

Stan sanitarno - higieniczny Małopolski w 2009 roku



Wojewódzka Stacja
Sanitarno - Epidemiologiczna w Krakowie



Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie

Stan sanitarno - higieniczny Małopolski w 2009 roku

Kierująca zespołem autorskim: mgr inż. Daria Orzechowska

Zespół autorski:

mgr inż. Katarzyna Bandoła, mgr inż. Piotr Pokrzywa, mgr inż. Krzysztof Wesołowski,
lek. med. Małgorzata Pawłowska, Krystyna Leżańska, mgr inż. Marta Zielińska,
lek. med. Elżbieta Sykut, Małgorzata Frankowska, inż. Rafał Śliwiński, mgr Elżbieta Fąfara,
mgr. inż. Agnieszka Balcer, mgr Magdalena Rasińska, mgr Ewa Witek,
mgr Agnieszka Hejmo,

Wydawca:

Opracowano w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie

© WSSE Kraków, 2010

Wykorzystywanie całości lub fragmentów opracowania jest dozwolone, za wyjątkiem sytuacji gdy miałyby służyć celom konferencyjnym, pod warunkiem odnotowania źródła informacji.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
I. Schorzenia wywołane przez czynniki środowiskowe	7
I _A . Choroby zakaźne na tle innych schorzeń	7
I _B . Choroby zakaźne	10
Wybrane rejestrowane choroby zakaźne	12
Grypa i infekcje grypopodobne	15
Ospa wietrzna	19
Wirusowe zapalenia wątroby (WZW).....	22
WZW typu A	22
WZW typu B	23
WZW typu C	26
Gruźlica	28
Odra, Świnka, Różyczka	30
Krzusiec.....	33
ostre porażenia wiotkie.....	35
HIV/ AIDS	36
Inwazyjna choroba meningokokowa	37
I _B . Zatrucia i zakażenia pokarmowe	40
Bakteryjne zatrucia i zakażenia pokarmowe	41
Wirusowe zakażenia jelitowe	43
Biegunki u dzieci do 2 lat.....	44
Dur brzuszny i paradury.....	45
I _C . Choroby zawodowe.....	46
II. Zagrożenia wynikające z działalności człowieka	55
II _a . Woda pitna.....	55
Kąpieliska.....	64
II _B . Żywność i żywienie	67
II _C . Pyły w powietrzu	80
Pył zawieszony PM10	80
Metale ciężkie w pyłe PM 10	87
II _D .Promieniowanie	88
Promieniowanie jonizujące	88
Wpływ promieniowania jonizującego na zdrowie człowieka	88
Zastosowanie medyczne promieniowania jonizującego.....	91

III.	Zagrożenia środowiskowe.....	93
III _A .	Środowisko pracy	93
III _B .	Środowisko zamieszkania.....	100
	Radon jako naturalne źródło promieniowania.....	100
	Radon w atmosferze	101
	Radon w budynkach	102
	Radon a południowa część polski.....	104
III _C .	Środowisko szpitalne	105
IV.	Przeciwdziałanie	119
IV _A .	Szczepienia profilaktyczne.....	119
	Szczepienia obowiązkowe.....	119
	Szczepienia zalecane	124
	Szczepienia interwencyjne	124
	Szczepienia przeciw chorobom tropikalnym.....	124
	Międzynarodowy punkt szczepień	125
IV _B .	Nadzór profilaktyczny	127
	Profilaktyka grypy w województwie małopolskim	127
	Uzgodnienia środowiskowe - sepsa.....	128
IV _C .	Oświata zdrowotna	130
	„Czyste powietrze wokół nas”.....	130
	Trzymaj Formę!.....	131
	Krajowy program zwalczania aids i zapobiegania zakażeniom hiv na lata 2007 - 2011 ..	133
	Wolność oddechu – zapobiegaj astmie	135
	Radosny uśmiech – radosna przyszłość	136
	Wybierz życie - pierwszy krok.....	137
	Profilaktyka grypy, w tym grypy wywołanej wirusem a/h1n1	139
IV _D .	Dzieci i młodzież.....	141
	Małopolska - atrakcyjny region na wypoczynek dzieci i młodzieży.....	141
	Profilaktyka zdrowotna dzieci i młodzieży	143
	Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami	145
IV _E .	Badania laboratoryjne.....	147
IV _F .	Nadzór nad obiektami żywnościowo -żywnościowymi.....	156
IV _G .	Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny.....	160
IV _H .	Działalność kontrolno-represyjna.....	165
V.	Podsumowanie	167

Jest to kolejne sprawozdanie o stanie sanitarno-higienicznym województwa małopolskiego. Drugie przygotowane z założeniem, iż podstawowym „klientem” czyli odbiorcą tych informacji będą władze samorządowe małopolskich powiatów. Chcielibyśmy aby informacje zawarte w tym materiale były użyteczne dla władz samorządowych przy ustalaniu planów działań naprawczych w powiecie.

Z dużą uwagą przyjmujemy wszelkie uwagi kierowane do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie w związku z tym podsumowaniem roku 2009. Gdyby ktoś z czytelników miał pomysł jak należy ten materiał uczynić w przyszłości ciekawszym prosimy aby się z nami podzielił tymi myślami. Na adres: sekretariat@wsse.krakow.pl lub 31-202 Kraków, ul. Prądnicka 76.

Wszystkim współpracownikom, którzy przyczynili się do postania tego „raportu” serdecznie dziękuję.

Małopolski Wojewódzki Inspektor Sanitarny
Dyrektor Wojewódzkiej Stacji
Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie

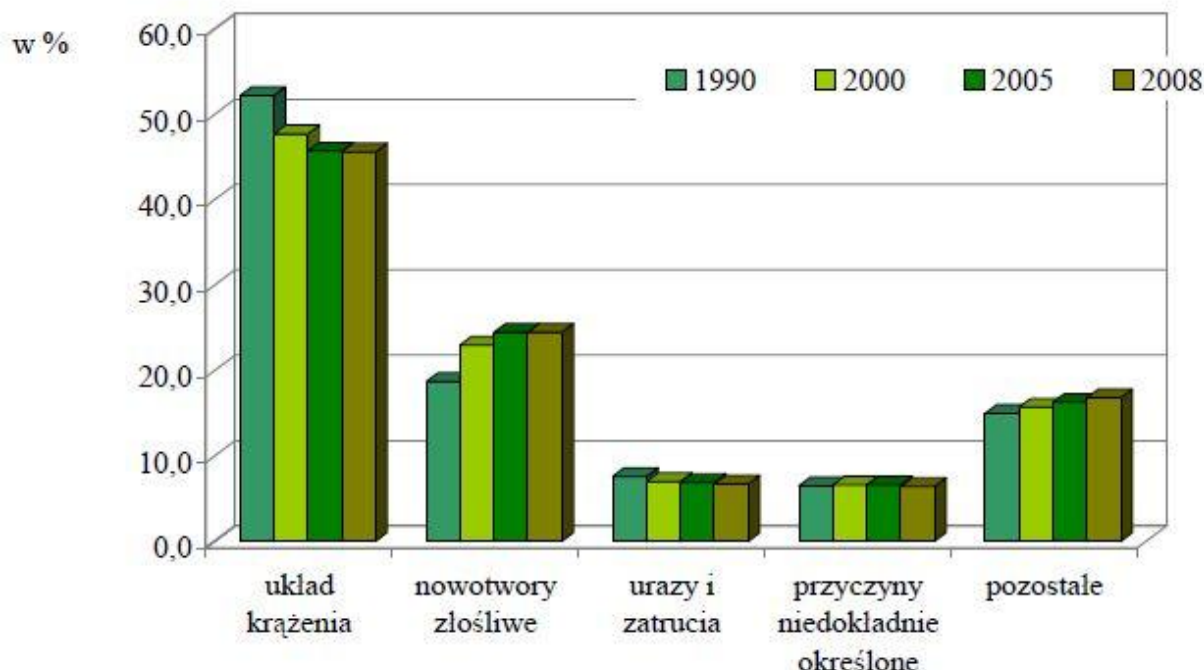
I. SCHORZENIA WYWOŁANE PRZEZ CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE

I_A. Choroby zakaźne na tle innych schorzeń

W połowie XX wieku na plan pierwszy jako przyczyny zgonów wysunęły się przewlekłe choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, udary, a także wypadki kończące się śmiercią.

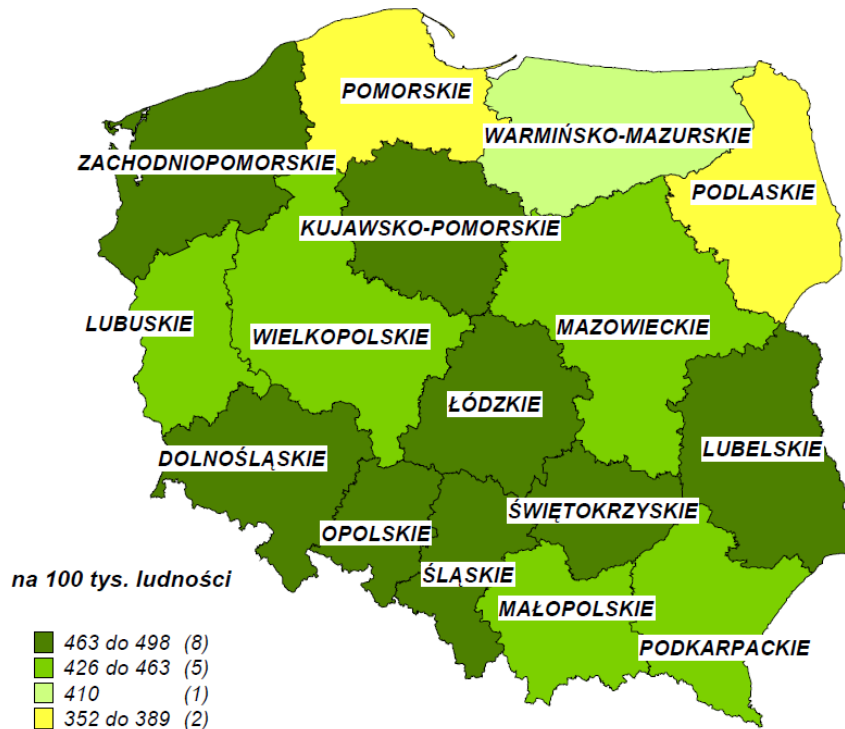
Wstępne dane wskazują, że w 2009r. zmarło ponad 387 tys. osób w Polsce, co oznacza prawie 8 tys. więcej niż w 2008r.; współczynnik umieralności wzrósł o 0,2 pkt do poziomu 10,1%. Do głównych przyczyn zgonów należały choroby układu krążenia i choroby nowotworowe oraz urazy i zatrucia. W zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwuje się pewną poprawę, obecnie stanowią one przyczynę ponad 45% wszystkich zgonów, a w 2000r. – prawie 48%. Niekorzystnym zjawiskiem jest bardzo szybki wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi do 26% ogółu zgonów 2008r., przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań; w 2000r. stanowiły one 23% zgonów. Urazy i zatrucia są przyczyną prawie 7% wszystkich zgonów.

