rolnych.

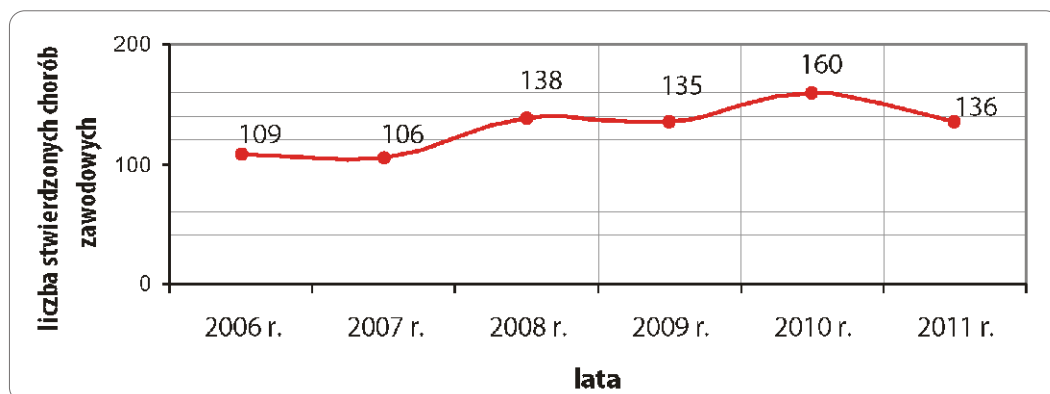
Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C o etiologii zawodowej stanowiły w 2011 r. - 6 % chorób zakaźnych lub pasożytniczych. W porównaniu z rokiem 2010 zmniejszyła się ilość zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C.



Struktura wieku osób, u których stwierdzono chorobę zawodową w 2011 r.

Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim choroby zawodowe stwierdzono u 131 osób, w tym u 82 mężczyzn i 49 u kobiet. Więcej niż jedna choroba zawodowa wystąpiła u 5 osób: u 2 kobiet (2 jednostki chorobowe) i u 3 mężczyzn (2 jednostki chorobowe).

Zdecydowanie częściej choroby były stwierdzane w grupie wiekowej pomiędzy 50-59 rokiem życia, gdzie odnotowano 65 przypadków stwierdzonych chorób zawodowych.



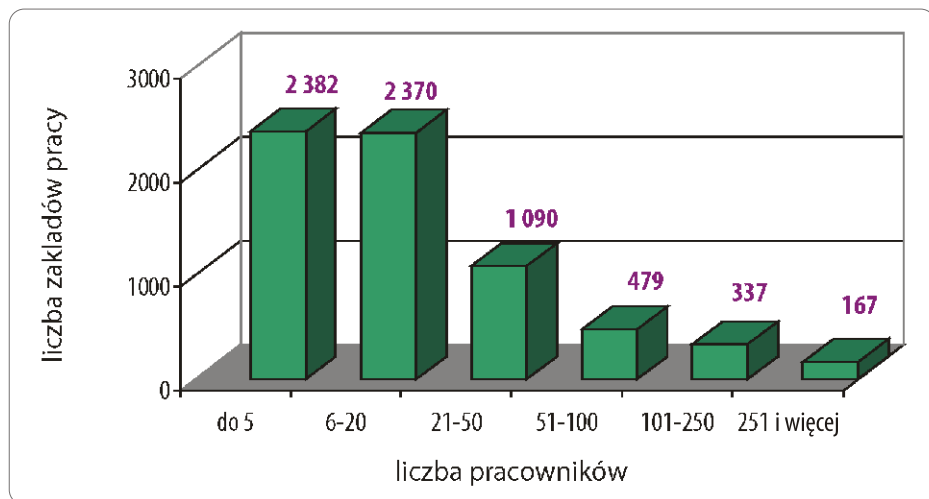
Liczba chorób zawodowych w latach 2006 - 2011

## Środowisko pracy

Właściwi państwowi inspektorzy sanitarni w województwie kujawsko-pomorskim w 2011 r. ewidencją objęli 6825 zakładów pracy, zatrudniających łącznie 245 355 pracowników.

Zdecydowaną większość stanowiły zakłady małe (34,9%), zatrudniające do 5 pracowników.

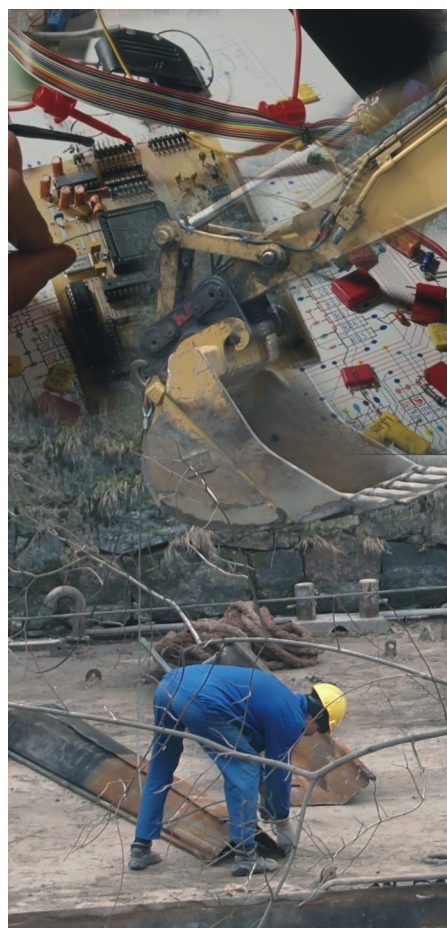
W porównaniu z rokiem 2010 r. liczba zakładów objętych ewidencją wzrosła o 192 objekty.



Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2011 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba zakładów w ewidencji	Liczba osób zatrudnionych
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	136	4013
PSSE w Brodnicy	362	10026
PSSE w Bydgoszczy	1001	57674
PSSE w Chełmnie	265	5444
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	146	3005
PSSE w Grudziądzu	193	14831
PSSE w Inowrocławiu	612	17690
PSSE w Lipnie	166	2963
PSSE w Mogilnie	169	2944
PSSE w Nakle	378	10085
PSSE w Radziejowie	205	2708
PSSE w Rypinie	184	3769
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	241	4407
PSSE w Świeciu	744	15430
PSSE w Toruniu	911	48692
PSSE w Tucholi	159	4543
PSSE w Wąbrzeźnie	268	4927
PSSE we Włocławku	439	24741
PSSE w Żnieniu	213	4829
WSSE (I instancja)	33	2634
<b>RAZEM:</b>	<b>6825</b>	<b>245355</b>

Liczba zakładów objętych ewidencją oraz liczba osób zatrudnionych w 2011 r. w województwie kujawsko-pomorskim wg SSE.



Najwięcej obiektów zostało objętych ewidencją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (1001 zakładów), kolejno Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu (911) oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świeciu (744).

Działania kontrolne właściwych państwowych inspektorów sanitarnych ukierunkowane były w 2011 r. przede wszystkim na podmioty, w których:

- występowały czynniki szkodliwe,
- stwierdzano choroby zawodowe,
- pracownicy narażeni byli na substancje, preparaty, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- stosowano substancje chemiczne i ich mieszaniny.

Ponadto istotny odsetek skontrolowanych podmiotów stanowiły podmioty zajmujące się obrotem chemikaliami. Podstawowym elementem kontroli było sprawdzenie warunków bezpieczeństwa i stanu higieniczno-sanitarnego stanowisk pracy. Ponadto ocenie poddano pomiary higieniczno-sanitarne, dokumentację pracowników, sprawozdania z badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

W 2011 r. skontrolowane zostały łącznie 2822 zakłady pracy (41% objętych ewidencją), zatrudniające 141 997 pracowników, z czego w zakresie:

- stosowania substancji chemicznych i mieszanin - 1101 zakładów,
- szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy - 737 zakładów,
- obrotu substancjami chemicznymi i mieszaninami skontrolowano - 304 zakłady,
- substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy - 318 zakładów,
- wprowadzania do obrotu produktów biobójczych - 286 zakładów,
- obrotu prekursorami kategorii 2 i 3 - 33 zakłady,
- nadzoru nad detergentami - 14 zakłady.

Podczas przeprowadzania rutynowych działań kontrolnych zwracano przede wszystkim uwagę na:

- przestrzeganie przepisów sanitarnych i profilaktykę chorób zawodowych w zakładach pracy,
  - ekspozycję pracowników na szkodliwe dla zdrowia czynniki,
  - stosowanie i dystrybucję substancji chemicznych i ich mieszanin,
  - warunki pracy pracowników ekspozowanych na czynniki rakotwórcze.
- W województwie kujawsko-pomorskim pracownicy pionu nadzoru higieny pracy przeprowadzili w 2011 r. łącznie 4007 kontroli, które wykazały w części zakładów pracy następujące nieprawidłowości:
- brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych - w 527 zakładach,
  - przekroczenia NDS i NDN - w 427 zakładach,
  - brak lub nieprawidłową ocenę ryzyka zawodowego - w 275 zakładach,
  - uchybienia w zakresie substancji chemicznych i ich mieszanin - w 201 zakładach,

- zły stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń - w 266 zakładach,
- brak rejestru czynników szkodliwych - w 132 zakładach,
- uchybienia w zakresie szkodliwych dla zdrowia czynników biologicznych - w 85 zakładach,
- nieaktualne badania lekarskie pracowników - w 50 zakładach,
- uchybienia w zakresie czynników rakotwórczych lub mutagennych - w 52 zakładach,
- uchybienia w zakresie produktów biobójczych - w 27 zakładach,
- uchybienia w zakresie prekursorów kategorii 2 i 3 - w 2 zakładach.



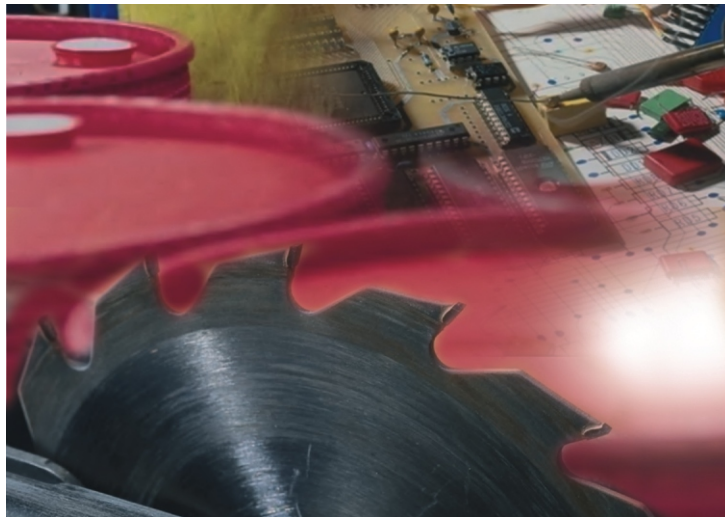
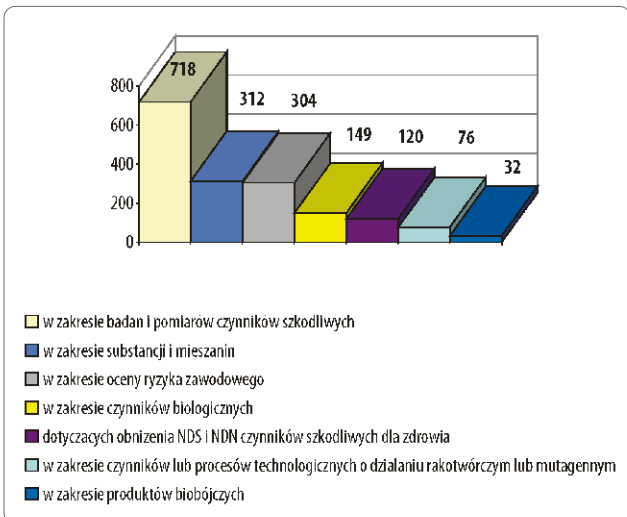
W wyniku prowadzonych postępowań administracyjnych w 2011 r. w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydanych zostało 1077 (w 2010 r. - 910) decyzji administracyjnych, zawierających 2911 - nakazów m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych - 718 nakazów,
- substancji i preparatów chemicznych - 312 nakazów,
- oceny ryzyka zawodowego - 304 nakazy;
- czynników biologicznych w środowisku pracy - 149 nakazów,
- przekroczonych limitów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia - 120 nakazów,
- substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy - 76 nakazów,
- produktów biobójczych - 32 nakazy;
- detergentów - 2 nakazy,
- prekursorów kategorii 2 i 3 - 2 nakazy.

Zdecydowanie najwięcej wydawanych w decyzjach nakazów podobnie, jak w ubiegłym roku 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 chemicznych i ich mieszanin. Dotyczyły one m.in. zapewnienia wymaganego spisu stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, zapewnienia aktualnych kart charakterystyk, oznakowania oraz zagwarantowania odpowiedniego miejsca do składowania substancji chemicznych i ich mieszanin. Istotny odsetek stanowiły zalecenia dotyczące sporządzenia lub uaktualnienia oceny ryzyka zawodowego, z uwzględnieniem faktycznego stopnia i czynnika narażenia występującego w środowisku pracy. Ponadto wydawane nakazy obowiązywały do założenia, bądź uzupełnienia rejestrów badań pomiarów czynników

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





Najczęściej wydawane nakazy w województwie kujawsko-pomorskim w 2011 r.

W województwie kujawsko-pomorskim w 427 nadzorowanych zakładach pracy stwierdzono przekroczenia krotności NDS/NDN. Ogólna liczba pracowników zatrudnionych w warunkach przekroczeń dopuszczalnych normatywnych higienicznych w 2011 r. wyniosła 10787 osób. Państwowi inspektorzy sanitarni wydali łącznie 92 decyzje dotyczące obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych.

W 427 zakładach pracy, w których stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia osoby kontrolujące przeprowadziły rozmowy z pracodawcami oraz pracownikami służb BHP w celu omówienia poprawy warunków pracy na tych stanowiskach.

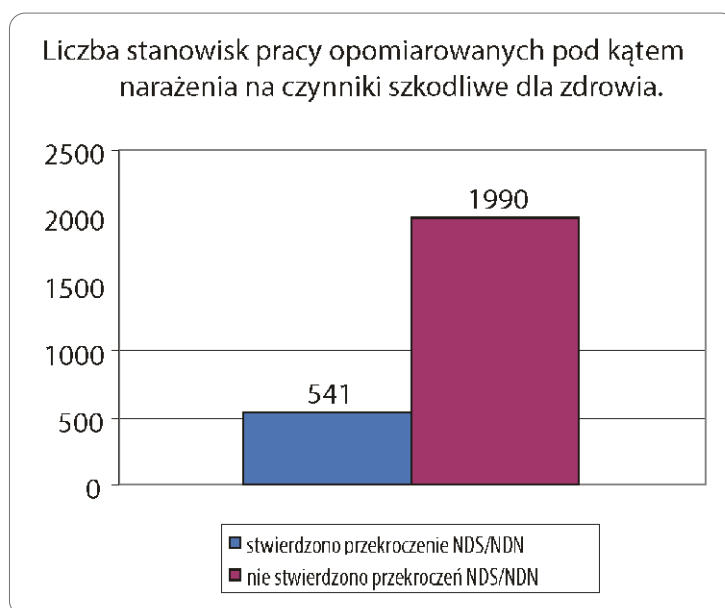
Pracodawcy podejmowali różne działania zmierzające do zmniejszenia lub wyeliminowania czynnika szkodliwego. Udostępniano pracownikom odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej, stosowano rotację pracowników na stanowiskach pracy, wprowadzano urządzenia, układy izolujące i tłumiące hałas, wymieniano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

Ogółem w wyniku podjętych działań uzyskano poprawę warunków pracy dla 1173 pracowników. W 2011 r. wykonano 9495 oznaczeń laboratoryjnych na 3891 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia, wydatku energetycznego oraz doboru ochronników słuchu oraz 291 oznaczeń w 28 punktach pomiarowych w celu oceny zagrożeń czynnikami chemicznymi w powietrzu pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi.

## Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia

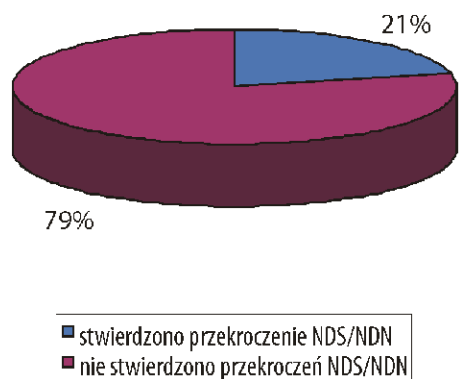
W wyniku przeprowadzonej w 2011 r. oceny zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono wystąpienie przekroczeń obowiązujących normatywnych higienicznych na 541 z 2531 stanowisk pracy.

Problem niewłaściwych warunków pracy z uwagi na występowanie czynników szkodliwych dla zdrowia dotyczy ok. 1/5 poddanych ocenie stanowisk pracy (21%) - wykres 1 i 2.



Wykres 1.

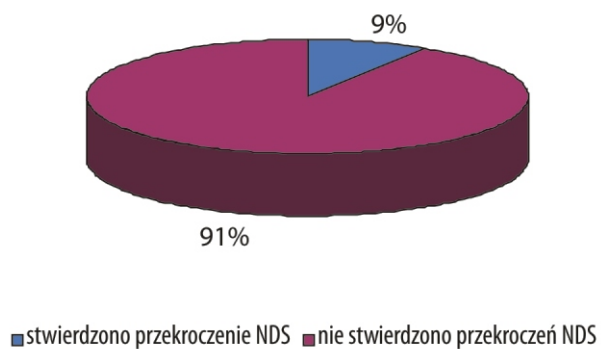
Procent stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia.



Wykres 2.



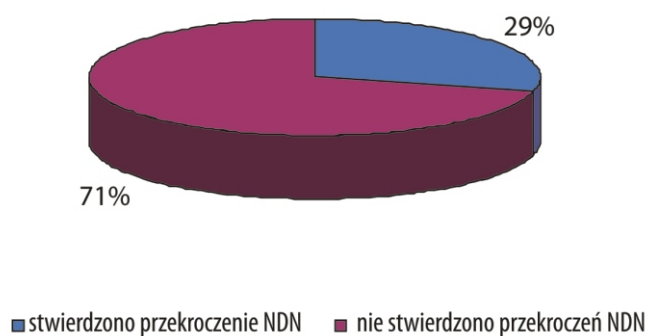
Procent stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.



Wykres 3.

Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, że przekroczenia normatyw higienicznych dotyczą części czynniki fizycznych, w tym głównie hałasu i drgań, zaś w mniejszym stopniu czynników chemicznych- Wykres 3 i 4.

Procent stanowisk pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia



Wykres 4.



W 2011 r. wykonano pomiary mikroorganizmów zawieszonych w powietrzu w zakładach: hodowli drobiu, archiwach, wodociągów i kanalizacji.

Na połowie opomiarowanych stanowisk pracy pod kątem zagrożeń szkodliwymi dla zdrowia czynnikami biologicznymi zidentyfikowano bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego. Nie zidentyfikowano bakterii należących do klas wyższych.

Rodzaje zidentyfikowanych w powietrzu na stanowiskach pracy bakterii przedstawia tabela 1.

Bakterie zidentyfikowane	Skontrolowane zakłady pracy		
	archiwum	zakłady wodociągów i kanalizacji	zakłady hodowli drobiu
1	2	3	5
<i>Arthrobacter spp.</i>	+		
<i>Bacillus subtilis</i>		+	
<i>Bacillus spp.</i>	+	+	
<i>Brevibacterium spp.</i>	+	+	
<i>Corynebacterium spp.</i>		+	
<i>Corynebacterium propinquum</i>			+
<i>Enterococcus faecalis</i>			+
<i>Providencia alcalifaciens</i>		+	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	+		

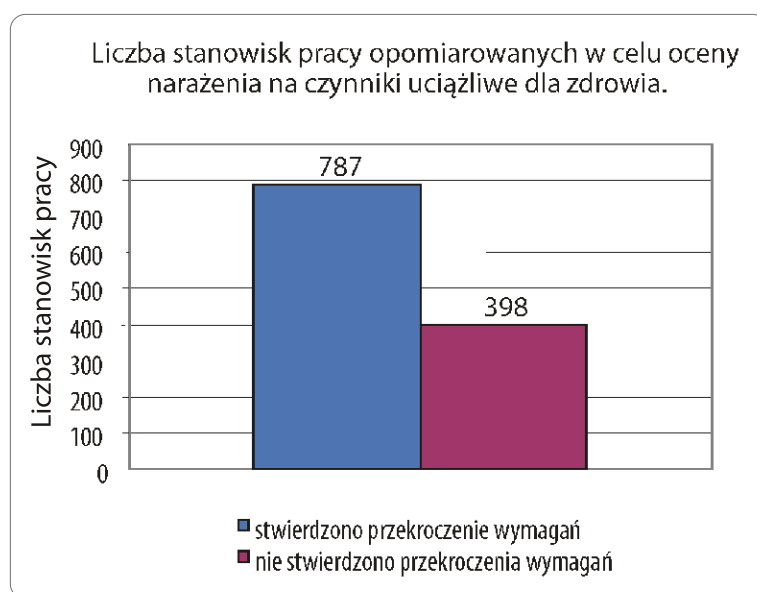
Tabela 1.

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

## Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia

W 2011 r. niespełnienie wymagań w zakresie czynników uciążliwych dla zdrowia stwierdzono na 787 tj. 66% z 1185 stanowisk pracy poddanych ocenie w tym zakresie i dotyczyło dwóch czynników tj. oświetlenia oraz mikroklimatu umiarkowanego.

Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzeznaczanym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych. (Wykres 5-6).



Wykres 5.

## Wnioski:

1. W 2011 roku w porównaniu z rokiem 2010 nastąpił spadek stwierdzonych chorób zawodowych – o 24 przypadki,
2. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych – 66 przypadki, z czego 57 przypadków – (86 %) stanowiła borelioza.
3. W 2011 roku nastąpił wzrost liczby zakładów pracy objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zarejestrowano 6825 zakładów pracy – porównując z rokiem 2010 liczba ta zwiększyła się o 192 obiekty.
4. Większość przedsiębiorstw będących w ewidencji stanowiły zakłady zatrudniające do 5 pracowników – 2382 zakłady (w 2010 r. – 2174 zakłady).
5. W 2011 roku kontrolą objęto 2822 zakłady pracy – w wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 1077 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych.
6. Największy odsetek uchybień stwierdzonych w kontrolowanych zakładach stanowił brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych – 18,7 %.
7. W porównaniu z 2010 r. zmniejszeniu uległa liczba zakładów, w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – o 14 zakładów.



Wykres 6.

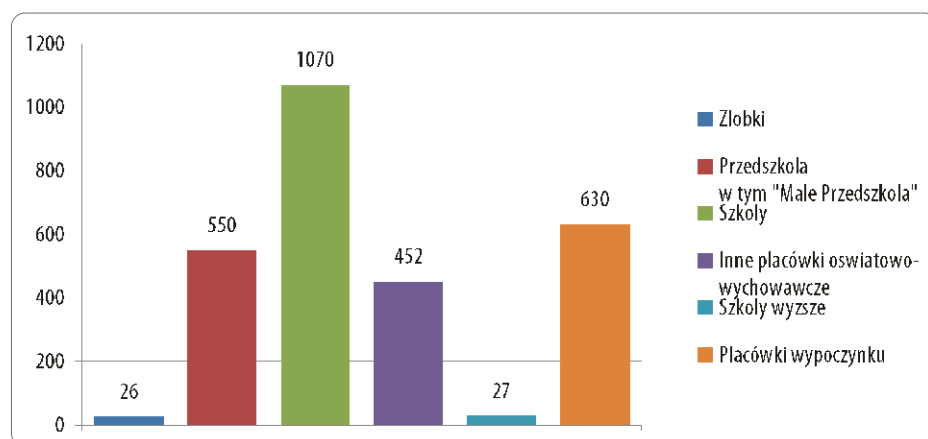
# WARUNKI SANITARNO – HIGIENICZNE W PLACÓWKACH NAUCZANIA, WYCHOWANIA I WYPOCZYNKU

W 2011 roku pracownicy pionu higieny dzieci i młodzieży objęli nadzorem łącznie 2756 placówek nauczania, opiekuńczo - wychowawczych, wypoczynku dzieci i młodzieży i szkół wyższych w tym:

2125 placówek nauczania i wychowania, 27 wyższych uczelni oraz 630 placówek sezonowych.

Oceniając stan sanitarno-higieniczny i warunki pobytu w placówkach przeprowadzono

3307 kontroli sanitarnych, wydano 485 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.



Ewidencja placówek w 2011r.

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba placówek w tym:		Liczba placówek wypoczynku
	Ogółem	liczba szkół wyższych	
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	53	0	9
PSSE w Brodnicy	66	1	57
PSSE w Bydgoszczy	315	14	129
PSSE w Chełmnie	63	0	9
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	49	0	1
PSSE w Grudziądzu	104	0	11
PSSE w Inowrocławiu	153	0	44
PSSE w Lipnie	71	0	10
PSSE w Mogilnie	45	0	30
PSSE w Nakle	123	0	19
PSSE w Radziejowie	30	0	4
PSSE w Rypinie	42	0	21
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	40	0	16
PSSE w Świeciu	91	1	51
PSSE w Toruniu	316	6	49
PSSE w Tucholi	75	1	55
PSSE w Wąbrzeźnie	34	0	5
PSSE we Włocławku	209	4	37
PSSE w Żninie	69	0	73
WSSE w Bydgoszczy (I instancja)	177	0	0
<b>RAZEM:</b>	<b>2125</b>	<b>27</b>	<b>630</b>

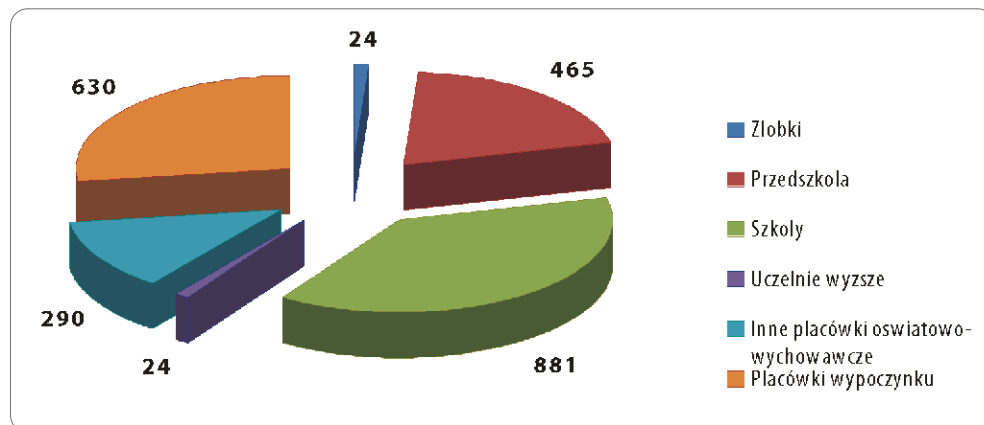
Tabela 1. Liczba placówek oświatowo – wychowawczych, szkół wyższych, placówek wypoczynku objętych ewidencją w 2011r. w województwie kujawsko-pomorskim.



W ramach sprawowanego bieżącego nadzoru sanitarnego skontrolowano 2314 placówek w tym: 1684 placówki nauczania i wychowania tj. 881 szkół, 779 innych

placówek oświatowo – wychowawczych i 24 wyższe uczelnie oraz 630 placówek wypoczynku zimowego/letniego dzieci i młodzieży.

W skontrolowanych placówkach uczyło się i przebywało 358872 uczniów /wychowanków i studentów.



Liczba placówek skontrolowanych w 2011 r.

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

Łącznie wykonano 18133 badania, w tym: 3677 badań tygodniowego rozkładu lekcji, 13624 badania dostosowania mebli do

wzrostu uczniów/przedszkolaków, 461 badań natężenia oświetlenia sztucznego, 371 badań temperatury.



## Stan techniczny i sanitarny budynków

W dobrym stanie sanitarnym funkcjonowało 1678 placówek, a tylko w 5 placówkach stwierdzono zaniedbania czystości i porządku. Dobry stan techniczny odnotowano w 1627 placówkach, natomiast 56 placówek nie spełniało wymagań w tym zakresie.

Wszystkie placówki były podłączone do wodociągów. 2 placówki posiadały ubikacje zewnętrzne. W 3 placówkach zajęcia odbywały się w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania (przedszkole, zespół szkół, placówka opiekuńczo wychowawcza).

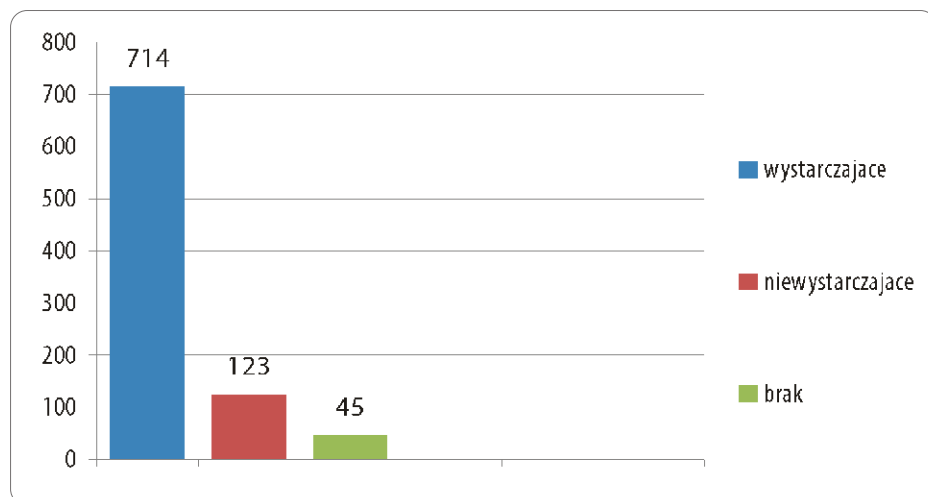
W 16 placówkach odnotowano ponadnormatywną liczbę uczniów przypadającą na urządzenia sanitarne. Problem ten dotyczył: 7 przedszkoli, 4 szkół podstawowych, 2 gimnazjów, 3 zespołów szkół.

## Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W ramach oceny infrastruktury do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stwierdzono, że 714 placówek miało wystarczające warunki do realizacji w-f, 45 placówek nie posiadało warunków do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego a 123 placówki miały niewystarczające warunki do prowadzenia zajęć w-f.