Zgony według przyczyn w latach 1990-2008 w Polsce

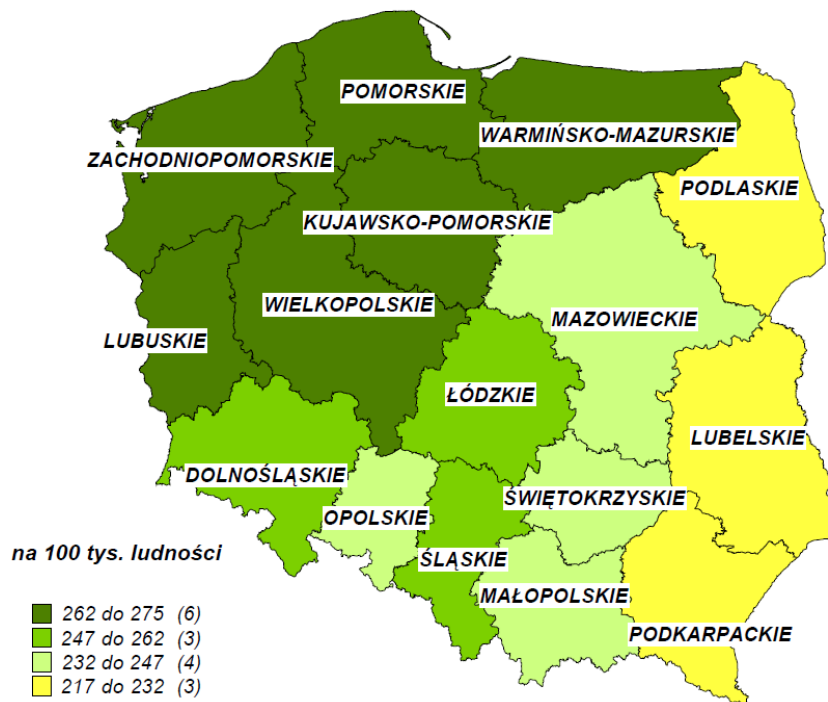


Poniżej zastawiono mapy ukazujące wskaźnik zgonów w Polsce opracowany przez GUS („Trwanie życia”; Warszawa 2009r.).

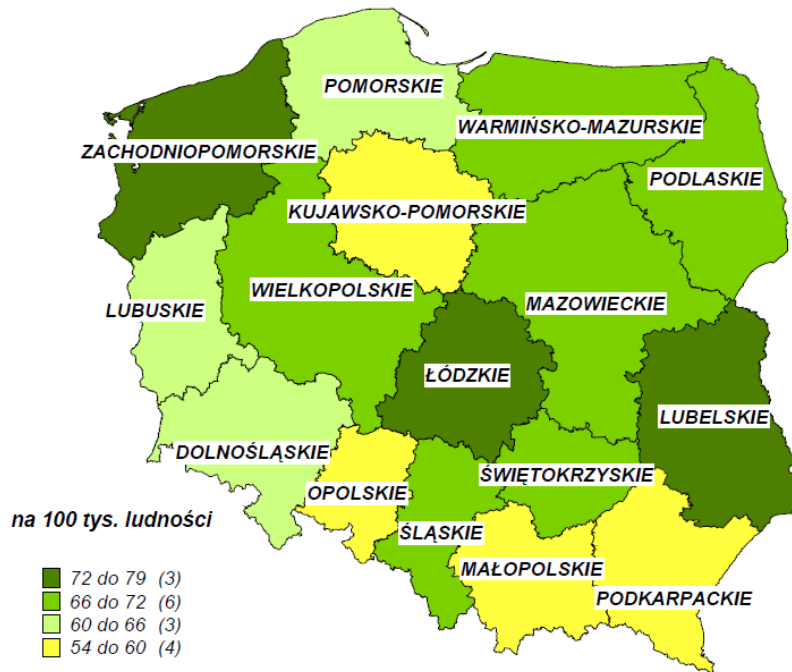
Współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia w 2008 r.



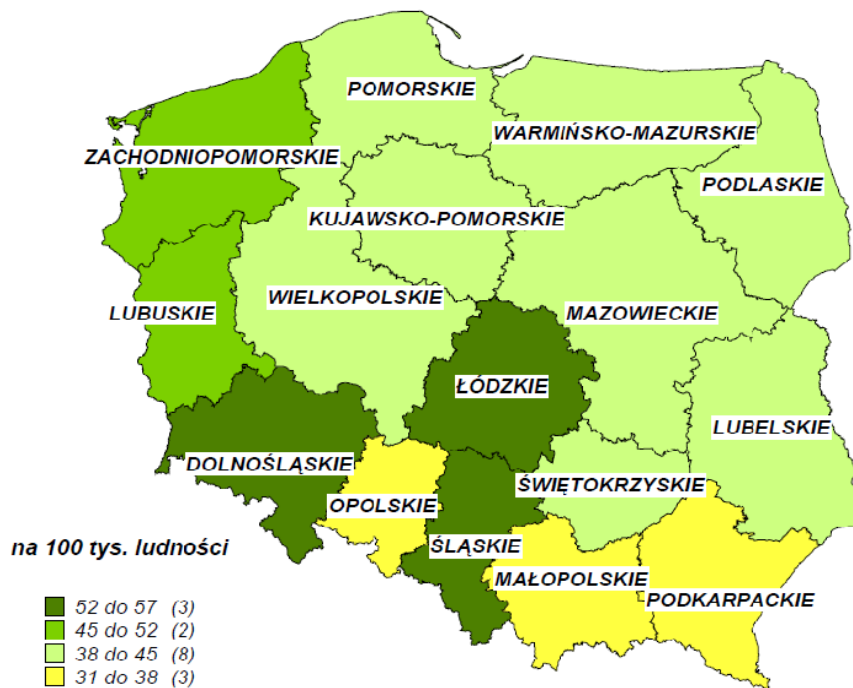
Współczynniki zgonów z powodu chorób nowotworowych w 2008 r.



Współczynniki zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn w 2008 r.



Współczynniki zgonów z powodu chorób układu trawiennego w 2008 r.



I_B. Choroby zakaźne

Sytuacja epidemiologiczna na świecie w zakresie chorób zakaźnych w 2009 r. została zdominowana przez epidemia grypy wywołaną nowym wirusem AH1N1v. Wirus pojawił się wiosną 2009 roku w Meksyku, skąd rozprzestrzenił się po całym świecie, doprowadzając do pierwszej od 1968 roku pandemii.

W woj. małopolskim ogólna liczba zgłoszonych w 2009 roku zachorowań na grypą i schorzenia grypopodobne wyniosła ponad 113 tys. przypadków i była pięciokrotnie wyższa w porównaniu z rokiem poprzednim. Pierwszą falę zachorowań zanotowano w okresie od stycznia do kwietnia (ponad 58 tys. przypadków), kolejna jesienno-zimowa zwyżka zachorowań rozpoczęła się na przełomie października i listopada (ponad 46 tys. przypadków). W woj. małopolskim w ciągu całego roku zakażenie wirusem nowej grypy potwierdzono u 116 osób w tym w przebiegu infekcji 9 osób zmarło.

Pojawienie się nowego wirusa grypy i ogłoszenie pandemii stanowiło wyzwanie dla służb sanitarno-epidemiologicznych. Podejmowane działania zapobiegawcze mające na celu ograniczanie i spowalnianie szerzenia się epidemii polegały na obejmowaniu nadzorem epidemiologicznym osób podejrzanych o zakażenie wirusem AH1N1v, osób z kontaktu z chorymi, przeprowadzaniu diagnostycznych badań wirusologicznych oraz informowaniu mieszkańców o chorobie i sposobach jej zapobiegania.

W zakresie pozostałych chorób zakaźnych najistotniejsze znaczenie mają choroby szerzące się drogą pokarmową – głównie zakażenia rotawirusowe (zwłaszcza u dzieci do lat 2), norowirusowe i wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A).

Zachorowania na biegunki dzieci do lat 2 - pomimo nieznacznego spadku w 2009 roku – w ostatnich kilku latach wykazują wyraźną tendencję wzrostową. Aż 42% przypadków biegunek u dzieci w tej grupie wiekowej nie ma określonej etiologii.

Ponieważ do zakażeń przewodu pokarmowego u dzieci do lat 2 dochodzi głównie w środowisku domowym – w zapobieganiu zakażeniom zasadnicza rola przypada oświacie zdrowotnej kształtującej zachowania prozdrowotne na rzecz zwiększania higieny osobistej oraz higieny przygotowywania posiłków w rodzinach dzieci w wieku do 2 lat.

Zaobserwowano również wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A. Łączna liczba zarejestrowanych zachorowań wynosi 44 przypadków, i jest to kilkakrotnie więcej niż w latach poprzednich.

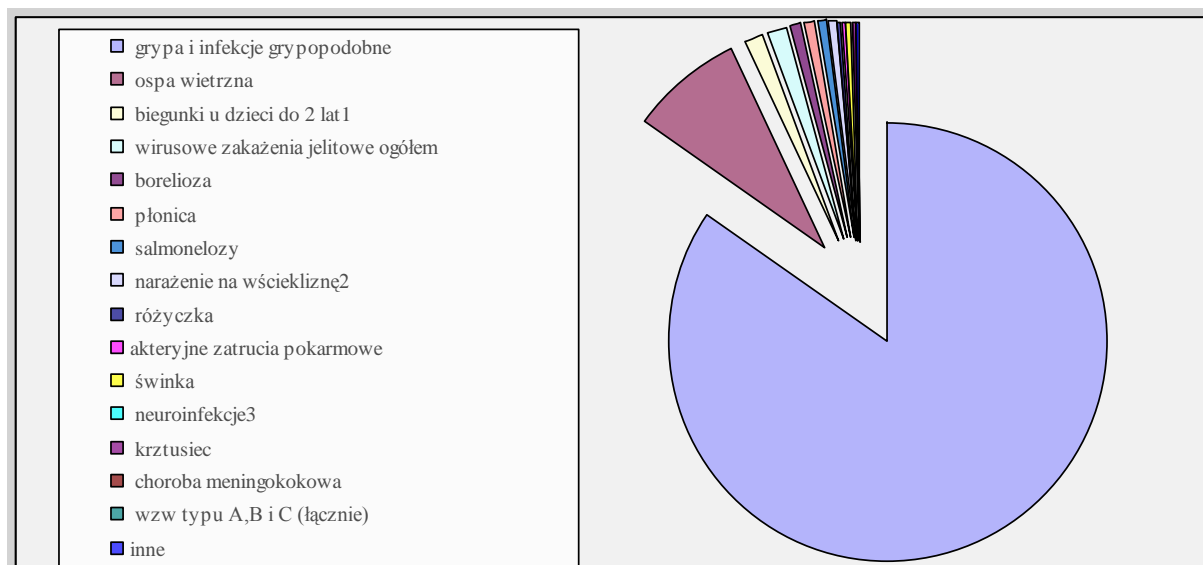
Nie uległa zmianie w porównaniu z rokiem poprzednim liczba zachorowań na salmonellozy. Utrzymujące się wysokie wskaźniki zapadalności w niektórych powiatach przekraczające średnią dla województwa i kraju świadczyć mogą o częstszym występowaniu na tych terenach zakażenia pałeczkami Salmonella wśród zwierząt, zwłaszcza ptactwa domowego. Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne prowadzą rejestry nosicieli pałeczek duru brzuszego – będących potencjalnym źródłem zakażenia zwłaszcza na terenach wiejskich w okresie powodzi lub po obfitych opadach deszczu.

W porównaniu z rokiem poprzednim zmniejszenie zachorowań zaobserwowano w przypadku chorób wieku dziecięcego - różyczki, ospy wietrznej i świnki. W przypadku różyczki spadek zachorowań jest po części wynikiem wprowadzenia obowiązkowych szczepień dzieci szczepionką trójwalentną przeciw odrze, śwince i różyczce, a po części wynika z naturalnej tendencji spadkowej zachorowań następującej po ich epidemicznej zwyżce. Cykliczną zmiennością typową dla niektórych chorób można tłumaczyć również spadek zachorowań na ospę wietrzną.

W zakresie zachorowań na WZW B aktualną sytuację epidemiologiczną można uznać za korzystną, głównie z powodu szerokiego rozpowszechnienia szczepień ochronnych.

Nowego znaczenia nabierają zakażenia meningokokowe w związku ze wzrostem rozpowszechnienia meningokoków grupy C cechujących się znaczną zdolnością do epidemicznego szerzenia się i powodowania ciężkich postaci zakażeń.

Wybrane choroby zakaźne w woj. małopolskim w 2009r.



WYBRANE REJESTROWANE CHOROBY ZAKAŻNE

jednostki chorobowe	liczba zachorowań			
	2006	2007	2008	2009
AIDS	5	7	7	10*
nosicielstwo HIV	15	25	42	35*
dur brzuszny	0	0	1	1
dury rzekome A, B, C	1	0	1	1
czerwonka bakteryjna	1	4	5	1
bakteryjne zatrucia pokarmowe ogółem	1 221	1 370	1120	991
w tym: salmonelozowe	1 014	1 055	817	805
gronkowcowe	47	18	13	24
jadem kielbasianym	1	3	2	0
inne określone i nieokreślone	159	294	288	162
zakażenia jelitowe wywołane przez Campylobacter	22	18	13	35
zakażenia jelitowe wywołane przez Yersinia enterocolitica	13	29	28	38
inne bakteryjne zakażenia pokarmowe	607	429	358	234
biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	b.d.	b.d.	b.d.	1066
wirusowe zakażenia jelitowe ogółem	1 355	1 757	2116	1825
w tym: rotawirusowe	1 143	1 346	1717	1582
norowirusowe	106	286	125	84
inne i nieokreślone	106	125	274	162
biegunki u dzieci do 2 lat	1 455	1 911	2022	1959
w tym: bakteryjne	207	239	178	158
wirusowe	714	818	996	968
o nieokreślonej etiologii	534	854	848	833
krztusiec	36	165	177	169
teżec	6	3	5	6
odra	7	2	3	0
różyczka	866	2 275	645	389
ospa wietrzna	11 455	13 967	11223	10964
świnka	775	222	277	245
wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	198	193	83	77

zapalenie mózgu wirusowe i nieokreślone	32	43	31	49
w tym: przenoszone przez kleszcze	8	15	11	34
choroba meningokokowa	28	42	48	24
w tym: zapalenie opon mózg.-rdzeniowych	15	21	24	13
posocznica	21	28	22	14
choroba wywołana przez Streptococcus pneumoniae	17	23	19	23
w tym: zapalenie opon mózg.- rdzen. i/lub mózgu	6	7	12	17
posocznica	6	6	9	7
choroba wywołana przez Haemophilus influenzae	4	3	1	1
w tym: zapalenie opon mózg.- rdzen. i/lub mózgu	1	1	0	0
posocznica	3	1	1	1
zapalenie opon mózgowo - rdzen. inne bakteryjne	53	63	80	44
zapalenie opon mózgowo - rdzen. nie określone	31	125	47	53
posocznice ogółem ¹	188	225	215	b.d.
w tym: wzv typu A	9	3	9	44
wzv typu B (ostre i przewlekłe)	69	49	43	20
wzv typu C(objawowe)	69	34	32	30
nowo wykryte zakażenia HCV ogółem	1032	994	339	21
płonica	687	811	836	1141
borelioza	633	833	1044	1045
róża	509	478	461	269
świerzb	439	427	525	b.d.
malaria	0	0	7	1
tasiemczyce	12	4	7	b.d.
choroba Creutzfeldta-Jakoba	1	1	0	1
zapalenia płuc	2 153	5 287	4 357	b.d.
grypa sezonowa i infekcje grypopodobne	16 586	57 954	20 586	113313
Grypa A/H1N1/v				116
narażenie na wściekliznę ³	837	815	777	803

¹z wyłączeniem meningokokowych, pneumokokowych i Hib

³pokąsania, po których zastosowano szczepienia przeciw wściekliznie

*do 31.10.2009 b.d. brak danych

Wybrane choroby zakaźne w woj. małopolskim i w Polsce w 2009 roku

jednostki chorobowe	woj. małopolskie		Polska	
	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000	liczba zachorowań	zapadalność na 100 000
grypa i infekcje grypopodobne	113313	3441,2	1081466	2834,5
ospa wietrzna	10964	333,0	138952	364,6
biegunki u dzieci do 2 lat ¹	1959	266,8	30318	367,5
wirusowe zakażenia jelitowe ogółem	1828	55,5	31285	82,0
borelioza	1045	32,1	10313	27,0
płonica	1141	34,7	13845	36,3
salmonelozy	814	24,7	8959	23,5
narażenie na wściekliznę ²	803	24,5	6865	18,0
różyczka	389	11,8	7514	19,7
bakteryjne zakażenia jelitowe	307	9,3	6664	17,5
nowowykryte zakażenia HCV	21	0,64	1888	4,95
bakteryjne zatrucia pokarmowe z wyłączeniem salmoneloz	307	9,3	1952	5,1
świnka	245	7,5	2915	7,7
neuroinfekcje ³	242	7,3	2303	6,0
krztusiec	169	5,2	2391	6,3
choroba meningokokowa	24	0,8	307	0,8
wzw typu B (ostre i przewlekłe)	20	0,6	1469	3,8
wzw typu C ⁴	30	0,9	1913	5,0
wzw typu A	44	1,3	651	1,7
czerwonka bakteryjna	1	0,03	30	0,08
tężec	6	0,2	19	0,05

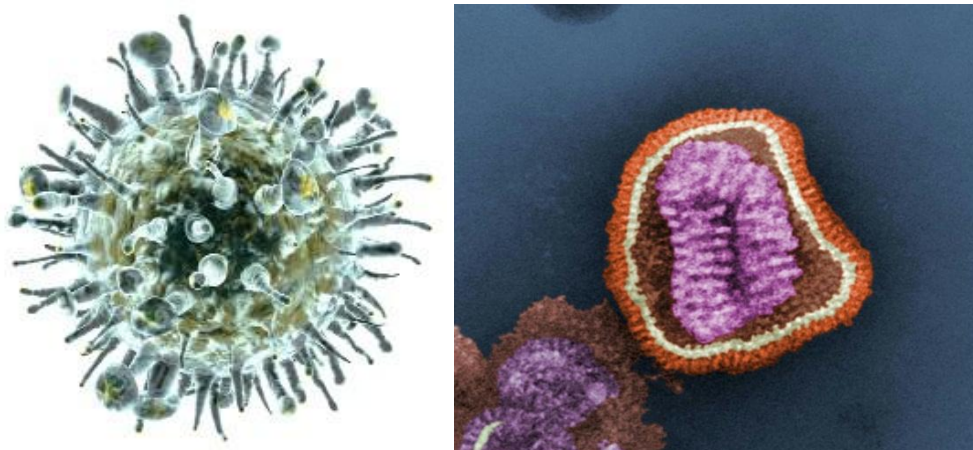
¹ zapadalność liczona na 10 000 dzieci do lat 2

² pokąsania, po których podjęto szczepienia przeciw wściekliznie

³ z wyłączeniem zakażeń meningokokowych

Grypa i infekcje grypopodobne

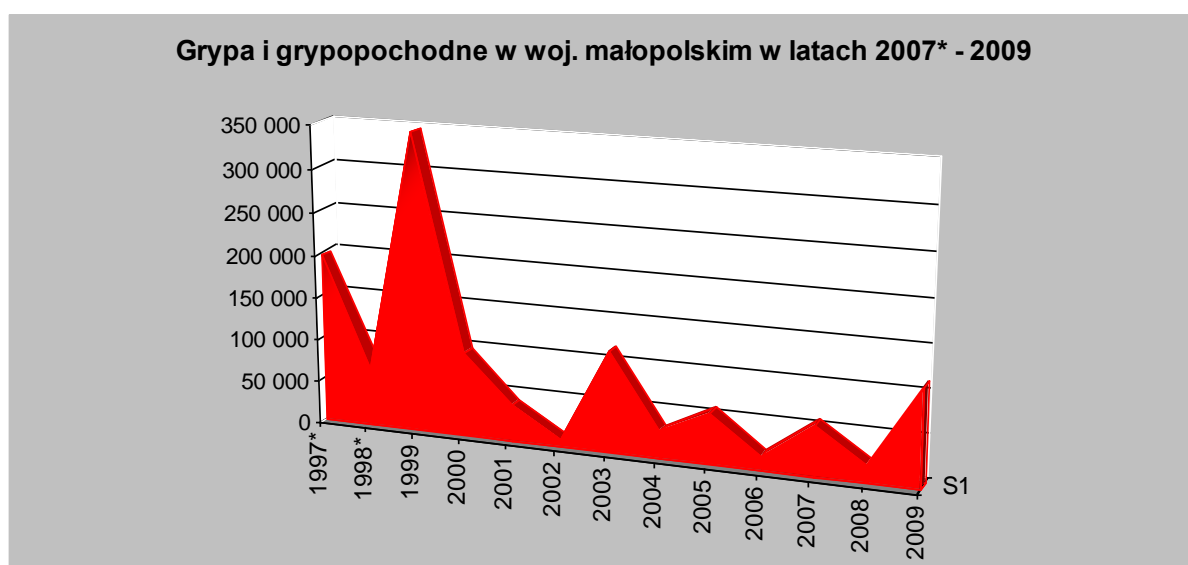
Grypa, najczęściej występująca choroba zakaźna jest wywoływana przez wirus z grupy Orthomyxviridae. Jest to choroba bardzo zaraźliwa, przenoszona drogą kropelkową. W miesiącach zimowych często dochodzi do epidemii grypy a nawet pandemii. Wyróżnia się trzy typy wirusa grypy: A, B, C. Wirus grypy.