Szkolne zespoły sportowe posiadała 425 szkół a pozostałe placówki: sale gimnastyczne, sale gimnastyczne z boiskiem, sale zastępcze/rekreacyjne lub tylko boisko. Uczniowie wielu szkół korzystali z hal sportowych, boisk, basenów, siłowni zlokalizowanych poza placówką.

425 placówek było wyposażonych w natryskownie przy szkolnych blokach sportowych, co zapewniało właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej przez uczniów/studentów.



Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego w 2011r.

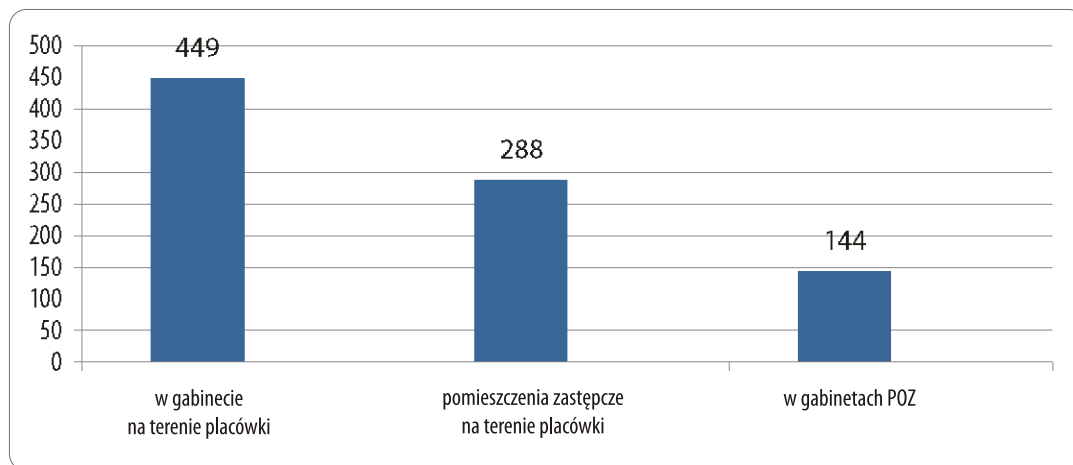


## Opieka medyczna

W wyniku przeprowadzonych kontroli w szkołach stwierdzono, że stan sanitarny i techniczny 96,6% gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej nie

budził zastrzeżeń zarówno pod względem sanitarnym jak i technicznym. 51% szkół zapewniło uczniom dostępność do gabinetu na terenie placówki, 32,7% w pomieszcze-

niach zastępczych na terenie placówki, a uczniowie z 16,3% szkół mieli zapewnioną opiekę medyczną w gabinetach poza terenem placówki.



Opieka medyczna dzieci i młodzieży w 2011r.

## Dożywianie dzieci i młodzieży

Sytuację dotyczącą dożywiania oceniono we wszystkich 881 skontrolowanych szkołach. Ciepłe posiłki wydawało 638 placówek dla 54878 uczniów, w tym: z pełnych obiadów

skorzystało 26892 uczniów, a z posiłków jednodaniowych 27986 uczniów. Śniadania szkolne organizowało 196 placówek dla 5325 uczniów,

napój wydawały 382 placówki dla 46601 uczniów. Z posiłków dofinansowanych skorzystało 33438 uczniów.

## Szkoły wyższe

Na terenie województwa nadzorem objęto 27 wyższych uczelni. Skontrolowano 24, w tym: 8 szkół wyższych publicznych i 16 niepublicznych, w których kształciło się

56217 studentów, w tym: w szkołach wyższych publicznych 34373, w szkołach wyższych niepublicznych 21844.

Przeprowadzono 53 kontrole sanitarne. W obiektach, w których stwierdzono nieprawidłowości sanitarno – higieniczne wydano 22 decyzje administracyjne .

## Wypoczynek dzieci i młodzieży

W czasie wolnym od zajęć dydaktycznych organizowano wypoczynek dla dzieci i młodzieży. Przeprowadzono 646 kontroli sanitarnych, w trakcie których oceniano spełnienie wymagań sanitarno - higienicznych przez organizatorów wypoczynku w odniesieniu do stanu i wyposażenia pomieszczeń, miejsc przebywania uczestni-

ków, zaopatrzenia w wodę, zaplecza sanitarnego, gromadzenia odpadów stałych i odprowadzania ścieków. Skontrolowano 630 turnusów w tym: 125 w okresie ferii zimowych i 505 w okresie letnich wakacji. Z wypoczynku skorzystało 29880 uczestników, w tym: 5388 uczestników

wypoczynku zimowego oraz 24492 uczestników wypoczynku letniego.

Stan sanitarno-higieniczny placówek nie budził zastrzeżeń, a organizatorzy zapewнили uczestnikom bezpieczne i higieniczne warunki pobytu i rekreacji.



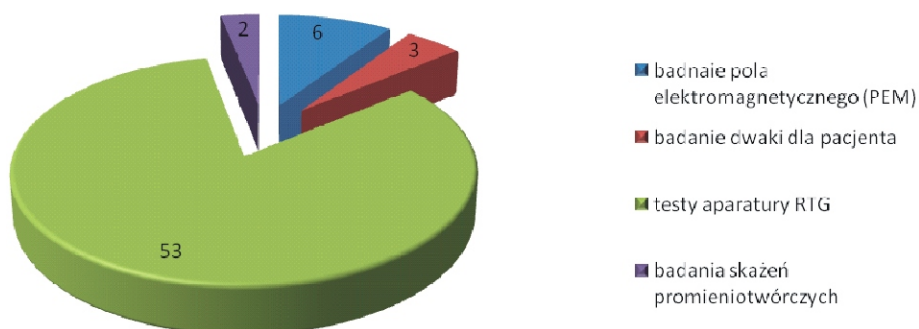
## Wnioski:

- w dobrym stanie technicznym, nie zagrażającym zdrowiu uczniów, wychowanków i studentów było 96,7% placówek( w 2010 r.- 96,0%)
- 2 placówki szkolne mają ustępy zewnętrzne i sytuacja w tym zakresie nie uległa zmianie w porównaniu z 2010 r.
- 0,95 % placówek nie zapewniło wszystkim uczniom standardów dostępności do urządzeń sanitarnych, liczba placówek niespełniających wymagań sukcesywnie zmniejsza się ( w 2010 r. – 1,20%)
- wszystkie placówki oświatowo-wychowawcze były podłączone do wodociągów podobnie jak w 2010 roku
- 99,8% budynków było przystosowanych do potrzeb nauczania i wychowania, sytuacja w tym zakresie nie uległa zmianie w porównaniu z 2010 r.
- 91% szkół zapewniło właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej - dostępność do bieżącej ciepłej wody, ręczników jednorazowego użytku/suszarek do rąk, mydła w płynie ( w 2010 r. – 91,3% ).

# OCHRONA PRACOWNIKÓW I OGÓŁU LUDNOŚCI PRZED PROMIENIOWANIEM JONIZUJĄCYM I NIEJONIZUJĄCYM

Oddział Badań Radiacyjnych dla utrzymania legalności i zdolności pomiarowej potwierdza swoje kompetencje laboratorium badawczego do wykonywania wiarygodnych badań promieniowania, przechodząc coroczne audyty zewnętrzne przeprowadzane przez Polskie Centrum Akredytacji.

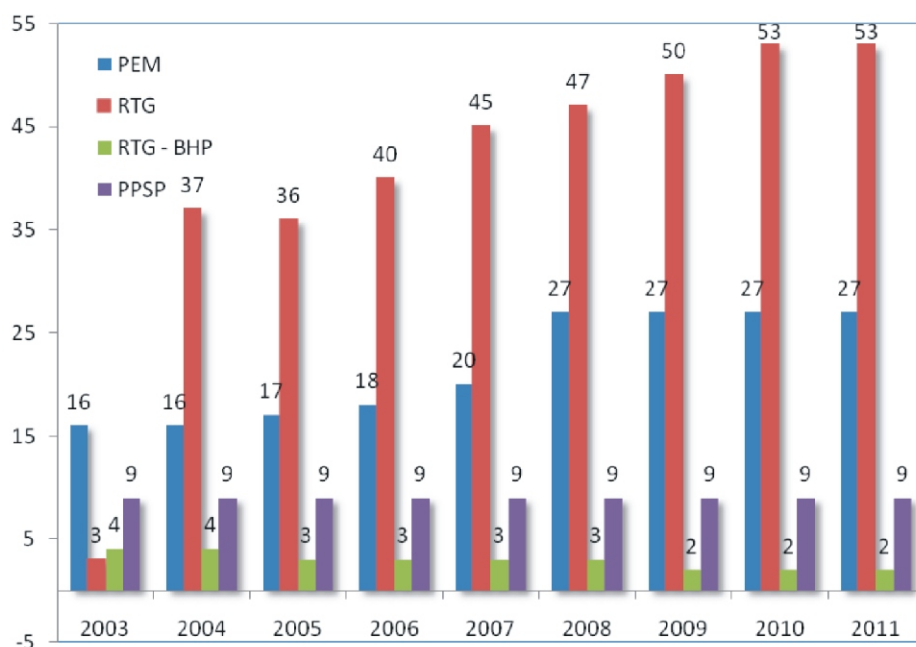
**Kompetencja w działaniach nadzorowo - kontrolnych  
liczba akredytowanych metod**



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

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

**Liczba wyposażenia pomiarowego na przestrzeni lat 2003-2011**



## 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 nowoczesnych aparatów rentgenowskich (RTG - BHP), a możliwości sprzętowe pomiaru skażeń pozostają na poziomie z 1986 roku (PPSP).

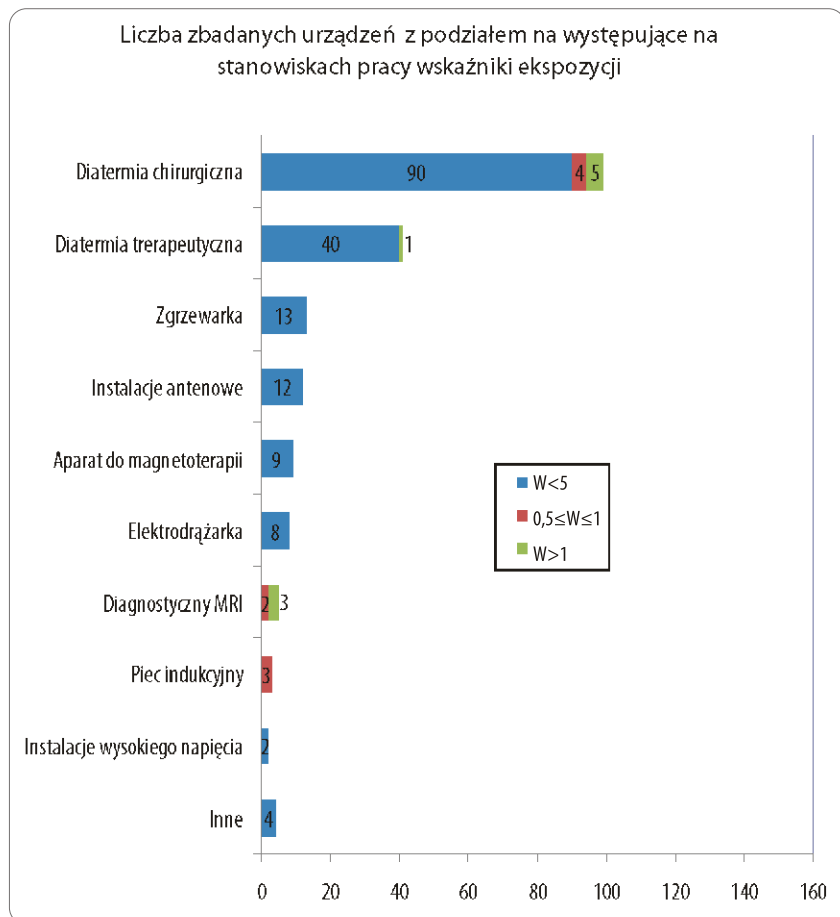
## Pole elektromagnetyczne

Pożądanym poziomem narażenia na promieniowanie 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 zgodnie z zasadą optymalizacji wg zaleceń ICRP (Międzynarodowa Komisja Ochrony Radiologicznej stanowiąca organ doradczy WHO).

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 2011 roku na 9 stanowiskach pracy stwierdzono występowanie przekroczenia dopuszczalnych warunków ekspozycji ( $W > 1$ ).

## Ochrona radiologiczna pacjenta poprzez objęcie nadzorem urządzeń radiologicznych w jednostkach służby zdrowia stosujących promieniowanie jonizujące

### Testy kontroli jakości parametrów technicznych medycznych aparatów RTG

Pracownicy Oddziału Badań Radiacyjnych WSSE w 2011 roku wykonali 260 badań testów kontroli jakości przy ogólnodiagnostycznych aparatach rtg, 116 badań przy aparatach stomatologicznych, 34 badania przy fluoroskopii, 21 badań przy pantomografach i 11 badań przy mammografach.

Negatywne wyniki testów otrzymano dla 2,5% wykonanych badań.

### Pomiary dawki otrzymanej przez pacjenta

Kontrola dawek otrzymywanych przez pacjenta wynika z realizacji zaleceń Dyrektywy Rady Nr 97/43/Euratom Rady Unii Europejskiej z dnia 30 czerwca 1997 r. w sprawie ochrony zdrowia osób fizycznych przed niebezpieczeństwem wynikającym z promieniowania jonizującego związanego z badaniami medycznymi.

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 jest zalecenie, a więc pozbawienie sankcji karnych za brak wykonania przy założeniu, że wystarczającą motywacją do jej stosowania jest wysoka świadomość odpowiedzialności społecznej personelu.

Dlatego już od 2005 roku działamy na rzecz budowania tej świadomości i prowadzimy badania dawek 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.

Wyniki tych badań opublikowaliśmy w kwartalniku Problemy Higieny i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Higieny-

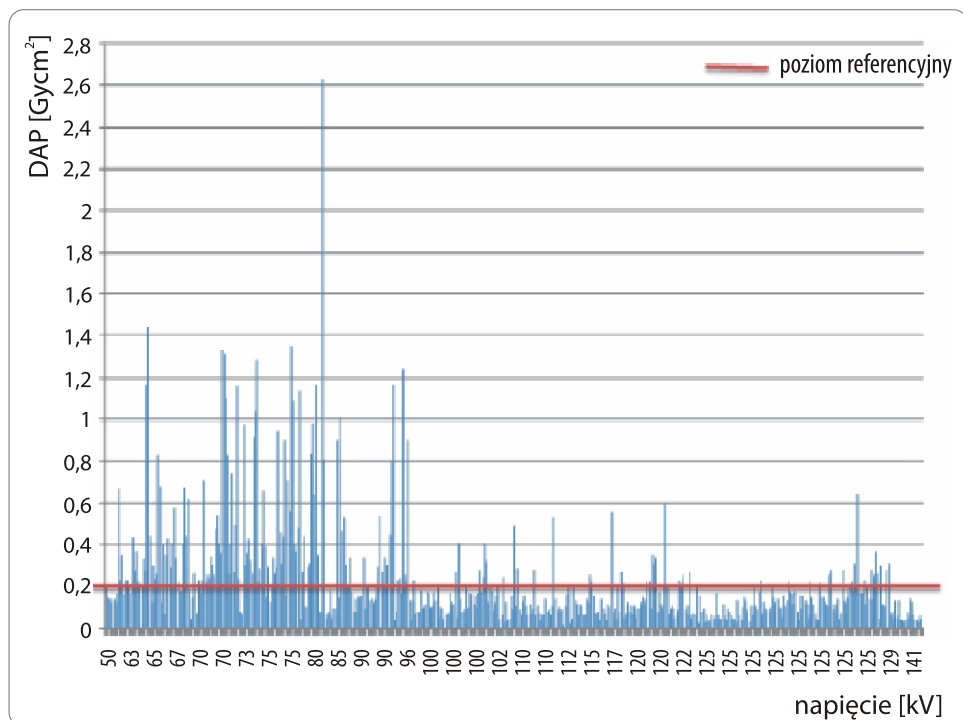
cznego pt.: „Poziomy dawek dla pacjentów w diagnostycznych badaniach rentgenowskich klatki piersiowej wykonywanych w placówkach służby zdrowia na terenie województwa kujawsko-pomorskiego”.