Autor: commons.wikimedia.org

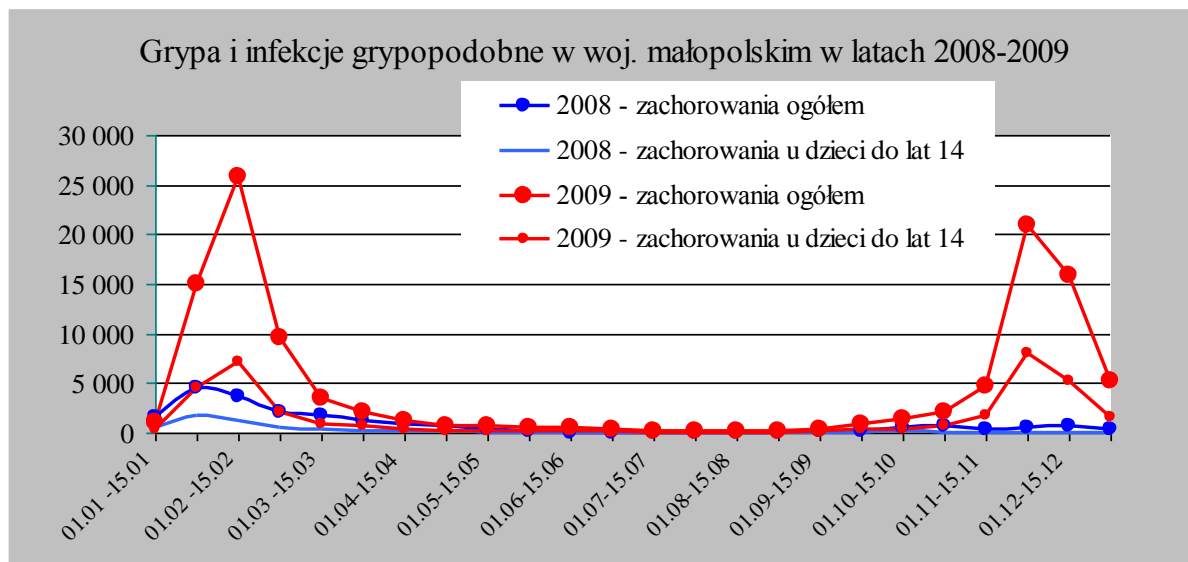
W 2009 roku notowano zachorowania wywołane wirusami grypy sezonowej oraz nowym szczepem grypy AH1N1v (wariant wywodzący się z wirusów grypy świń). Po raz pierwszy nowy wirus AH1N1v pojawił się wiosną 2009 roku wśród mieszkańców Meksyku, skąd został poprzez osoby podróżujące rozprzestrzeniony na cały świat, doprowadzając do pierwszej od 1968 roku pandemii.

W 2009 roku w woj. małopolskim zgłoszono do Inspekcji Sanitarnej łącznie 113 313 zachorowań na grypę i schorzenia grypopodobne tj. ponad pięciokrotnie więcej w porównaniu z rokiem poprzednim. Zapadalność wyniosła 3441,2 na 100 000 mieszkańców i była wyższa od notowanej w tym samym okresie w Polsce (zap.: 2834,5).



* liczby wyliczone dla obecnego woj. małopolskiego

Pierwszą falę epidemicznego wzrostu zachorowań na grypę sezonową i schorzenia grypopodobne zanotowano w okresie od stycznia do kwietnia (58 873 zachorowań). Szczyt zachorowań miał miejsce w pierwszym tygodniu lutego, kiedy zanotowano ponad 14 tys. zachorowań. Jesienna wyraźna wyżka zachorowań rozpoczęła się na przełomie października i listopada. Najwięcej zachorowań odnotowano w ostatnim tygodniu listopada (13 tys. zachorowań - zapadalność tygodniowa: 95 zachorowań na 100 000 mieszkańców).

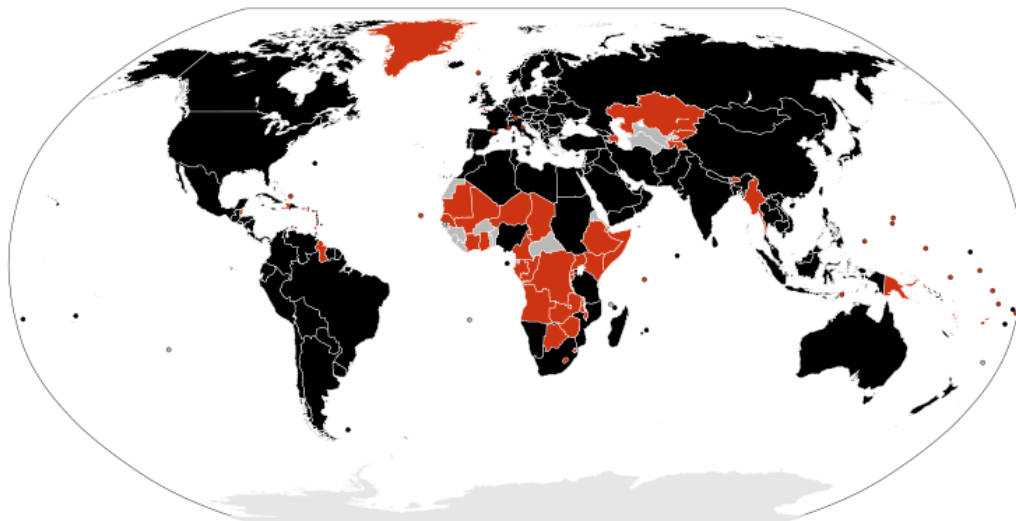


Grypa jest chorobą o wysokiej zapadalności, nasilającej się rokrocznie w sezonie jesienno-zimowym. Coroczne sezony grypowe wiążą się absencją chorobową, wzrostem liczby zgonów, szczególnie osób w starszych grupach wiekowych, przeciążeniem instytucji medycznych i znacznymi kosztami społecznymi. Nadzór epidemiologiczny w Polsce opiera się na objawowym rejestrowaniu zakażeń górnych dróg oddechowych, określanych jako „zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę”, wśród których grypa stanowi wysoki, ale nie do końca zidentyfikowany odsetek. Taki tryb zgłaszania jest wystarczający do oceny trendów zapadalności oraz do porównania poszczególnych sezonów między sobą, jednak nie może stanowić podstaw do porównań międzynarodowych.

Od czasu ostatniej pandemii grypy Hong Kong z 1968 r. aż do roku 2009 r. nie obserwowano nowej pandemii, a tylko zachorowania sezonowe w liczbach zmieniających się corocznie bez określonego wieloletniego trendu. Skala tych rocznych wahań wyniosła od około 80 tys. w 1990 r. do 3,8 mln w 1975 r., a biorąc pod uwagę sezony - od około 81 tys. w sezonie 1989/90 do 4,9 mln w sezonie 1975/76. W 2007 zgłoszono 374 042 zachorowania a zapadalność wyniosła 981,3 na 100 000 ludności.

Rozprzestrzenianie się wirusa grypy A/H1N1 zaczęło się na przełomie marca i kwietnia w Meksyku, której owocem było ponad 12 tys. zgonów i co najmniej 850 tys. zarażeń.

Mapa prezentująca infekcje wirusem A/H1N1 na świecie¹



- potwierdzone zgony
- potwierdzone infekcje
- niepotwierdzone infekcje

W dniu 11 czerwca 2009 r. Główny Inspektor Sanitarny w Warszawie, uwzględniając m.in. aktualną sytuację epidemiologiczną grypy typu A/H1N1, ogłosił 6 fazę pandemii grypy.

Faza 6, najwyższa w skali określonej przez WHO, występuje wtedy, gdy epidemia grypy wystąpi w przynajmniej jednym kraju, leżącym w innym regionie WHO, niż kraje w których wcześniej potwierdzono epidemię i utrzymującą się transmisję wirusa z człowieka na człowieka (USA i Meksyk - Region WHO dla Ameryk). Ogłoszenie 6 fazy pandemii grypy nie oznaczało, że wirus grypy typu A/H1N1 stał się bardziej zjadliwy. Nie oznaczało również, że wirus spowoduje duże zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu społeczeństwa. Oznaczało jednak, że światowa pandemia trwała i że każdy kraj mógł zostać dotknięty. Polska współpracowała i nadal współpracuje z innymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej, Europejskim Centrum ds. Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC), Komisją Europejską (EC), Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz z innymi partnerami tak, aby zapewnić sprawną wymianę informacji, a tym samym skuteczne działanie.²

Ocenia się, że w Polsce - podobnie jak w innych krajach europejskich - w okresie jesiennym zdecydowana większość zachorowań na gripę była wywołana nowym wirusem AH1N1v. W ciągu całego roku na terenie woj. małopolskiego obecność nowego wirusa grypy AH1N1v potwierdzono u 116 osób, 9 osób zakażonych zmarło.

Z powodu grypy lub jej powikłań hospitalizowanych było 298 chorych, z tego 99 zakażonych wirusem AH1N1v.

Wśród ogólnej liczby zgłoszonych w ciągu roku zachorowań, 31,1% (35 243 przypadki) dotyczyło dzieci do lat 14. Zapadalność liczona na 100 000 dzieci w tej grupie wiekowej

¹ Strona internetowa: <http://commons.wikimedia.org>,

² Główny Inspektor Sanitarny w Warszawie, www.pis.gov.pl,

wyniosła 6 640,7 i była dwukrotnie wyższa w porównaniu ze średnią dla całej populacji mieszkańców woj. małopolskiego. Podczas jesienno-zimowej zwyżki zachorowań odsetek chorych dzieci do lat 14 wynosił 38,9% i był wyższy od notowanego w okresie zimowo-wiosennej fali wynoszącego 27,5%. W poszczególnych powiatach liczby zgłoszonych zachorowań były zróżnicowane. W przeliczeniu na 100 000 mieszkańców najwięcej chorych zgłoszono w powiecie myślenickim, krakowskim i suskim. Najmniej zachorowań zanotowano w powiatach: limanowskim, miechowskim i olkuskim.

Od 2004 roku Inspekcja Sanitarna województwa małopolskiego podejmuje próby realizacji epidemiologiczno-wirusologicznego nadzoru nad grypą opartego na systemie *Sentinel* - współpracując w tym zakresie z zainteresowanymi lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz z Krajowym Ośrodkiem ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH.

W ramach nadzoru *Sentinel* w okresie od stycznia do kwietnia 2009 roku - do diagnostyki wirusologicznej pobrano 630 wymazów z gardła od chorych z objawami grypy. Wirusy A grypy sezonowej stwierdzono u 18 chorych, wirusy grypy B u 19 osób, a w pozostałych próbkach dominowały wirusy RSV. Łącznie tylko 35% badanych próbek zawierało antygeny wirusów grypy lub innych wirusów oddechowych. W okresie jesiennej zwyżki zachorowań tj. od września do grudnia przebadano 152 próbki. W 3 badanych próbkach stwierdzono wirusy AH1v, w dwóch – wirusy grypy A, w kolejnych dwóch – B, pozostałe zawierały wirusy RSV (42 próbki) i parainfluenzy (8 próbek). Łącznie 57 badanych próbek tj. 37,5% zawierało wirusy grypy lub inne wirusy oddechowe.

Aktualnie system nadzoru nad grypą *Sentinel*, z uwagi na niewielką liczbę przeprowadzanych badań diagnostycznych (niska częstość pobrań) oraz nie zawsze prawidłowy dobór chorych do badania (niski odsetek próbek dodatnich) – ma ograniczone znaczenie w ocenie rzeczywistego rozpowszechnienia grypy, jak również w ustalaniu etiologii schorzeń grypopodobnych, których rozróżnienie na podstawie objawów klinicznych jest niemożliwe.