Wydanie: Hygeia Public Health 2011, 46(1): 98-101.

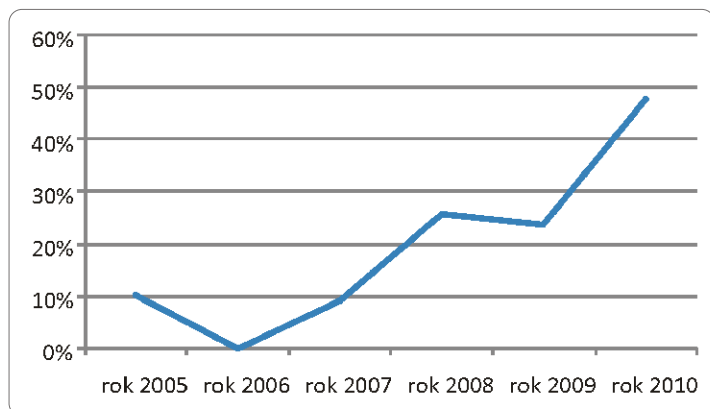
W artykule uwagę skierowaliśmy przede wszystkim na fakt występowania znacznych różnic w wielkościach uzyskiwanych dawek dla pacjenta, w zależności od doboru jakości

promieniowania, wynikającej z napięcia lampy rentgenowskiej.

Zdecydowany wzrost przekroczeń wystąpił przy doborze niskich wartości napięcia. (ryc.1) 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).



Przedstawiliśmy 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.

## Wnioski:

1. Istotny wpływ na wynik dawki dla pacjenta ma jakość promieniowania wynikająca z wybranej wartości napięcia lampy rentgenowskiej.
2. Największe przekroczenia dawki referencyjnej ponad trzykrotne (i więcej) zauważono przy stosowaniu niskich napięć.
3. Wyraźnie następuje wzrost procentowego udziału zdjęć rentgenowskich wykonywanych według „nowego” podejścia tzn. stosowanie zalecanych w procedurach medycznych parametrów technicznych aparatów rtg, czemu towarzyszy znaczne zmniejszenie otrzymywanych przez pacjentów dawek.
4. Na przekroczenia mają wpływ również inne czynniki, jak np. filtracja całkowita lampy rtg, ograniczanie pola napromieniania, korzystanie przed ekspozycją z podglądu skopią ułożenia pacjenta, stosowanie techniki cyfrowej a nawet wystąpił przypadek zastosowania automatyki w badaniu pacjenta ze stabilizacją kręgosłupa metalową szyną.

Uzyskane wyniki w sposób obiektywny wskazują jak istotnym czynnikiem jest właściwy poziom świadomości personelu wykonującego badania.

W 2011 roku kontynuowaliśmy badania dawek promieniowania jonizującego, jakie otrzymywałby standardowy pacjent dorosły o wzroście 170 cm i masie 70 kg podczas dokonywania diagnostycznych badań rentgenowskich. Na podstawie uzyskanych wyników ocenialiśmy spełnienie wymagań w zakresie poziomów referencyjnych iloczynu kermy w powietrzu i pola wiązki promieniowania rentgenowskiego prostopadłego do osi wiązki (DAP) wyrażonego w [cGyxcm<sup>2</sup>] oraz poziomów referencyjnych wejściowej dawki powierzchniowej wyrażonej w [mGy], określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

W 2011 roku wykonaliśmy 108 badań DAP przy 15 ogólnodiagnostycznych aparatach rentgenowskich w 14 jednostkach ochrony zdrowia, podczas 9 podstawowych diagnostycznych badań rentgenowskich. W wyniku porównania wartości średnich z odpowiednim poziomem referencyjnym DAP stwierdzono przekroczenie podczas jednej radiografii klatki piersiowej PA a w jednym przypadku wartość średnia DAP - podczas radiografii miednicy była tak bliska granicy tolerancji, że po uwzględnieniu niepewności pomiaru właściwość mogła być niezgodna z wymaganiami. W przypadku oceny z uwzględnieniem reguły podanej w Załączniku nr 2 w/w rozporządzenia pod tabelą A o następującym brzmieniu: „Podane wartości poziomów odpowiadają wzmocnieniu 200 konwencjonalnych zestawów błona - folia wzmacniająca.

Dla zestawów odpowiadających wzmocnieniu z zakresu 400-600 podane wartości poziomów powinny być obniżone 2 do 3 razy”, niezgodność z poziomem referencyjnym DAP stwierdzono dla 13 diagnostycznych badań rentgenowskich. Odpowiednio obliczona wartość wejściowej dawki powierzchniowej w jednym przypadku przekraczała wartość referencyjną a przy uwzględnieniu w ocenie w/w reguły w 13 przypadkach była niezgodna z poziomem referencyjnym.

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

### Badania wykonywane na wnioski mieszkańców

W pełni zapewniamy zdolność pomiarową do realizacji społecznej potrzeby i prawa społeczeństwa do posiadania wiedzy o stanie środowiska mającego wpływ na jego zdrowie wykonując wszystkie zgłoszone przez mieszkańców badania radiacji.

W 2011 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 środowisko-wych w sposób, który przyczynia się do wzmocnienia zdrowia.

### Wnioski:

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.



### Czuwanie nad bezpieczeństwem żywności i żywienia oraz zdrowotnym wody

Realizujemy część programu *Bezpieczeństwa Zdrowotnego Żywności* stanowiącą monitoring skażeń promieniotwórczych.

Jak ujmuje to dokument GIS -

„przygotowanie podstaw i zakresu badań monitorowych skażeń promieniotwórczych żywności służy stworzeniu krajowego systemu monitoringu żywności zgodnego z zaleceniami Unii Europejskiej”.

- Dyrektywa Rady 89/397/EEC z 14 czerwca 1989 w sprawie urzędowej kontroli żywności.
- Dyrektywa 96/29/EURATOM z dnia 13 maja 1996 r. w sprawie podstawowych norm bezpieczeństwa dotyczących ochrony zdrowia przed promieniowaniem jonizującym pracowników i ogółu ludności.

Monitoring skażeń promieniotwórczych żywności realizowany jest zgodnie z:

- ustawą z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U.Nr 171/2006, poz. 1225)
- ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (*tekst jednolity: Dz. U. Nr 42/2007, poz. 276 z ze zm.*) wraz z aktami wykonawczymi.

Badania skażeń promieniotwórczych wykonywane są Oddziale Badań Radiacyjnych, a poboru próbek żywności dokonują pracownicy 10 komórek Powiatowych Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych.

Liczba i asortyment zbadanych próbek żywności określony został dla naszego województwa w planie przekazanym przez

Główny Inspektorat Sanitarny i obejmował badanie zawartości tylko jednego izotopu Cs-137.

W ramach monitoringu skażeń promieniotwórczych zbadano 24 próbki żywności, w tym 17 metodą radiochemiczną i 7 próbek grzybów metodą spektrometryczną. Próbkę badaną w ramach monitoringu żywności pobierane są losowo z sieci handlowej niezależnie od siedziby producenta.

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

Po awarii elektrowni jądrowej w Fukushima, Komisja Europejska 25 marca 2011r. wprowadziła specjalne warunki regulujące przywóz paszy i żywności pochodzących lub wysyłanych z Japonii w następstwie wypadku w elektrowni jądrowej Fukushima, ograniczające poziom izotopów I-131, Cs-134 i Cs-137 w przywożonej żywności. Poziomy te obniżyła Rozporządzeniem Wykonawczym z dnia 11 kwietnia 2011r. do wartości: 200 Bq/kg dla sumy izotopów cezu w żywności dla dzieci, produktach mleczarskich i środkach spożywczych w płynie, oraz 500 Bq/kg w innych środkach spożywczych. **ROZPORZĄDZENIE WYKONAWCZE KOMISJI (UE) NR 351/2011** z dnia 11 kwietnia 2011r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 297/2011 wprowadzające specjalne warunki regulujące przywóz paszy i żywności pochodzących lub wysyłanych z Japonii w następstwie wypadku w elektrowni jądrowej Fukushima.

Są to najniższe wartości ograniczające poziom radiocezu w aktach prawnych Unii Europejskiej, obowiązujących także w Polsce. Rozporządzenia unijne dotyczące przywozu produktów żywnościowych z Japonii mają krótki czas obowiązywania i w ten sposób prawodawca dostosowuje wymagania do rzeczywistej i zmieniającej się sytuacji w Japonii. W kolejnych wydawanych rozporządzeniach nie zmieniał się jednak dopuszczalny poziom skażeń promieniotwórczych. W próbkach żywności badanych w 2011r. podobnie jak w latach ubiegłych zawartość Cs-137 w większości próbek, poza grzybami leśnymi, nie przekraczała 1 Bq/kg. Wyjątkiem są 2 próbki:

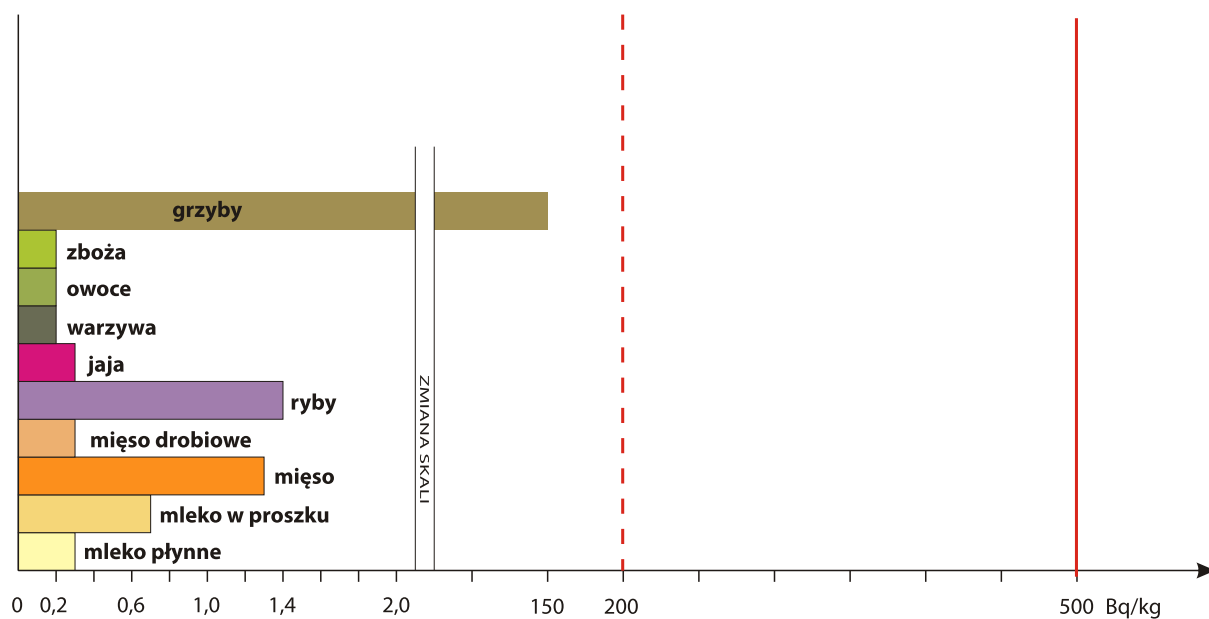
- próbka leszcza z jeziora Orłowskie - Piaseczno 1,4 Bq/kg
- próbka mięsa wołowego z województwa lubelskiego 1,3 Bq/kg.

Jest to wynikiem z jednej strony nierównomiernego skażenia promieniotwórczego terenu Polski po awarii w Czarnobylu, z drugiej natomiast wyższym poziomem skażeń w środowisku naturalnym niż na obszarach uprawianych przez człowieka. Część próbek ryb pochodzących z jezior, a nie stawów hodowlanych wykazuje nieco wyższy poziom skażeń promieniotwórczych. Obydwie wartości stanowią ułamek procenta podanych wyżej wartości dopuszczalnych i nie stanowią zagrożenia dla zdrowia.

Zawartość promieniotwórczego cezu w próbkach grzybów uzależniona jest między innymi od ich gatunku. W badanych próbkach kurek i borowika nie przekraczała 25 Bq/kg, natomiast w próbkach podgrzybków nadal przekracza 100 Bq/kg.



Stężenie cezu - 137 w próbkach żywności z województwa kujawsko - pomorskiego zbadanych w roku 2011



- maksymalna zawartość cezu - 137 w badanych grupach produktów

dozwolona zawartość radiocezu dla produktów z Japonii

- - - żywność dla dzieci, produkty mleczarskie, środki spożywcze w płynie - 200 Bq/kg
- inne środki spożywcze - 500 Bq/kg

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

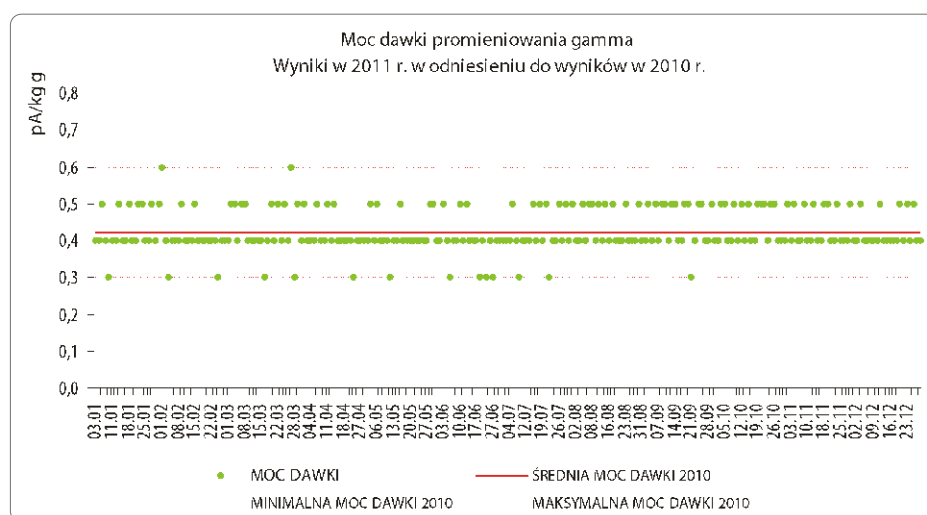
Na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 grudnia 2002 r. w sprawie stacji wczesnego wykrywania skażeń promieniotwórczych i placówek prowadzących pomiary skażeń promieniotwórczych (Dz.U. nr 239 z 2002r., poz.2030), zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki prowadzone są badania skażeń w próbkach żywności produkowanych na terenie województwa kujawsko - pomorskiego . Poboru próbek żywności dokonują pracownicy 11 komórek Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych. 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 67 próbkach i Sr - 90 w 3 próbkach rocznie. 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.