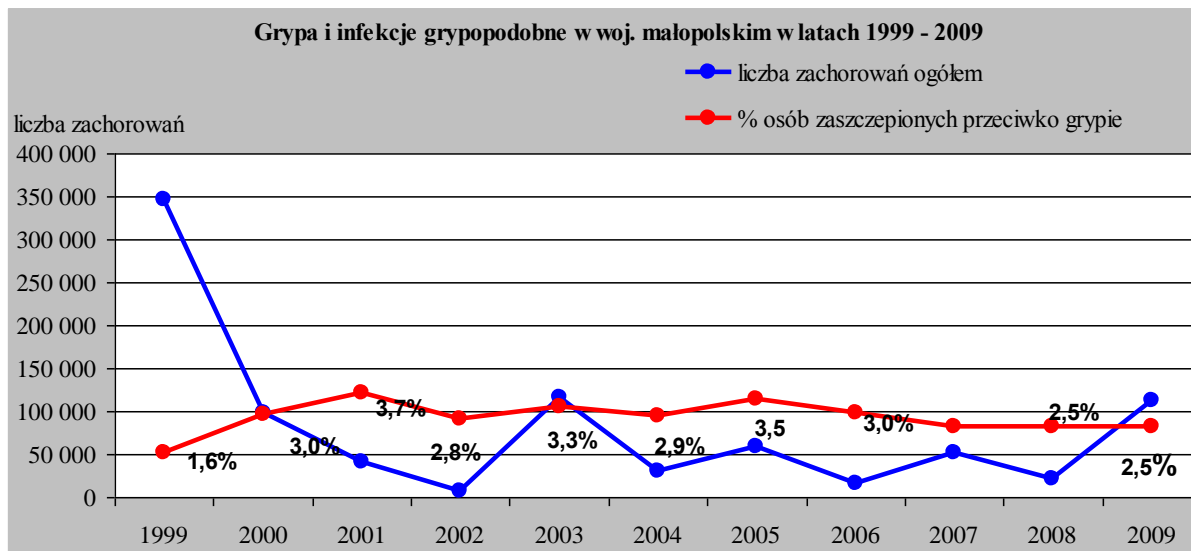
Ocenę rzeczywistego rozpowszechnienia grypy utrudnia dodatkowo ograniczona wiarygodność danych statystycznych, wynikająca zarówno z braku precyzyjnej definicji choroby na potrzeby nadzoru epidemiologicznego jak i z niewywiązywania się lekarzy z obowiązku zgłaszania choroby. Przedstawione dane liczbowe o zgłoszonych zachorowaniach na grypę i infekcje grypopodobne należy traktować jako zaniżone, również z powodu rezygnacji przez wielu chorych z wizyty u lekarza.

Trudno ocenić na ile obserwowany w 2009r. wzrost liczby zgłoszonych zachorowań wynikał z faktycznego wzrostu zachorowań, a na ile był konsekwencją ogłoszenia przez WHO pandemii grypy i związanej z tym poprawy w raportowaniu zachorowań. Brak ustawowego obowiązku zgłaszania do Inspekcji Sanitarnej zapaleń płuc - zwłaszcza podczas pandemii grypy – dodatkowo utrudnia właściwą ocenę sytuacji epidemiologicznej grypy i jej skutków.

W związku z trwającą obecnie pandemią grypy - sprawą priorytetową jest wzmocnienie nadzoru nad tą chorobą. Tylko właściwie zaplanowane badania epidemiologiczno-wirusologiczne pozwolą ocenić faktyczne rozpowszechnienie grypy w populacji, określić krążące typy wirusów i wykryć ich nowe dotychczas nie występujące odmiany.

W zapobieganiu grypie najważniejszą rolę odgrywają szczepienia.

W Polsce w porównaniu z innymi krajami rozpowszechnienie szczepień przeciw grypie jest niewielkie. W 2008 roku liczba osób zaszczepionych utrzymała się na poziomie zbliżonym do roku poprzedniego. Szczepieniom poddały się 81 923 osoby tj. 2,5% mieszkańców. Wśród zaszczepionych 9,3% stanowiły dzieci do lat 14 (7 579 dzieci). Odsetek zaszczepionych dzieci do lat 14 wyniósł 1,4% ogółu tej grupy wiekowej.

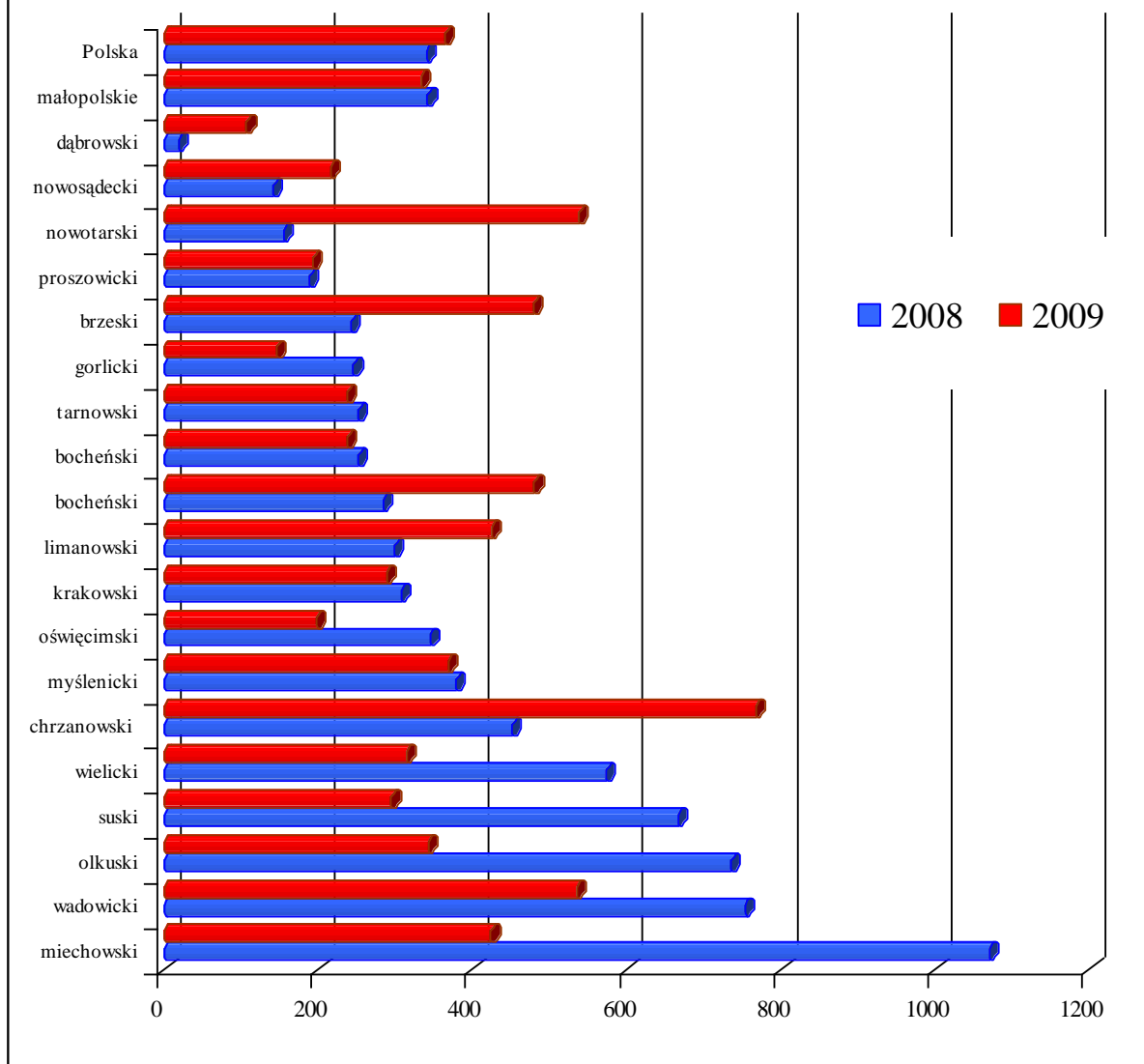


Rzeczywista liczba zgonów z powodu grypy jest nieznaną, gdyż grypa na ogół nie jest umieszczana w karcie zgonu jako wyjściowa przyczyna zgonu.

Ospa wietrzna

Ospa wietrzna po zakażeniach górnych dróg oddechowych, jest najczęstszą chorobą zakaźną w woj. małopolskim. Po wyższej zachorowań obserwowanej w 2007 roku (13 967 przypadków) nastąpił spadek do poziomu z lat 2005 i 2006. Zarejestrowano 10964 przypadki. Zapadalność wyniosła 333,0 na 100 000 ludności i była nieznacznie niższa od notowanej w tym roku w Polsce wynoszącej 364,6. Na terenie poszczególnych powiatów wskaźniki zapadalności były zróżnicowane. Najwyższą zapadalność zanotowano w powiecie chrzanowskim (767,5), wysoką - znacznie przekraczającą średnią dla województwa w powiecie nowotarskim (537,9) i olkuskim (534,5). Najmniej zachorowań zgłoszono w pow. dąbrowskim (zap.:107,2). Z powodu ciężkiego przebiegu choroby i jej powikłań hospitalizacji wymagało 70 chorych tj. 0,6% chorych. Odsetek ten był podobny jak w latach ubiegłych.

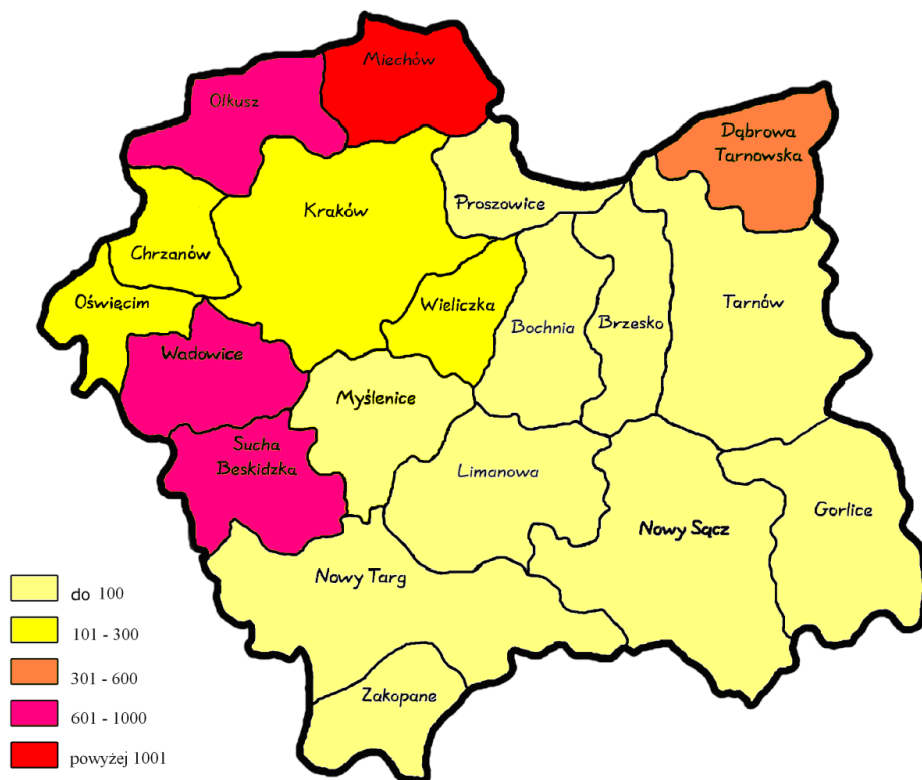
Ospa wietrzna w powiatach woj. małopolskiego i w Polsce w latach 2008- 2009



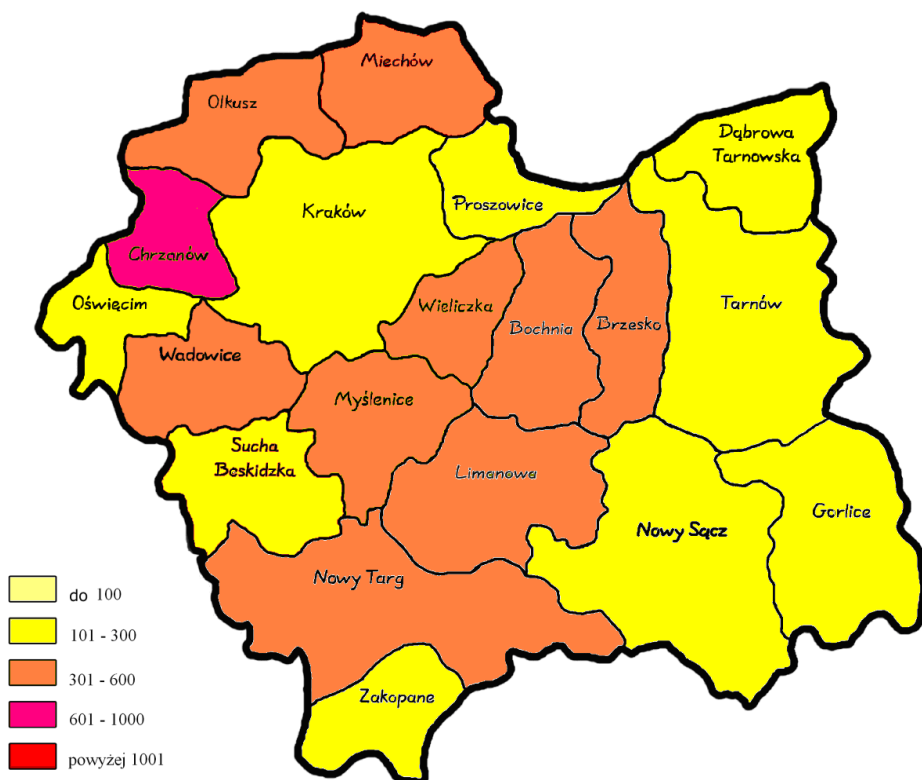
Ospę wietrzną podobnie jak różyczkę i świnkę cechują cyklicznie występujące co kilka lat epidemiczne wzrosty zachorowań z nasileniem na terenach z uprzednio niską zapadalnością. W woj. małopolskim zwyczaję zachorowań na ospę wietrzną notuje się od 2003 roku.

Ospa wietrzna jest chorobą, której można zapobiegać poprzez szczepienie. W Polsce szczepienia są nadal szczepieniami zalecanymi, z wyjątkiem (od 2008 roku) dzieci z wybranych grup zagrożonych ciężkim przebiegiem choroby i znacznym ryzykiem wystąpienia powikłań. Wysoka cena szczepionki ogranicza jej stosowanie w ramach szczepień zalecanych. W 2008 roku na terenie woj. małopolskiego zaszczepione zostały 874 osoby, głównie w grupie wiekowej 20–29 lat (92% ogółu zaszczepionych).

Ospa w województwie małopolskim w 2008 roku
(zapadalność na 100 000 ludności)



Ospa wietrzna w woj. małopolskim w 2009 roku
(zapadalność na 100 000 ludności)



WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY (WZW)

Wirusowe zapalenia wątroby to grupa chorób zakaźnych wywołanych przez hepatotropowe wirusy, których wspólną cechą jest powodowanie zapalenia wątroby. Objawy chorobowe związane są z uszkodzeniem komórki wątrobowej. Choroby te wywoływane są przez kilka wirusów, to jest w szczególności przez: wirus HAV, HBV, HCV, HDV, HEV, a także HGV, TTV.³ Na podstawie przebiegu i obrazu choroby nie można rozpoznać typu WZW, możliwe jest to dopiero na podstawie wyniku badania laboratoryjnego (testu serologicznego).

Wirusy HAV i HEV szerzą się drogą pokarmową, pozostałe wirusy - drogą naruszenia ciągłości tkanek lub drogą parenteralną.

WZW typu A

W ostatnich kilku latach w woj. małopolskim zachorowania na WZW A występowały sporadycznie i dotyczyły głównie osób podróżujących do krajów o wyższej endemiczności zakażeń HAV. W roku 2009 zanotowano znaczący wzrost zachorowań nie powiązanych z podróżami. Łącznie w ciągu roku rozpoznano 44 przypadki zachorowań, z czego tylko 10 wystąpiło w związku z podróżami, głównie do Indii, Czech, Słowacji, Hiszpanii i Chorwacji. U ponad połowy chorych (24 osoby) nie ustalono rodzaju ekspozycji. Kolejne 10 osób chorych podało w wywiadzie kontakt domowy lub inny bliski z osobą z rozpoznaniem zakażeniem HAV. Zapadalność w przeliczeniu na 100 000 wyniosła 1,3 i odpowiadała zapadalności w Polsce. Wśród zgłoszonych chorych dominowali młodzi mężczyźni (86%) w wieku od 25 do 35 lat. Najmłodszy chorzy mieli 9, 12 i 14 lat, najstarsi byli w wieku 40 i 43 lat.

W związku z powszechną podatnością na zakażenie HAV osób do 40 roku życia – każde zachorowanie na wzw A stwarza ryzyko wystąpienia lokalnego ogniska lub większej epidemii (epidemia wyrównawcza).

Szczepienie przeciw wzw A jest obecnie szczepieniem zalecanym, ale z uwagi na wysoką cenę szczepionki rzadko realizowanym. W 2008 roku w woj. małopolskim zaszczepionych zostało 2819 osób, w tym 749 dzieci i młodzieży do lat 19 (0,1% tej grupy wiekowej).

Szczepienie przeciw wzw A powinno być obowiązkowym szczepieniem dla osób wyjeżdżających do krajów o wysokim stopniu ryzyka zakażenia HAV oraz osób zatrudnionych przy produkcji i dystrybucji żywności i wody pitnej.



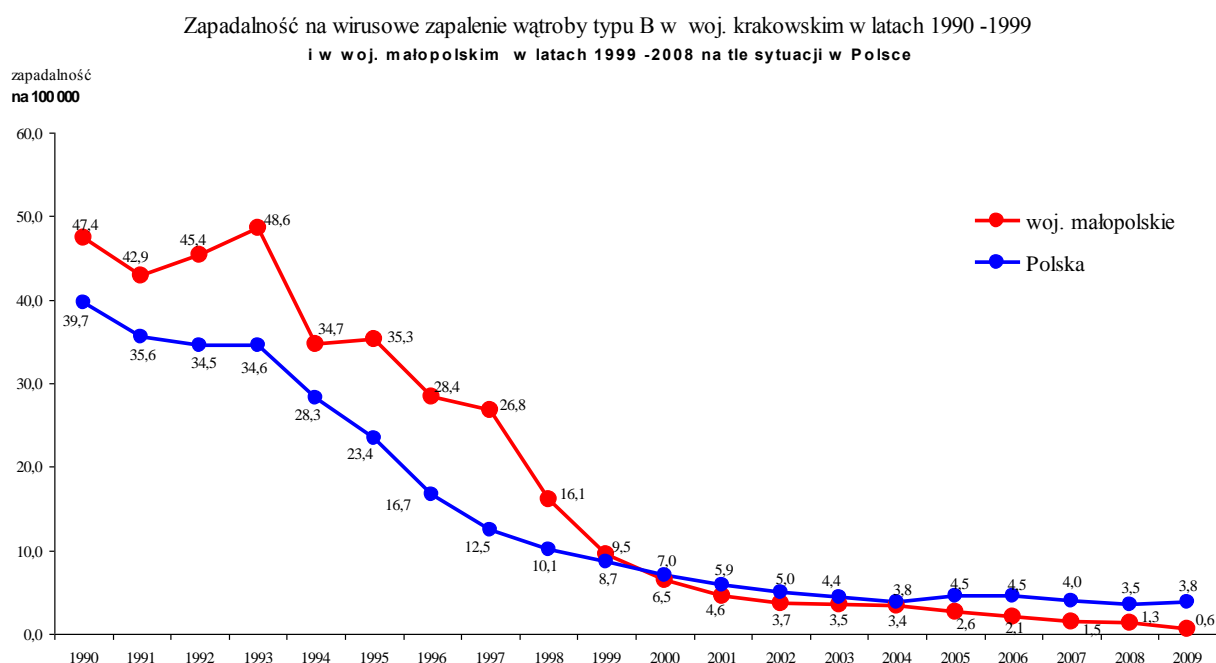
³ Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka W.Magdzik, D.Naruszewicz-Lesiuk, A.Zieliński Bielsko Biała 2007.

WZW TYPU B

Zachorowania na WZW B w woj. małopolskim utrzymują się od kilku lat na niskim poziomie.

Korzystna sytuacja epidemiologiczna jest wynikiem zarówno realizacji obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych jak też poprawy skuteczności procesów sterylizacji sprzętu medycznego.

W 2009 roku w województwie zarejestrowano 20 zachorowań objawowych na WZW B, w tym 17 przypadków ostrej postaci choroby i 3 przypadki przewlekłego zapalenia wątroby (skutek dawnych zakażeń). W przeliczeniu na 100 000 mieszkańców liczba zachorowań wyniosła 0,6 i była znacząco niższa od zanotowanej w tym okresie w Polsce – wynoszącej 3,8.



Zapadalność na ostre wzv B (po wyłączeniu zakażeń przewlekłych) wyniosła 0,5 i była porównywalna z notowaną w Polsce wynoszącą 0,7.

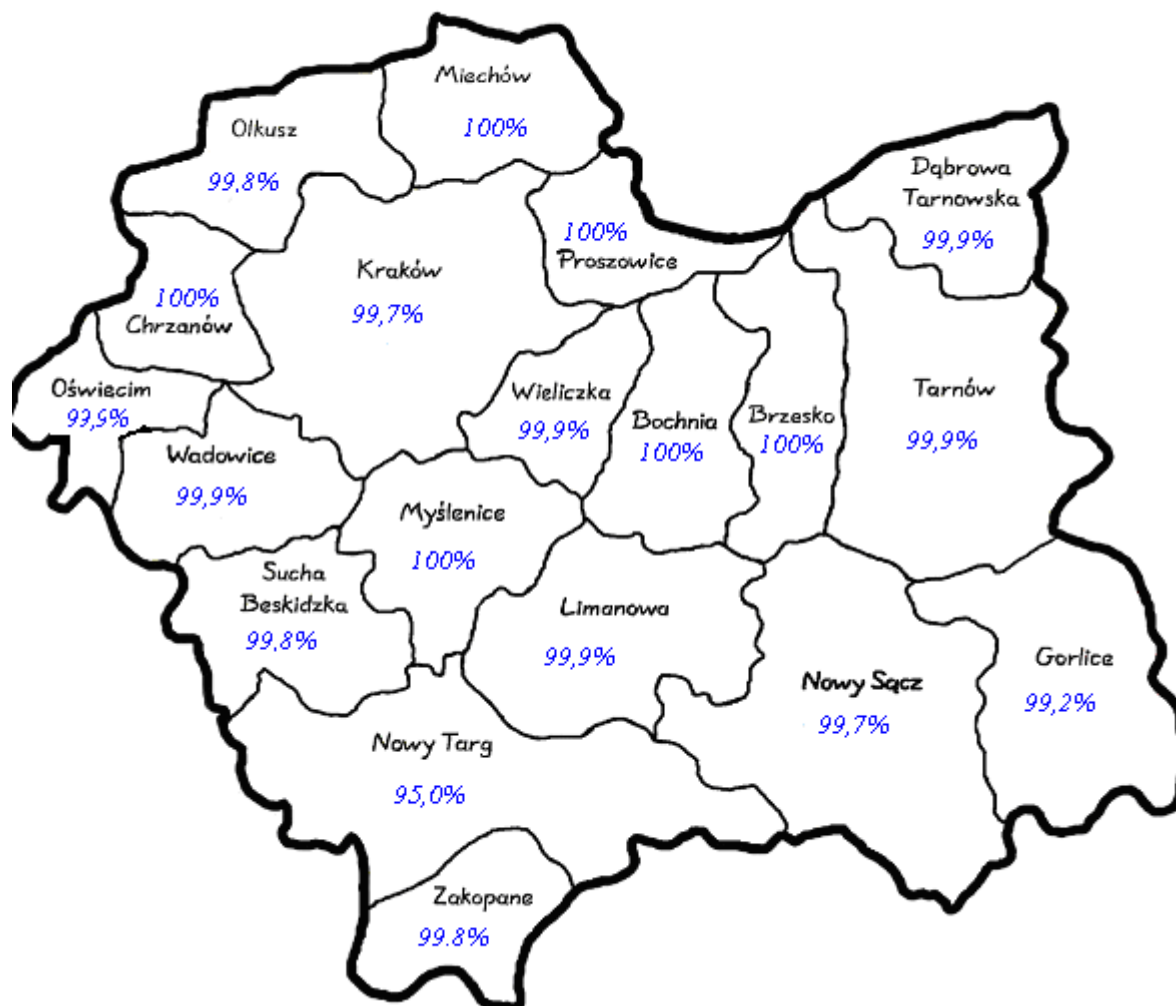
W wyniku przeprowadzonych dochodzeń epidemiologicznych ustalono, że jedna trzecia chorych z ostrym zapaleniem wątroby – w okresie do 6 miesięcy przed wystąpieniem objawów - była poddawana zabiegom medycznym naruszającym ciągłość tkanek podczas leczenia szpitalnego i/lub ambulatoryjnych zabiegów leczniczych i diagnostycznych oraz leczenia stomatologicznego. W przypadku pozostałych zachorowań nie ustalono związku z zabiegami medycznymi.