Na terenie województwa wykonuje się także pomiary i prowadzi rejestry wyników mocy dawki promieniowania gamma.

Moc dawki ekspozycyjnej promieniowania gamma w Bydgoszczy i Włocławku w ciągu 2011 wahała się od 0,3 do 0,6 pA/kg, co jest sytuacją normalną na terenie naszego województwa. Taki poziom mocy dawki promieniowania gamma spowodowany jest głównie występowaniem w środowisku naturalnych izotopów promieniotwórczych. Nie stwierdzono żadnych gwałtownych zmian mocy dawki, które świadczyłyby o powstaniu sytuacji awaryjnej.



### Wnioski:

Wykonywane badania dostarczają bieżących informacji o 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.

Prezes Państwowej Agencji Atomistyki dokonuje kwartalnej oceny sytuacji radiacyjnej kraju, w zakresie poziomów skażeń, na podstawie wyników badań otrzymywanych między innymi z Placówek Pomiaru Skażeń Promieniotwórczych funkcjonujących w Oddziale Badań Radiacyjnych.

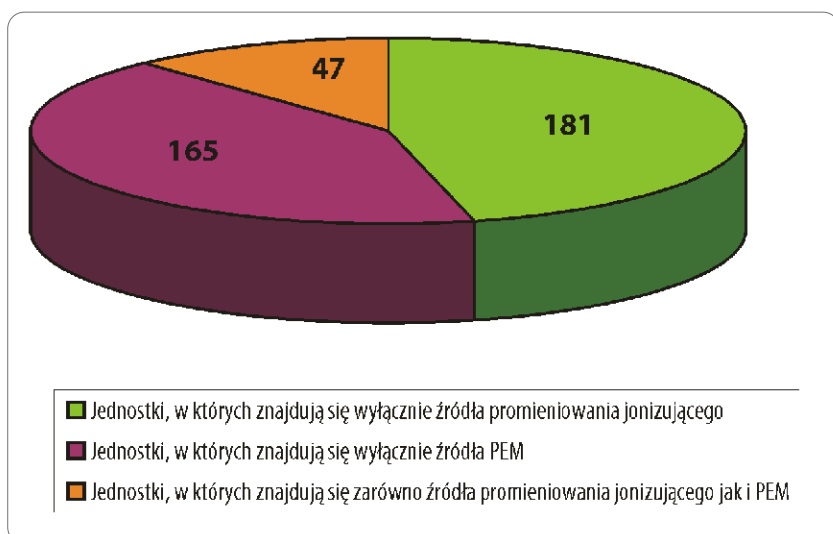


### Utrzymanie sprawności systemu reagowania w sytuacjach kryzysowych - zdarzenia radiacyjnego

Zapewniamy sprawność i niezawodność reagowania na zdarzenia radiacyjne poprzez:

- zdolność udzielania merytorycznych informacji dla Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego K-P UW i ludności o sposobie postępowania w sytuacji wystąpienia takiego zdarzenia
- gotowość do wyjazdu ekipy pomiarowej w teren i weryfikację przewidywanych wartości promieniowania

- profesjonalne wykrywanie wzrostu poziomu mocy dawki i skażeń promieniotwórczych w środowisku
- szybką identyfikację rodzaju izotopu (dzięki posiadaniu nowoczesnego miernika skażeń PM140K)
- prawidłowe szacowanie granicy strefy awaryjnej, niezbędnej dla podjęcia koniecznych działań interwencyjnych.



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

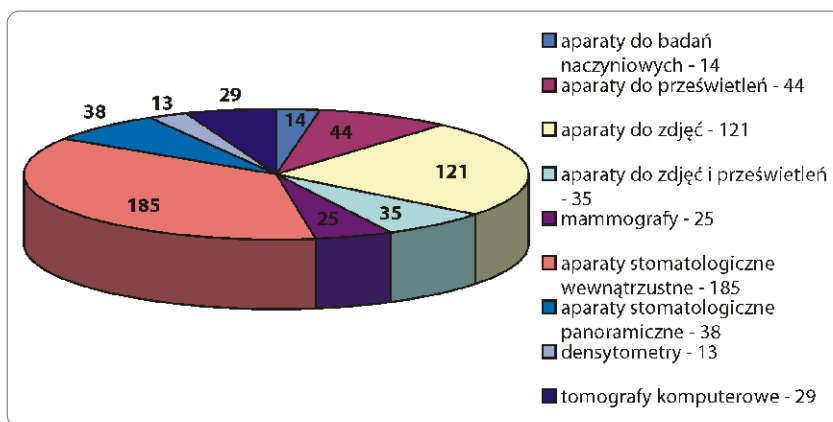
## Ochrona przed promieniowaniem jonizującym

### Ochrona radiologiczna personelu

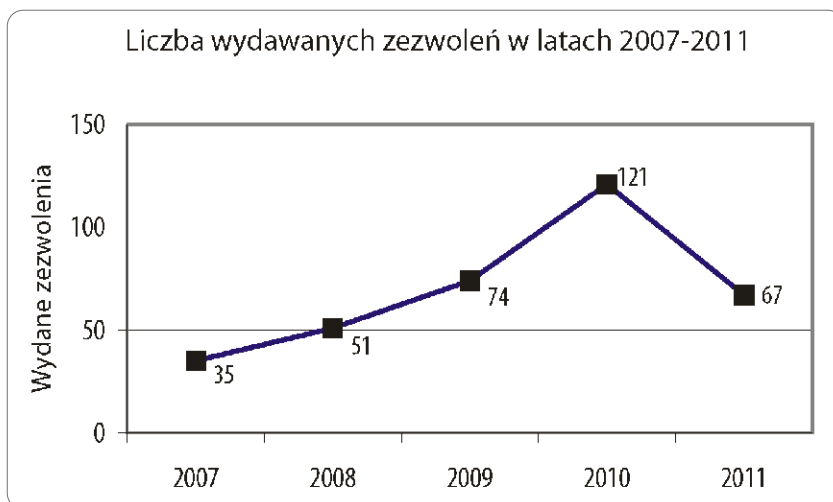
Na podstawie prowadzonych w 2011 r. przez Oddział Higieny Radiacyjnej WSSE w Bydgoszczy czynności kontrolnych i wykonanych w ramach nadzoru pomiarów dozymetrycznych można stwierdzić, że stan ochrony radiologicznej pracowników w zakładach użytkujących aparaty rtg do celów medycznych nie budzi zastrzeżeń.

Nadzorem jest objętych 228 jednostek organizacyjnych, w których użytkowanych jest ponad 500 aparatów rtg. W województwie kujawsko-pomorskim w 2011 r. liczba pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące, objętych pomiarem dawki indywidualnej wynosiła około 1700 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. Zmiana liczby wydanych zezwoleń na aparaty rtg w latach 2007-2011.

## Ochrona radiologiczna pacjentów

W roku 2011 w trakcie czynności nadzorowych nad zakładami opieki zdrowotnej dużą wagę przykładano do oceny stanu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez kontrolę i ocenę m.in.:

- wykonania testów eksploatacyjnych przy aparatach rtg,
- wyników testów eksploatacyjnych aparatów rtg pod kątem spełniania przez te aparaty kryteriów jakości parametrów technicznych określonych w aktach prawnych,
- stanu wdrożenia systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce w zakresie zarówno zgodności opracowania

dokumentacji systemu z przepisami prawnymi, jak i właściwego wykonywania testów eksploatacyjnych,

- sprawdzenia wiedzy personelu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, w tym dopełnienia obowiązku przejścia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta,
- stosowania prawidłowych wzorów skierowań na badanie rtg,
- obowiązku rejestracji fizycznych parametrów ekspozycji,
- posiadania odpowiedniej liczby środków ochrony osobistej dla pacjentów.

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

W odniesieniu do pracowni użytkujących aparaty rtg, których parametry techniczne zmierzone w trakcie testów eksploatacyjnych nie odpowiadały kryteriom jakości określonym w przepisach prawnych są wydawane każdorazowo decyzje nakazujące usunięcie tych uchybień w terminie od 1 do 3 miesięcy.

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

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



## Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0 - 300 GHz

### Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi

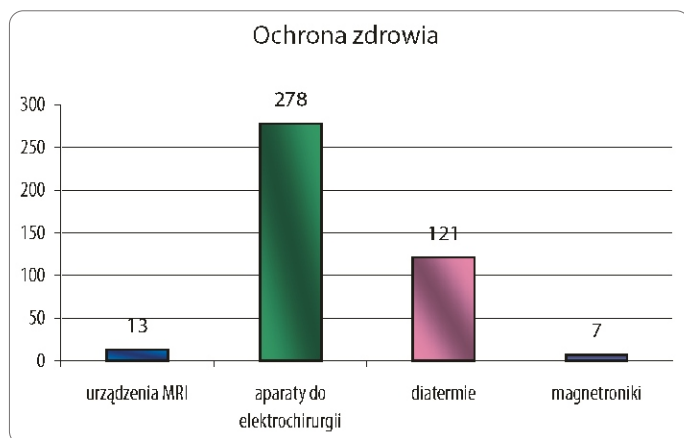
Nadzorem objętych jest 212 jednostek organizacyjnych, w których użytkowanych jest ponad 660 urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne oraz ponad 1600 instalacji radiokomunikacyjnych, w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. W narażeniu na pole elektromagnetyczne pracuje około 2650 osób, przy instalacjach radiokomunikacyjnych jest zatrudnionych około 650 osób.

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w roku 2011 w zakładach użytkujących urządzenia wytwarzające promieniowanie

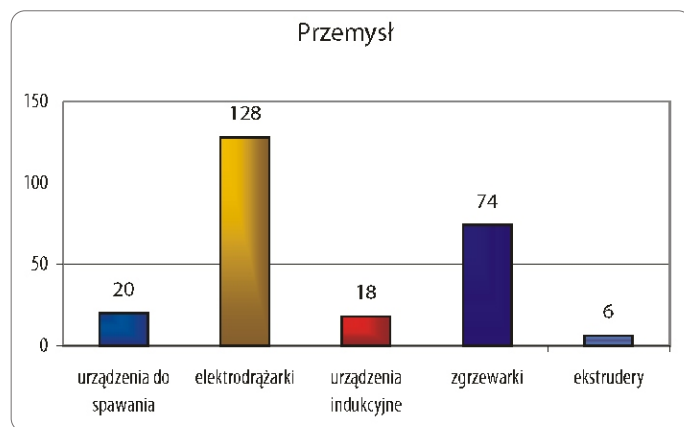
elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości można stwierdzić, że użytkownicy urządzeń wysokiej częstotliwości dbają o terminowe przeprowadzanie badań środowiska pracy, a oprócz nielicznych przypadków, badania okresowe pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie elektromagnetyczne są przeprowadzane terminowo.

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

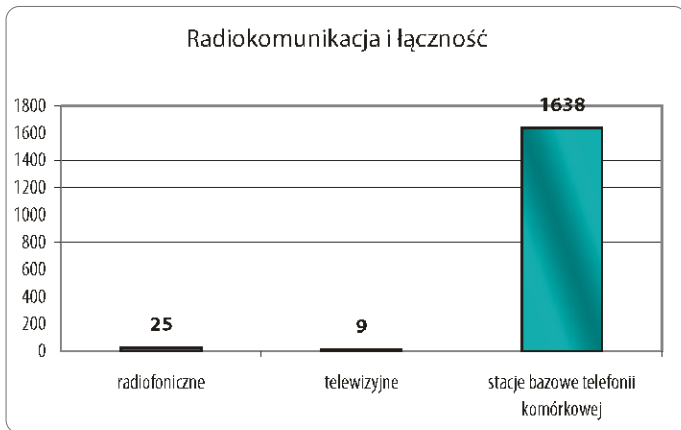
W odniesieniu do zakładów stosujących urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0 - 300 GHz wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydawaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego.



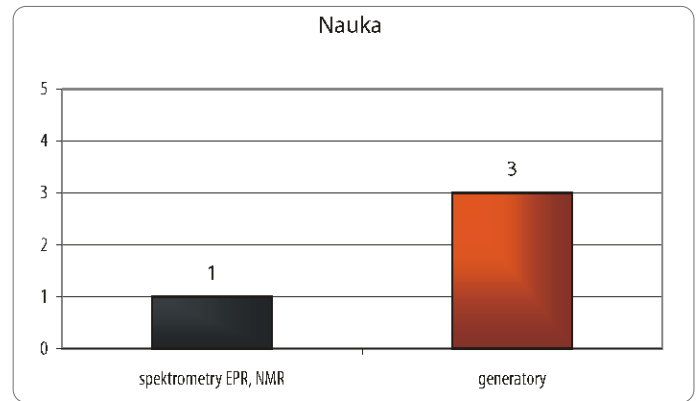
Rys.4. Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w ochronie zdrowia.



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.

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	1813	198	1615	0
	diatermie	416	337	79	0
	inne				
Przemysł	urządzenia do spawania	51	47	4	0
	elektrodrążarki	84	84	0	0
	urządzenia indukcyjne	29	29	0	0
	zgrzewarki	99	29	70	0
	inne	24	24	0	0
Radiokomunikacja i łączność	radiofoniczne	28	10	18	0
	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.

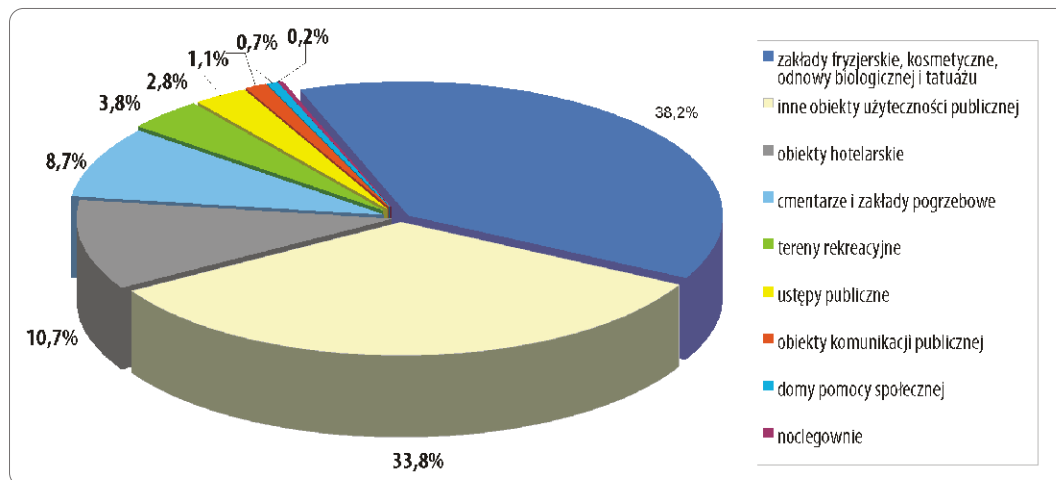
Tabela 1. Liczba osób narażonych na działanie promieniowania niejonizującego.

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



# STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ, KĄPIELISK I BASENÓW KAPIELOWYCH

W roku 2011 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, skontrolowały na terenie województwa kujawsko-pomorskiego 5 461 obiektów użyteczności publicznej (3 744 w miastach i 1 717 na terenach wiejskich), należących do różnorodnych grup rodzajowych.