W 2009 roku do Inspekcji Sanitarnej na terenie województwa zgłoszono 296 osób z wykrytą antygenem HBs tj. o 10% mniej w porównaniu z rokiem poprzednim. Obserwowane zmniejszenie się liczby rejestrowanych osób u których wykryto antygen HBs (65% spadek w roku 2008 w porównaniu z rokiem 2007) jest związane ze zniesieniem obowiązku zgłaszania dodatnich wyników badań w kierunku zakażeń HBV i HCV.

Rejestrowane przez Inspekcję Sanitarną przypadki bezobjawowej antygenemii HBs są wynikiem zgłaszalności spontanicznej.

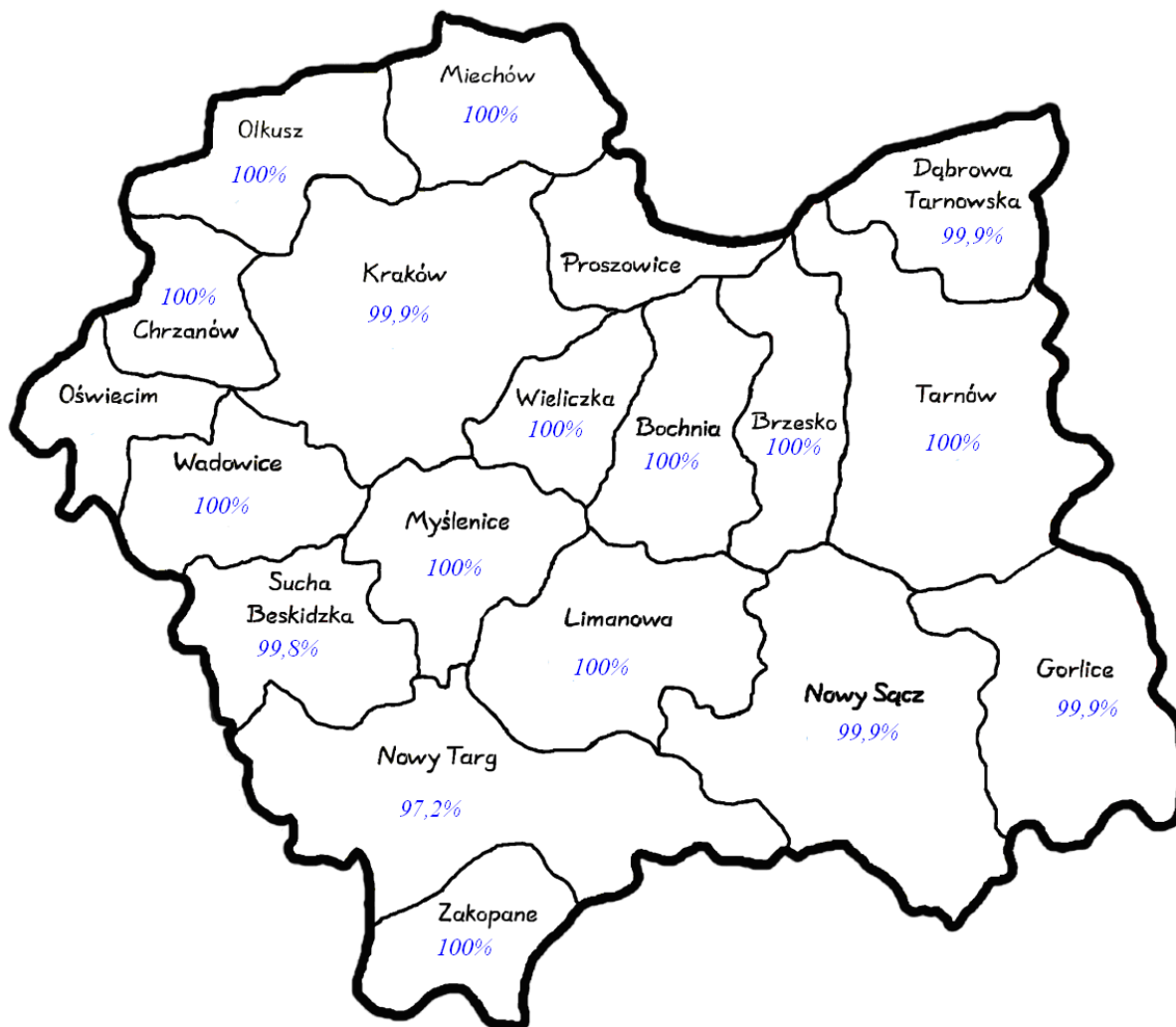
Na koniec roku, w prowadzonych przez Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne rejestrach osób z antygenem HBs znajdowało się 27 tys. osób, co stanowi 0,8 % ogółu ludności województwa. Szacuje się, że w Polsce nosiciele antygeny HBs stanowią około 2% ludności.

Odsetek dzieci w 14 r.ż. zaszczepionych przeciwko WZW typu B w województwie małopolskim w 2008r.

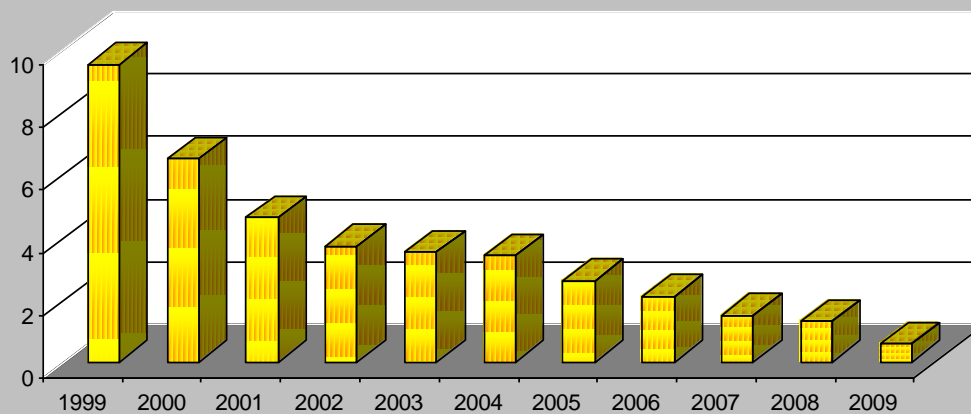


*dane pochodzą z Roczego sprawozdania ze szczepień ochronnych za rok 2008 MZ 54.

Odstępek dzieci w 14 r.ż. zaszczepionych przeciwko WZW typu B w województwie małopolskim w 2009r.



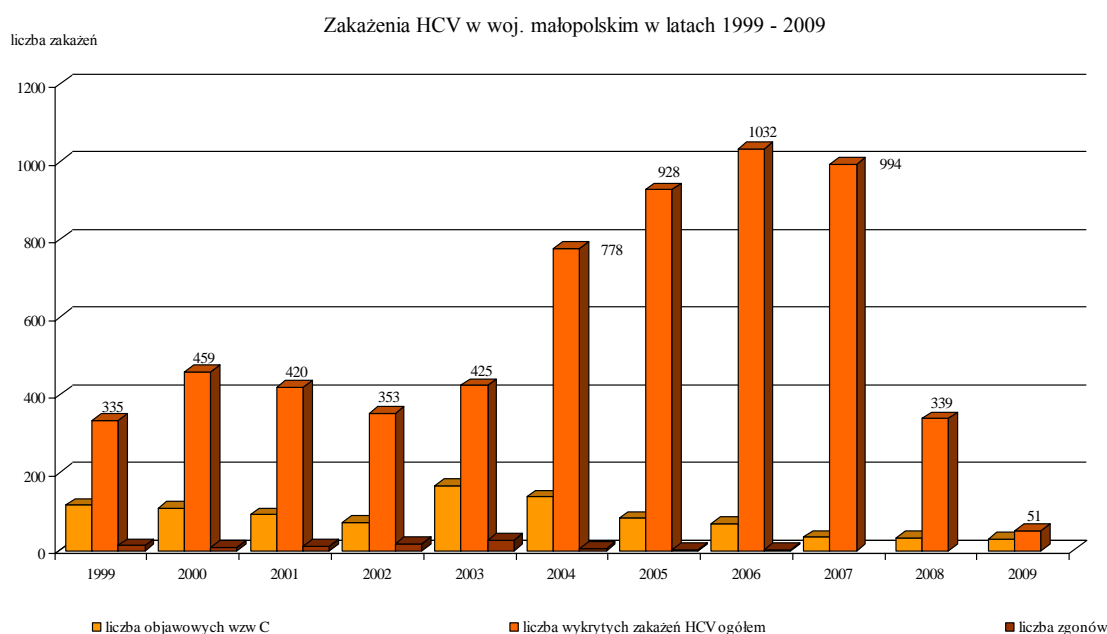
Zachorowalność na WZW typu B w województwie małopolskim w latach 1999 - 2009



WZW typu C

Rejestracja zachorowań, interpretacja danych oraz właściwa ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie wirusowego zapalenia wątroby typu C jest utrudniona z uwagi na niewystępowanie w znacznej większości zachorowań okresu objawowego oraz rozpoznawanie i zgłaszanie choroby dopiero w jej fazie przewlekłej. Dodatkową trudnością jest brak precyzyjnych i prostych kryteriów rozpoznawania i klasyfikowania różnych postaci zakażeń HCV na potrzeby nadzoru epidemiologicznego.