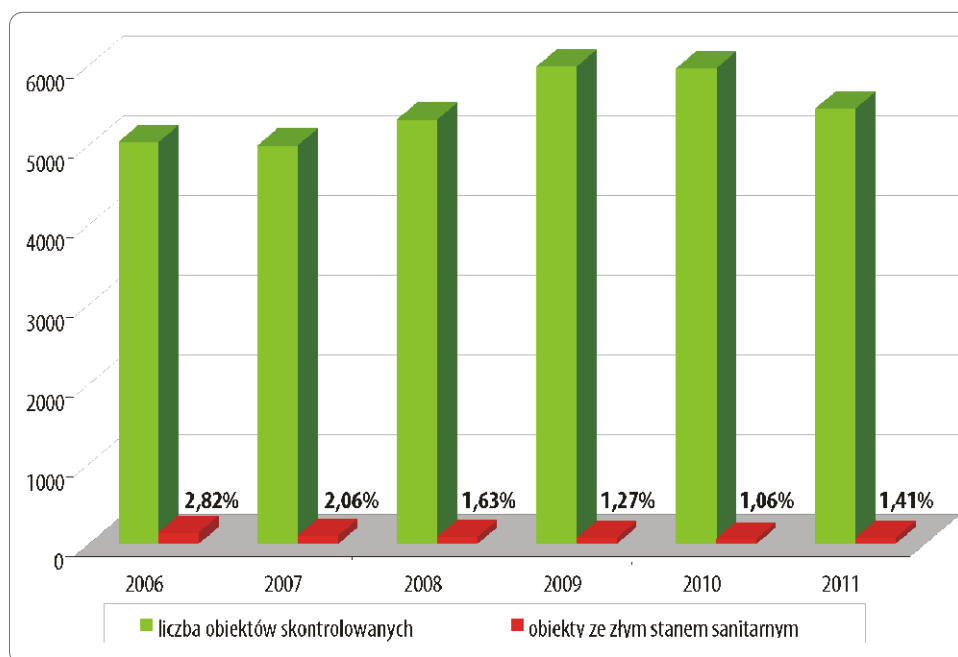
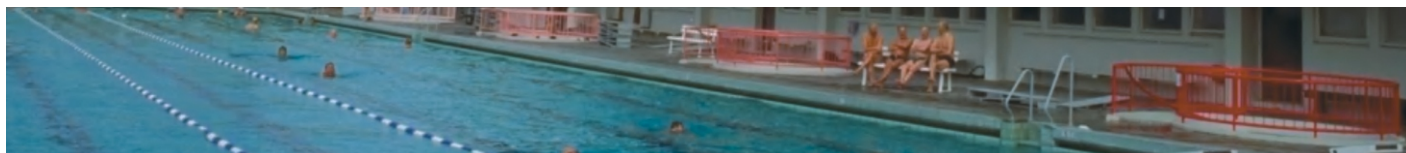


Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą sanitarną w 2011 r. w poszczególnych grupach rodzajowych.

W br. jako niezadawalający uznano stan sanitarny 77 (1,41%) wszystkich skontrolowanych obiektów użyteczności publicznej. W okresie kilku ostatnich lat, w województwie kujawsko-pomorskim obserwowano sukcesywną poprawę stanu sanitarnego obiektów użyteczności publicznej, wyrażoną poprzez malejącą z roku na rok liczbę

placówek negatywnie ocenianych pod tym względem. Niemniej jednak, w roku 2011 odsetek obiektów, w których stwierdzano nieprawidłowości w zakresie stanu sanitarnego, wyniósł jak podano wyżej 1,41% i był nieco wyższy niż w roku ubiegłym, gdzie wskaźnik ten kształtował się na poziomie 1,06%.

Przy czym, niekorzystna tendencja zaznaczyła się zarówno w przypadku obiektów zlokalizowanych w miastach, jak i tych położonych na terenach wiejskich, gdzie odsetek obiektów złych przyjmował wartość odpowiednio 1,37% (1,20% w 2010 r.) i 1,57% (0,73% w 2010 r.).

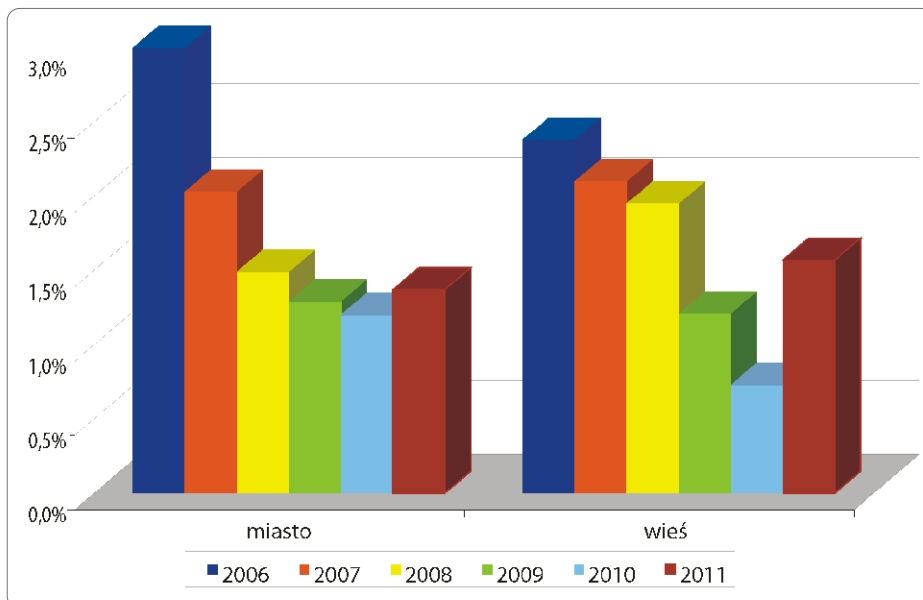


Obiekty użyteczności publicznej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego objęte nadzorem sanitarnym w latach 2006 – 2011.



Pozytywną ocenę sanitarną spośród ogółu placówek skontrolowanych w 2011 r. otrzymały wszystkie obiekty, należące do takich grup rodzajowych, jak: domy pomocy społecznej, dworce autobusowe, tereny rekreacyjne i zakłady pogrzebowe. Pewną poprawę uzyskano w przypadku ustępów publicznych, co można tłumaczyć efektem wzmożonego nadzoru sanitarnego nad tymi obiektami oraz konsekwentnym kierowaniem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wystąpień do władz samorządowych, dotyczących właściwego utrzymania obiektów istniejących i konieczności zwiększenia liczby toalet dostępnych publicznie.

Na zbliżonym do roku poprzedniego poziomie kształtował się natomiast odsetek obiektów złych w grupie cementarzy i noclegowni oraz zakładów usługowych: fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej i tatuażu oraz zakładów świadczących łącznie powyższe usługi. Nieco częściej, w porównaniu z rokiem 2010, za niedostateczny uznawano stan sanitarny dworców i stacji kolejowych, hoteli i innych obiektów świadczących usługi hotelarskie, a także obiektów zaliczanych do grupy „inne obiekty użyteczności publicznej”, ze względu na stwierdzane w nich usterki techniczne oraz niezachowanie bieżącej czystości.



Obiekty ze złym stanem sanitarnym na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2006 – 2011.



## Stan sanitarny kąpielisk i basenów kąpielowych

Tegoroczny sezon kąpieliskowy był pierwszym, w którym obowiązywały nowe uregulowania prawne, wynikające z implementacji Dyrektywy kąpieliskowej (2006/7/WE), które wniosły istotne zmiany dotyczące zarządzania jakością wody w kąpieliskach. Znowelizowane przepisy ustawy Prawo wodne wprowadziły podział na kąpieliska i miejsca wykorzystywane do kąpeli. W związku z tym, w 2011 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 17 kąpielisk, wyznaczonych uchwałami rad gmin i objętych raportowaniem do KE oraz 80 miejsc wykorzystywanych do kąpeli, zgłoszonych przez ich organizatorów organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zagospodarowanie terenów wokół kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli było zróżnicowane i zdecydowanie lepiej sytuacja ta przedstawiała się w przypadku kąpielisk, posiadających zaopatrzenie w pełną infrastrukturę wodno-kanalizacyjną oraz urządzenia do gromadzenia odpadów. Natomiast w grupie miejsc wykorzystywanych do kąpeli funkcjonowały i takie, które nie posiadały stałego zaplecza sanitarnego. W ocenie przydatności wody do kąpeli uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologicznego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic. Mając powyższe na względzie, w oparciu o wyniki przeprowa-

dzonych badań oraz wizualną ocenę jakości wody stwierdzono, że jedno miejsce wykorzystywane do kąpeli w Służewie na j. Służewskim w powiecie aleksandrowskim nie spełniało wymagań sanitarnych. Wynikało to z przekroczenia normatywów dla wskaźników mikrobiologicznych (E. coli, Enterokoki) i z tej przyczyny wydano ocenę bieżącą o nieprzydatności wody do kąpeli. Wobec tego, iż zanieczyszczenie miało charakter trwały, przez cały okres letni miejsce to było wyłączone z użytkowania. Natomiast, nadmierny rozwój sinic, występujący na początku sezonu w wodzie jeziora Ostrowąs (również w powiecie aleksandrowskim), spowodował wydanie oceny bieżącej o nieprzydatności wody do kąpeli oraz wprowadzenie krótkoterminowego zakazu kąpeli, w zlokalizowanym na tym akwenie miejscu wykorzystywanym do kąpeli.

Ocenę sanitarną basenów, a zwłaszcza jakości wody wykorzystywanej do kąpeli od lat utrudnia brak szczegółowych uregulowań prawnych w tym zakresie. Mając jednak na względzie skuteczne zapobieganie zagrożeniu chorobami wodopochodnymi u osób kąpiących się w basenach, nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad tymi obiektami był sprawowany. Przedmiotem oceny sanitarnej basenów kąpielowych były warunki

higieniczne panujące w obiekcie, zwłaszcza w hali basenowej, pomieszczeniach sanitarnych i pod natryskami, a także stan techniczny niecki basenowej, zaplecza oraz innych urządzeń służących wodnej rekreacji. W toku sprawowanego nadzoru systematycznie pobierano próbki wody do badań laboratoryjnych, obejmujących głównie wskaźniki mikrobiologiczne – E. coli, bakterie grupy coli, gronkowce koagulododatnie, ogólną liczbę mikroorganizmów w temp. 36°C, a ponadto parametry fizykochemiczne, w tym: zapach, odczyn, chlorki, chlor wolny i związany, amonowy jon oraz utlenialność. W przypadkach nieodpowiedniej jakości wody basenowej, głównie z powodu wykazywanej obecności gronkowców koagulododatnich, bakterii grupy coli lub zwiększonej zawartości chloru, organ nadzorujący, za przyczyną omówionej wyżej luki prawnej, kierował do podmiotów zarządzających basenami jedynie wystąpienia o podjęcie działań, zmierzających do wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości, bez możliwości podejmowania kroków restrykcyjnych. Jednocześnie, zarządzającym basenami zwracano uwagę na konieczność prowadzenia kontroli wewnętrznej jakości wody i powiadamiania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o każdorazowym jej pogorszeniu.

# 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

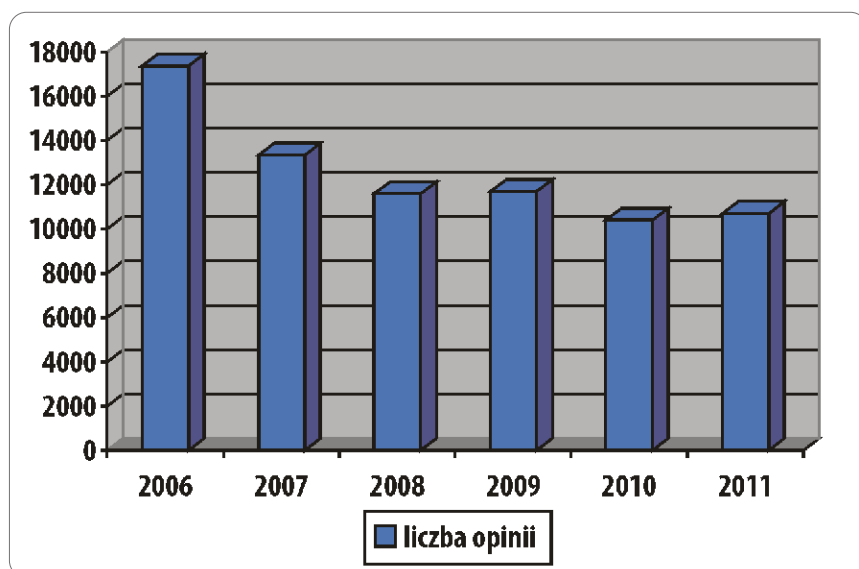
rozwoju regionalnego, polityk, planów i programów w dziedzinie przemysłu, energetyki, transportu, telekomunikacji, gospodarki wodnej, odpadami, leśnictwa, rolnictwa, rybołówstwa, turystyki i wykorzystywania terenu, wyznaczających ramy dla późniejszej realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko,

- oceny oddziaływania przedsięwzięć na środowisko,

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

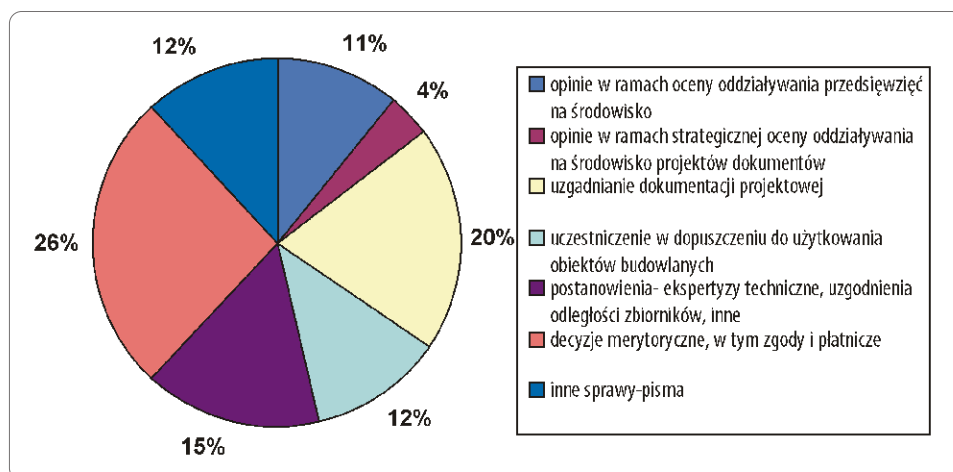
- udzielanie zgód
  - na odstępstwa od warunków technicznych i ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie ustalonym przepisami szczególnymi,
  - na zastosowanie nowej technologii uzdatniania wody,
- udział w procedurach dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych,
- wydawanie opinii w sprawach przedsięwzięć wspomaganych ze środków Unii Europejskiej.

Zadania z tym związane wykonywali 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 2011 roku wydano ogółem 10696 opinii.



## 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, choć liczba załatwianych spraw w 2011 roku nieznacznie wzrosła.



Odsetek i rodzaje wydanych opinii w 2011 roku.

Znaczącą liczbę ogółem wydanych opinii stanowią stanowiska zajęte w ramach procedury oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko – 1145.

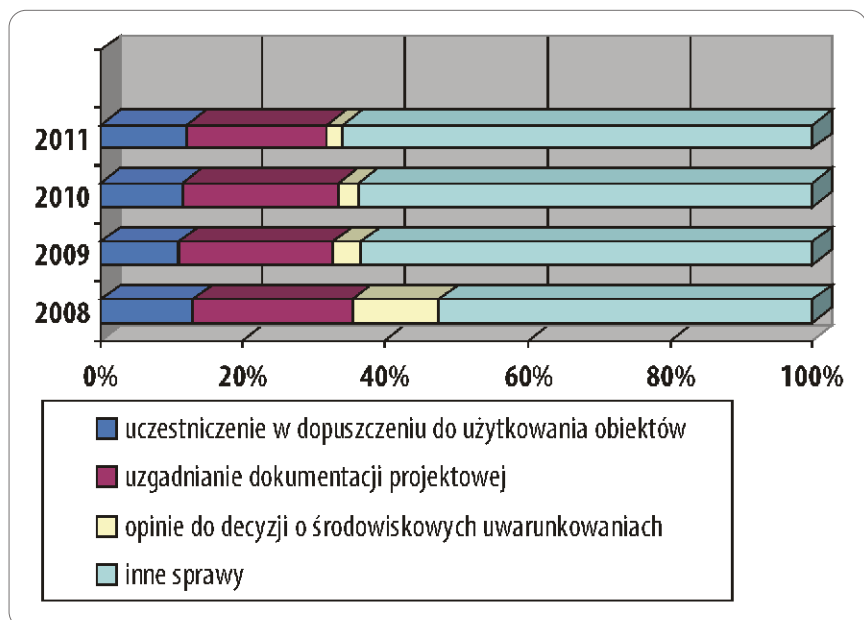
W roku 2011 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko wydały ogółem 422 opinie.

W procesie inwestycyjnym przedsięwzięć organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa uzgadniały projekty budowlane i z tego zakresu wydano 2118 takich uzgodnień.

Znaczącą pozycją w działalności nadzoru zapobiegawczego były decyzje wyrażające zgodę na odstępstwa od warunków technicznych i wymagań dotyczących ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy odnoszących się do usytuowania pomieszczeń na pobyt ludzi, znajdujących się poniżej poziomu terenu o zaniżonej wysokości lub pozbawionych oświetlenia dziennego. Kompetencje z tego zakresu spraw należą do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, który w 2011 roku wydał 169 takich zgód.

Decyzje te wydawane były w porozumieniu i po uzyskaniu opinii Okręgowego Inspektora Pracy w Bydgoszczy.

Ponadto w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w przekazywaniu obiektów do użytkowania. W 2011 roku 1289 obiektów zostało przekazanych przy ich udziale.



Odsetek wydanych opinii w latach 2008-2011.

## Wniosek

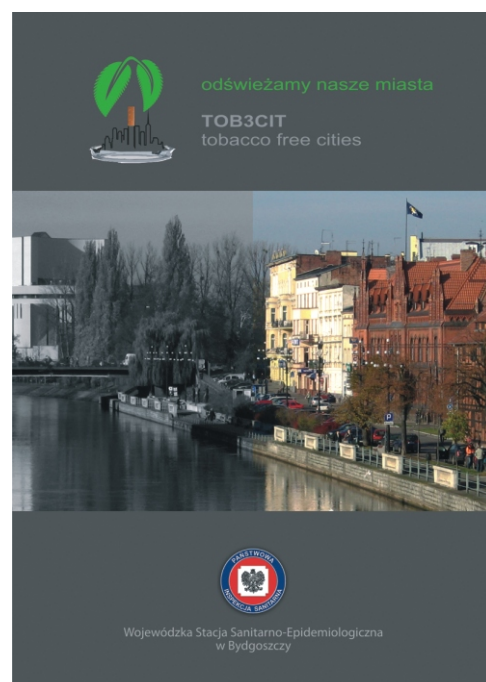
W porównaniu z latami ubiegłymi stwierdza się spadek liczby opinii związanych z wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, co związane jest bezpośrednio ze zmianą przepisów prawa w tym zakresie oraz nieznaczne zmniejszenie liczby uzgadnianych dokumentacji projektowych i opinii związanych z uczestnictwem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

# OŚWIATA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA

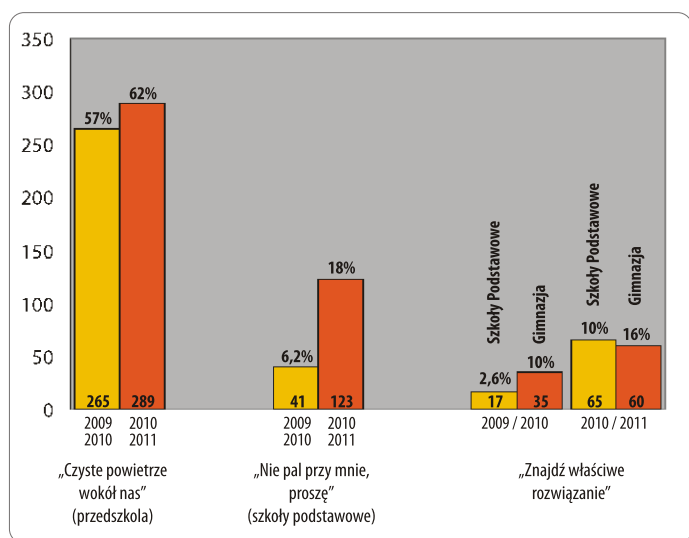
## Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce (POZNPT)

Programy i kampanie w ramach POZNPT:

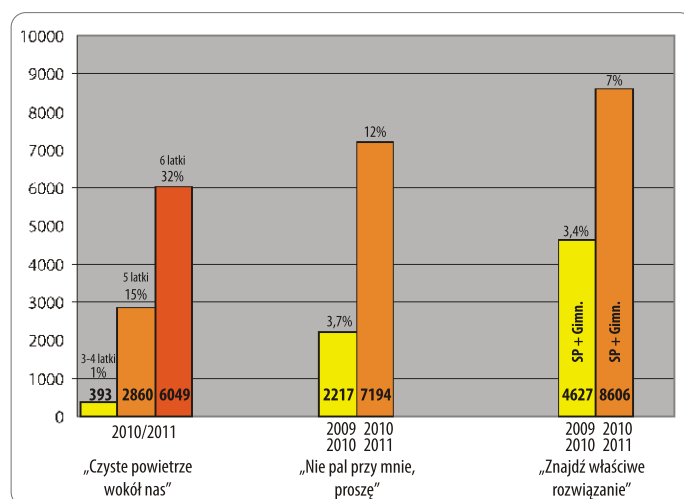
1. **Czyste powietrze wokół nas**  
- program przedszkolny.
2. **Nie pal przy mnie proszę**  
- program wczesnoszkolny kl. I-III
3. **Znajdź właściwe rozwiązanie**  
- program gimnazjalny.
4. **Odświeżamy Nasze Miasta.**  
**TOB3CIT 2011-2013**  
- skierowany do ludzi dorosłych - projekt na etapie wdrażania.
5. **Światowy Dzień Rzucania Palenia 31 V**  
- ogólnopolska kampania społeczna.
6. **Rzuc palenie razem z nami**  
(trzeci czwartek listopada)  
- ogólnopolska kampania społeczna.



### Programy: przedszkolny i szkolne (pkt. 1, pkt. 2, pkt. 3)



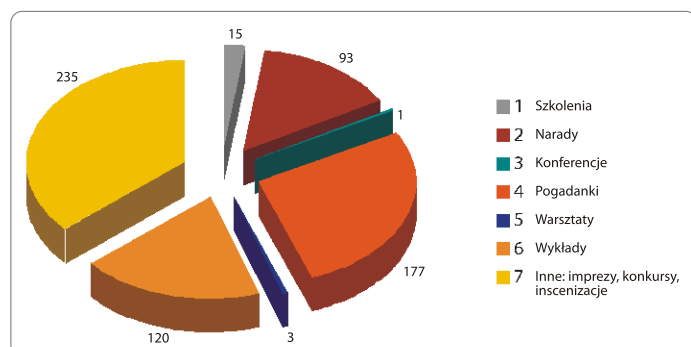
Ryc. 1. – Liczba placówek biorących udział w programach.



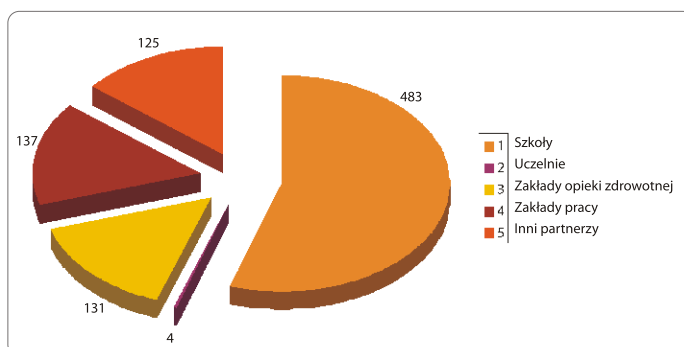
Ryc. 2. Liczba przedszkolaków i uczniów – adresatów programu.

### Kampanie społeczne (pkt. 5, pkt. 6)

#### Światowy Dzień bez Tytoniu 31 V



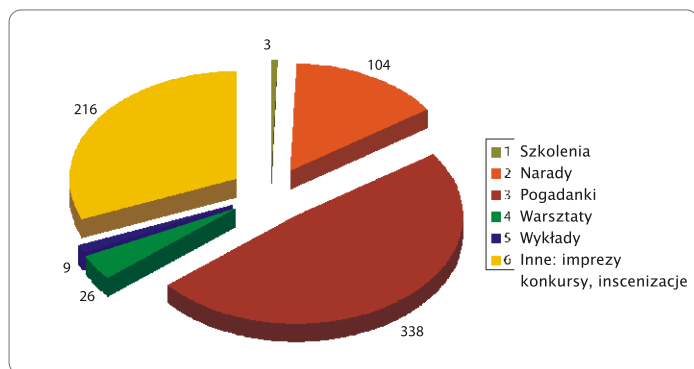
Ryc. 3. Liczba działań w ramach kampanii skierowanej do wytypowanych grup docelowych.



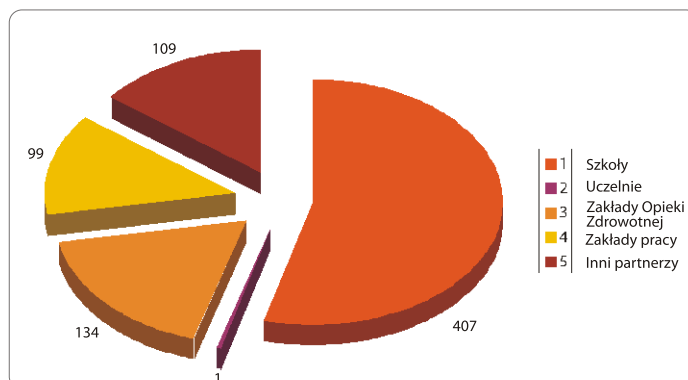
Ryc. 4. Liczba szkół, uczelni, zakładów opieki zdrowotnej, zakładów pracy i innych partnerów biorących udział w kampanii majowej.

## Światowy Dzień Rzucania Palenia

(trzeci czwartek listopada)



Ryc. 5. Liczba działań w ramach kampanii skierowanej do wytypowanych grup docelowych.



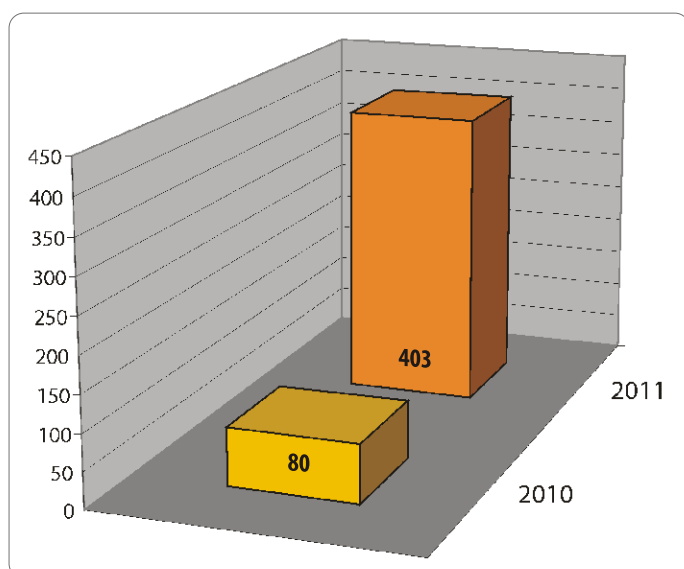
Ryc. 6. Liczba szkół, uczelni, zakładów opieki zdrowotnej, zakładów pracy i innych partnerów biorących udział w kampanii listopadowej.

## Interwencje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych

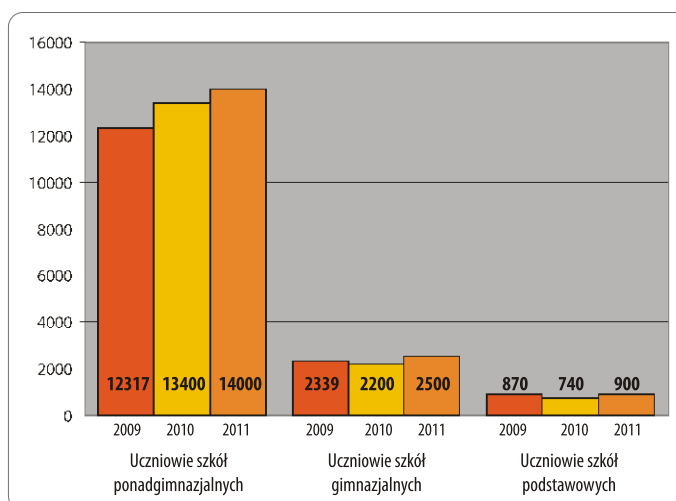
### Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV w latach 2007-2011

Obejmował w 2011 roku inicjatywy takie jak:

- kampania medialna „Zrób test na HIV”
- konkurs plastyczny skierowany do uczniów szkół ponadgimnazjalnych „Nie ryzykuj! Chronię swoje zdrowie” ogłoszony na okoliczność „Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS”
- działalność Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego HIV/AIDS w siedzibie WSSE w Bydgoszczy przy współpracy ze Stowarzyszeniem Wolontariuszy „Razem” z Torunia
- obchody Światowego Dnia AIDS
- szkolenia młodzieży, osadzonych w Zakładzie Karnym w Bydgoszczy.



Ryc. 7. Liczba osób przychodzących do PKD w WSSE w Bydgoszczy.

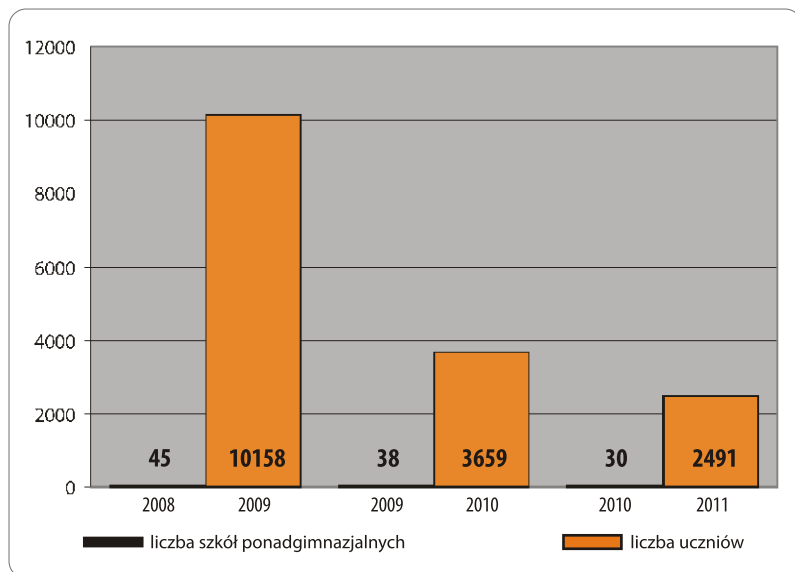


Ryc. 8. Liczba odbiorców systematycznych działań edukacyjnych prowadzonych na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2009/2011.

## Przedsięwzięcie edukacyjne „Tatuaż a zdrowie”

Realizowane w celu zwiększenia świadomości oraz wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych (ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych) wynikających z wykonywania zabiegów zdobienia ciała.

Działania edukacyjne dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, dla klientów studiów tatuażu, gabinetów kosmetycznych z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych autorstwa koordynatora wojewódzkiego.



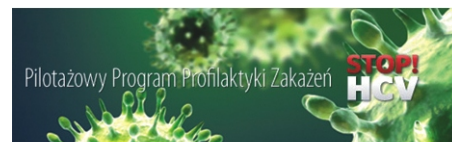
Ryc. 9. Liczba odbiorców działań edukacyjnych (młodzieży szkół ponadgimnazjalnych) na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2008/ 2011.



## Ogólnopolski Program Edukacyjny „STOP! HCV”

Pilotaż w module szkolnym zrealizowano w okresie od listopada 2010 roku do maja 2011 roku. Program zrealizowały 23 szkoły ponad-gimnazjalne, w których lekcja edukacyjna odbyła się w 14 klasach pierwszych i 12 klasach drugich.

Ogółem w pilotażu udział wzięło 638 uczniów z 26 klas, w tym 363 z klas pierwszych (57%) i 275 z klas drugich (43%).

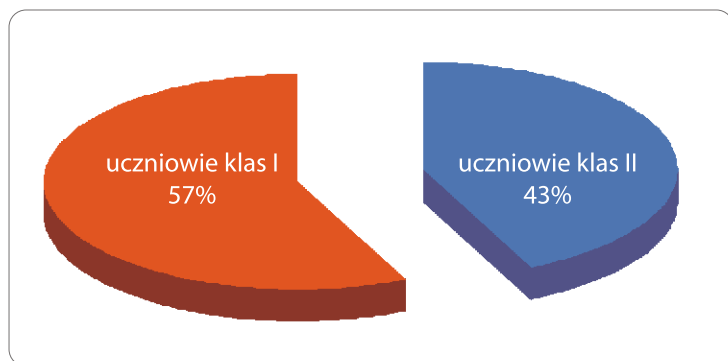


W szkoleniu zorganizowanym przez WSSE udział wzięły 42 osoby, w tym 19 koordynatorów z PSSE i 23 nauczycieli.

Ośmiu nauczycieli realizujących pilotaż otrzymało indywidualny instruktaż udzielony przez pracownika PSSE.

Nauczyciele bardzo dobrze ocenili poszczególne elementy programu w następującym odsetku:

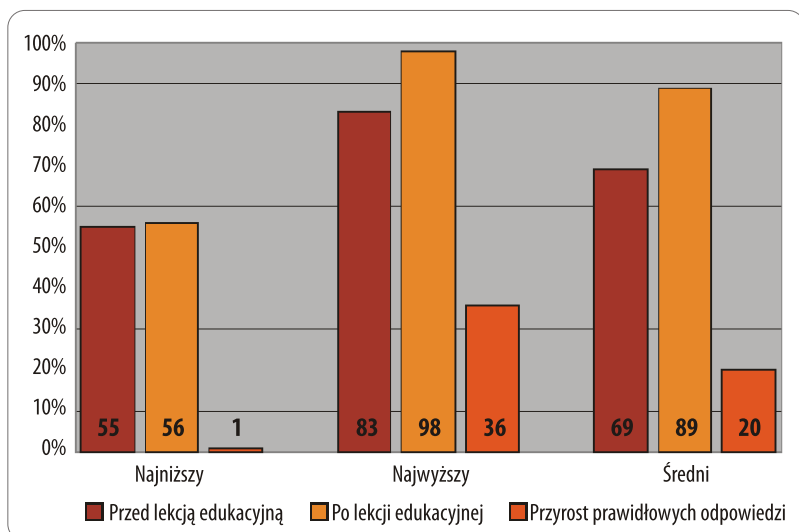
- odbiór lekcji edukacyjnej przez uczniów - 96%
- ogólna ocena lekcji edukacyjnej przez nauczyciela - 100%
- dostosowanie założeń i sposobu realizacji lekcji edukacyjnej do wieku uczniów - 87%
- ocena materiałów edukacyjnych dla nauczyciela - 96%
- ocena materiałów edukacyjnych dla uczniów - 78%
- ocena materiałów dodatkowych (ulotek) - 91%
- ocena realizacji zakładanych celów - 100%.



Ryc. 10. Struktura uczniów szkół ponadgimnazjalnych poddanych interwencji programowej.

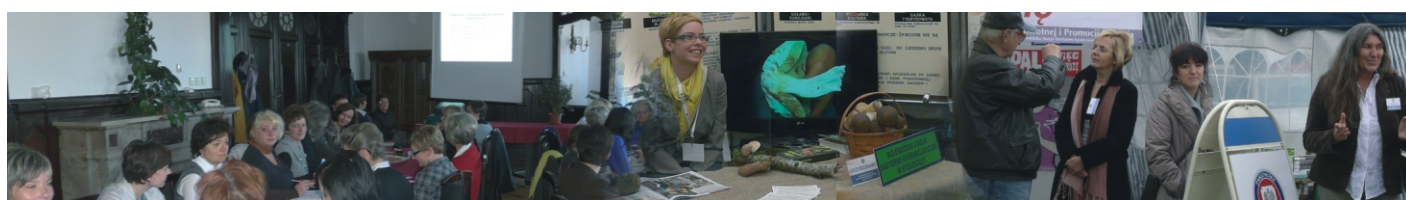
Średnia wojewódzka wartość prawidłowych odpowiedzi w ankiecie przed rozpoczęciem lekcji edukacyjnej wyniosła 69%, a po jej zakończeniu 89% (przy zróżnicowaniu w poszczególnych klasach – od 55% do 83%

w ankiecie pre- i odpowiednio od 56% do 98% w ankiecie post-). Średni wojewódzki przyrost odpowiedzi prawidłowych wyniósł 20%, wahając się w poszczególnych szkołach od 1 % do 36%.



Ryc. 11. Odsetki prawidłowych odpowiedzi uczniów w ankietywnym badaniu

Pomimo, że zamiar uczestnictwa w kolejnych edycjach działań edukacyjnych zadeklarowały wszystkie szkoły, odstąpiono od realizacji II edycji programu ze względu na ograniczenia finansowe głównego partnera programu.



## Poprawa sposobu odżywiania, zapobieganie nadwadze i otyłości oraz profilaktyka zatrucień pokarmowych

### Interwencje programowe krajowe

#### „Trzymaj Formę!” – ogólnopolski program edukacyjny promujący zbilansowaną dietę i aktywność fizyczną wśród młodzieży szkolnej

##### 5 edycja 2010-2011

program w 2009 roku wpisany pod nr 1113 do oficjalnego rejestru działań promujących prozdrowotny styl życia, prowadzonego przez Europejską Platformę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, objęty Patronatem Honorowym przez Ministra Zdrowia.

**Cel:** zwiększenie świadomości na temat wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie.

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



Program „Trzymaj Formę!” w województwie kujawsko-pomorskim											
edycje programu	liczba szkół w programie			liczba klas w programie			liczba uczniów w programie			liczba realizat	liczba rodziców
	szkoły	Gimn.	Podst.	klasy	kl. Gim.	kl. SP	uczniów	ucz. Gim	ucz. SP		
1ed. 2006/07	268	248	20	2.455	2.323	132	57.120	54.280	2.840	1,3 tys.	14,9 tys.
2ed. 2007/08	384	268	116	2.170	1.691	479	50.814	41.716	9.098	1,8 tys.	17,4 tys.
3ed. 2008/09	416	268	148	2.076	1.553	523	44.070	33.785	10.285	1,8 tys.	15,5 tys.
4ed. 2009/10	447	283	164	2.572	2.038	534	53.745	43.191	10.554	2,0 tys.	17,7 tys.
<b>5 edycja 2010/2011</b>	<b>434</b>	<b>257</b>	<b>177</b>	<b>2.112</b>	<b>1.558</b>	<b>554</b>	<b>47.416</b>	<b>36.105</b>	<b>11.311</b>	<b>1,5 tys.</b>	<b>13,7 tys.</b>
	43%	70%	27%	46%	55%	32%	42%	52%	26%		

W 5 edycji program realizowany był w 434 szkołach (257 gimnazjalnych i 177 podstawowych).

O środowiskowym charakterze działań programowych świadczy ogromna liczba współpracujących jednostek - 613 (samorządów, instytucji, organizacji, firm, placówek kultury, klubów sportowych i innych).

W roku szkolnym 2011-2012 wdrożona i jest w trakcie realizacji 6 edycja programu, do której przystąpienie zadeklarowało 465 szkół z 19 powiatów.

### Interwencje nieprogramowe krajowe

#### Profilaktyka zakażeń bakterią *E.coli*

W ramach ogólnopolskiej akcji informacyjno-edukacyjnej, w odpowiedzi na niepokojące (od czerwca 2011), sygnały w mediach nt. zakażeń bakterią *Escherichia coli*, rozpowszechnione zostały zalecenia Światowej

Organizacji Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia / Głównego Inspektoratu Sanitarnego, dotyczące bezpieczeństwa żywności, a zwłaszcza bezpiecznego spożycia surowych warzyw i owoców.

## Interwencje programowe wojewódzkie

### „Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem”

wojewódzki autorski program edukacyjny – 4 edycja 2010/ 2011 (zaakceptowany w 2006 r. i rekomendowany w 2007 r. przez GIS).

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

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

Program realizowany był na terenie 10 powiatów - Brodnica, Bydgoszcz, Chełmno, Golub-Dobrzyń, Grudziądz, Rypin, Sępólno, Toruń, Włocławek, Żnin.

Zajęcia prowadzone były w oparciu o pakiety edukacyjne („Przewodnik po etykietce spożywczej”) autorstwa koordynatora wojewódzkiego.

Zastosowano różnorodne formy, np.: warsztaty kulinarne, grupowe wyjścia do

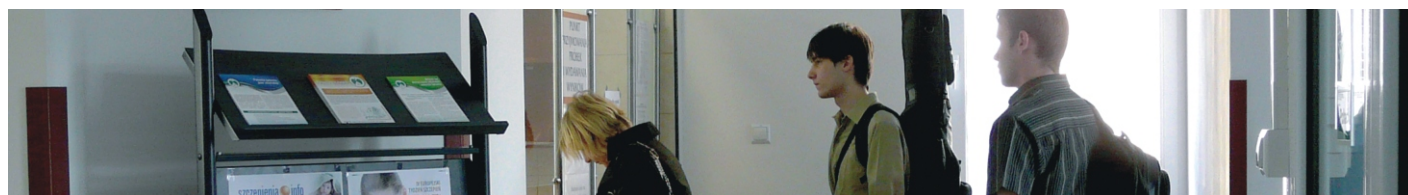
sklepów spożywczych, własne projekty etykiet, prezentacje multimedialne, giełdy etykiet, atlasy etykiet, scenki rodzajowe, diagram "Etykieta - łamigłówka większa niż krzyżówka", wystawy, konkursy, imprezy szkolne.

Program - użyczony na prośbę WSSE w Olsztynie - realizowany był także w województwie warmińsko-mazurskim.

edycja rok szkolny	liczba PSSE	liczba szkół	liczba klas	liczba uczniów + innych odbiorców (rodzice, młodzież, personel szkolny)	liczba wizytacji	liczba ankietowanych uczniów
edycja pilotaż 2004-2005	18*	30	73	2.104 + 224	23 (77%)	874 (42%)
1 programowa 2007-2008	19	48	103	2.524 + 3.778	35 (73%)	1.679 (67%)
2 programowa 2008-2009	18**	58	87	2.233 + 2.700	33 (57%)	1.640 (74%)
3 programowa 2009-2010	14***	45	79	1.938 + 1.717	31 (69%)	1.664 (86%)
4 programowa 2010-2011	10****	36	66	1.534 + 1.232	100% zesp. szkół	1.340 (87,4%)

bez udziału PSSE:

- \* Grudziądz
- \*\* Aleksandrów
- \*\*\* Aleksandrów, Lipno, Mogilno, Rypin, Wąbrzeźno
- \*\*\*\* Aleksandrów, Inowrocław, Lipno, Mogilno, Nakło, Świecie, Radziejów, Tuchola, Wąbrzeźno.



## Interwencje nieprogramowe wojewódzkie

### „Uroczystości komunijne bez zatruc pokarmowych” 2011 - coroczna tzw. akcja komunijna

**Cel:** zapobieganie zatruciom i zakażeniom pokarmowym w okresie uroczystości I-komunijnych poprzez działania informacyjno-edukacyjne wśród społeczności lokalnej województwa kujawsko-pomorskiego.

**Grupa docelowa:** rodzice i opiekunowie dzieci II klas szkół podstawowych przystępujących do I Komunii Świętej oraz osoby związane z przygotowaniem uroczystości komunijnych.

Działania akcyjne to m.in.: opracowanie i wystosowanie komunikatów, ulotek, listów intencyjnych, notatek prasowych itp., prowadzenie zajęć edukacyjnych, instruktaże przez kontrolujących (N.HŻ PSSE) lokale gastronomiczne, odczytywanie komunikatów przez księży podczas nabożeństw,

ekspozycje na terenie szkół, kościołów, urzędów, sklepów, organizacja konkursów i apeli tematycznych w szkołach, nagłośnienie problematyki w mediach. Akcją objęto 1,5 tys. jednostek z 19 powiatów.

W statystykach epidemiologicznych na przestrzeni ostatnich lat zauważalna jest tendencja zniżkowa odnośnie zachorowań na zatrucia pokarmowe o etiologii salmonellozowej. Zatrucia wystąpiły w powiecie toruńskim (2007-2010) oraz bydgoskim (2010).

**W 2011 po raz pierwszy w województwie nie zanotowano zatruc pokarmowych w okresie przyjęć I-komunijnych.**

rok	parafie rzymsko-katolickie	szkoły podstawowe	lokale gastron.	UMG + sołectwa	media/ publikacje	inne placówki *	placówki objęte akcją	osoby objęte akcją
2004	259	203	14	23+129	19/ 22	14	661	9.371
2005	278	330	224	46+129	31/ 38	93	1.131	13.800
2006	359 (66%)	352 (48%)	80	58+129	39/ 41	104	1.146	14.000
2007	406 (75%)	526 (72%)	126	71+139	47/ 41	166	1.481	19.379
2008	436 (81%)	494 (68%)	144	61+175	48/ 38	166	1.524	21.494
2009	455 (85%)	487 (70%)	147	70+143	48/ 36	208	1.559	21.212
2010	473 (88%)	457 (66%)	225	48+129	65/ 51	159	1.556	24.964
2011	453 (85%)	509 (73%)	258	70+129	46/ 40	175	1.640	23.247

\*placówki służby zdrowia, kultury, PCK, koła gospodyń wiejskich, sklepy, cukiernie, domy dziecka.





Państwowy Wojewódzki  
Inspektor Sanitarny  
w Bydgoszczy

Wojewódzka Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna  
w Bydgoszczy

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