Jak wynika z danych Inspekcji Sanitarnej - w woj. małopolskim w latach 1999 – 2007 notowano systematyczny wzrost rejestrowanych nowo wykrytych zakażeń HCV. W grupie tej znajdowali się zarówno chorzy na objawowe jak i bezobjawowe ostre i przewlekłe wzw C, osoby po przebytych wzw C w przeszłości - a dotychczas nie rejestrowane oraz osoby z wykrytymi przeciwciałami anty HCV - zgłaszane przez laboratoria - bez dalszej weryfikacji. W 2008 roku w związku ze zniesieniem obowiązku zgłaszania przez laboratoria dodatknych wyników badań w kierunku wirusowych zapaleń wątroby - do Inspekcji Sanitarnej wpłynęło trzykrotnie mniej zgłoszeń dotyczących osób zakażonych wirusem HCV niż w roku poprzednim. W Polsce w tym samym okresie zanotowano spadek blisko dwukrotny.



W 2009 roku podjęto próbę ujednoczenia gromadzonych danych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego wprowadzając nowe kryteria rejestracji i klasyfikacji bezobjawowych zakażeń HCV. Zgodnie z nową definicją przypadku - rejestracji podlegały zakażenia bezobjawowe z wykrytym kwasem nukleinowym wirusa zapalenia wątroby typu C w surowicy krwi, lub z wykazaną obecnością swoistych przeciwciał przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu C potwierdzoną innym testem w kierunku obecności przeciwciał.

W związku ze zmianami w sposobie rejestracji i klasyfikacji zakażeń wirusem HCV - dane uzyskane zarówno za 2008 jak i za 2009 rok dotyczące liczby zakażonych są trudne do oceny i porównania z latami poprzednimi.

Wśród zgłoszonej w 2009 roku ogólnej liczby zakażeń HCV było 30 zachorowań objawowych tj. analogicznie jak w roku ubiegłym. W przeliczeniu na 100 000 mieszkańców liczba zachorowań wyniosła 0,9 i była wyraźnie niższa od zanotowanej w Polsce wynoszącej 5,0.

Zakażenia HCV są problemem zdrowotnym i epidemiologicznym. Tylko pewien odsetek zakażeń ulega samowyleczeniu. Także tylko część przechodzi w objawową fazę ostrą. U części chorych dochodzi do przewlekłego zapalenia wątroby, które prowadzi do rozwoju odległych powikłań w postaci marskości i raka wątroby.

Szacuje się, że w Polsce zakażenie HCV dotyczy 1,5% ludności. Od czasu wprowadzenia rejestracji zakażeń HCV na terenie woj. małopolskiego zanotowano łącznie 7 tys. osób z obecnością przeciwciał anty HCV, co stanowi 0,2% populacji województwa.

Z powodu braku szczepionki, czyli możliwości czynnego uodpornienia przeciw wirusowi typu C najważniejszą rolę w zapobieganiu chorobie odgrywa przestrzeganie zasad aseptyki w zakładach opieki zdrowotnej oraz we wszystkich zakładach świadczących usługi dla ludności, w których wykonuje się zabiegi naruszające ciągłość skóry (tataże, przekłuwanie uszu, manicure). Ważne znaczenie ma unikanie ryzykownych zachowań (stosowania narkotyków w formie zastrzyków, przypadkowych kontaktów seksualnych) sprzyjających szerzeniu się zakażenia.

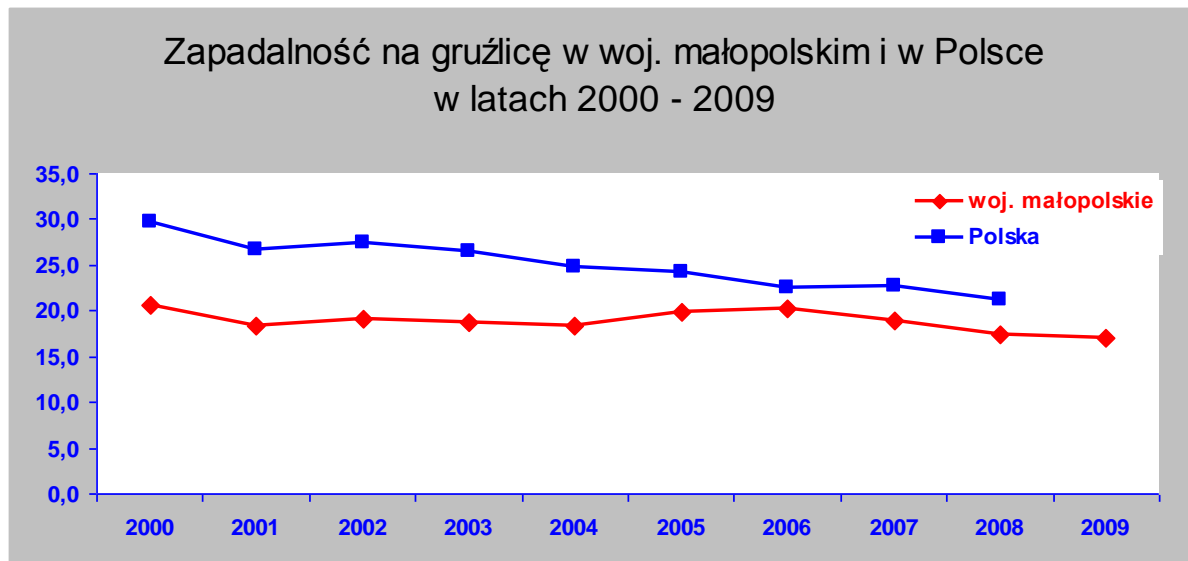
GRUŻLICA

Gruźlica jest jedną z chorób zakaźnych. Szacuje się, że około 70 proc. populacji miało kontakt z prątkami gruźlicy, jednak wniknięcie prątków do organizmu nie jest jednoznaczne z zachorowaniem na tę chorobę. Jej przebieg uzależniony jest bowiem od wielu czynników indywidualnych, min.: stanu układu immunologicznego, wieku i uwarunkowań genetycznych. Najłatwiej zarazić się tą chorobą drogą kropelkową, toteż zakażeniu sprzyja kontakt z chorą, nie leczącą się osobą. Człowiek taki kichając, lub kaszląc uwalnia prątki gruźlicy, które unosząc się w powietrzu stanowią niebezpieczeństwo dla innych osób. Szacuje się, iż jeden prątkujący, nie poddany terapii człowiek może w ciągu roku zarazić nawet 15 osób.

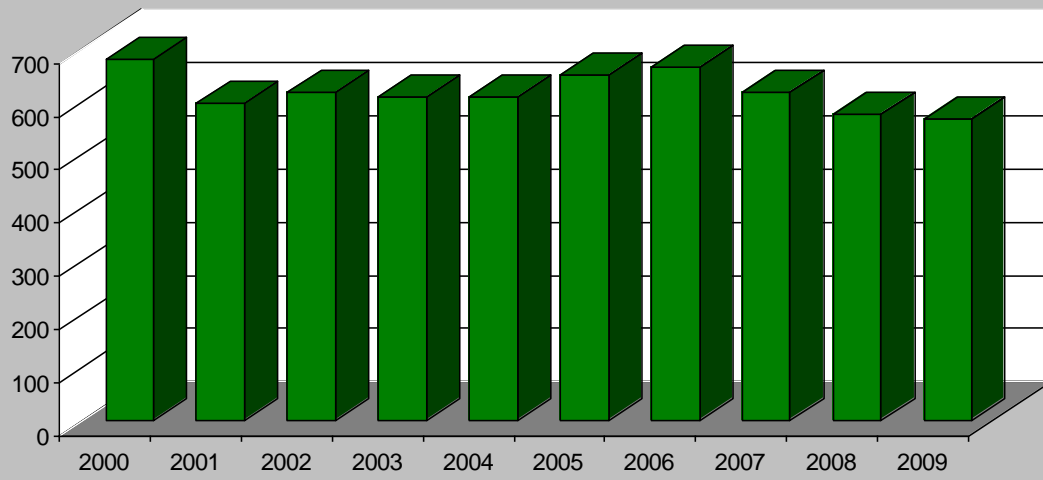
Światowa Organizacja Zdrowia opracowała nową strategię walki z gruźlicą- Bezpośrednio Nadzorowane Leczenie Krótkoterminowe - mające na celu poprawę skuteczności walki z tą chorobą. Do podstawowych założeń DOTS (skrót od angielskiej nazwy Directly Observed Treatment Short Course) należą: zaangażowanie przedstawicieli służby zdrowia na wszystkich szczeblach administracyjnych w zwalczanie gruźlicy, opracowanie programu określającego główne etapy oraz harmonogramu działań, zapewnienie stałego, bezpłatnego dostępu do lekarza i leków.

W województwie małopolskim w 2009 w porównaniu z 2008 nastąpiło:

- ✓ zmniejszenie się liczby zarejestrowanych przypadków gruźlicy z 575 do 564;
- ✓ zmniejszenie się liczby gruźlicy pozapłucnej z 47 do 25 przypadków;
- ✓ zwiększenie się liczby gruźlicy płuc z 528 do 535 przypadków;
- ✓ spadek liczby kontaktu z gruźlicą prątkującą z 1453 do 1358 przypadków.

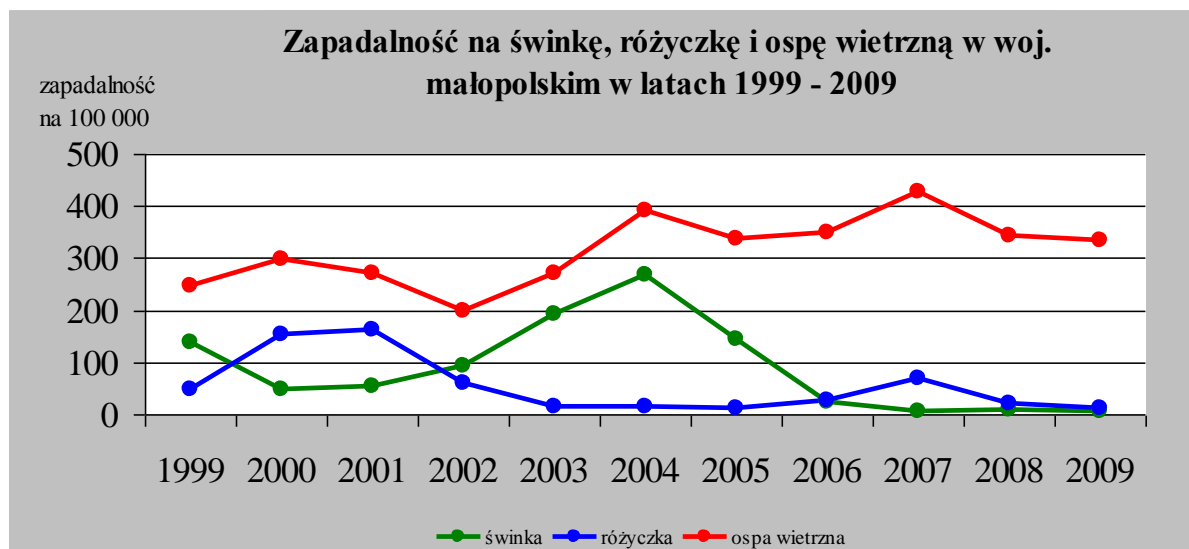


Gruźlica w województwie małopolskim w latach 2000 - 2009

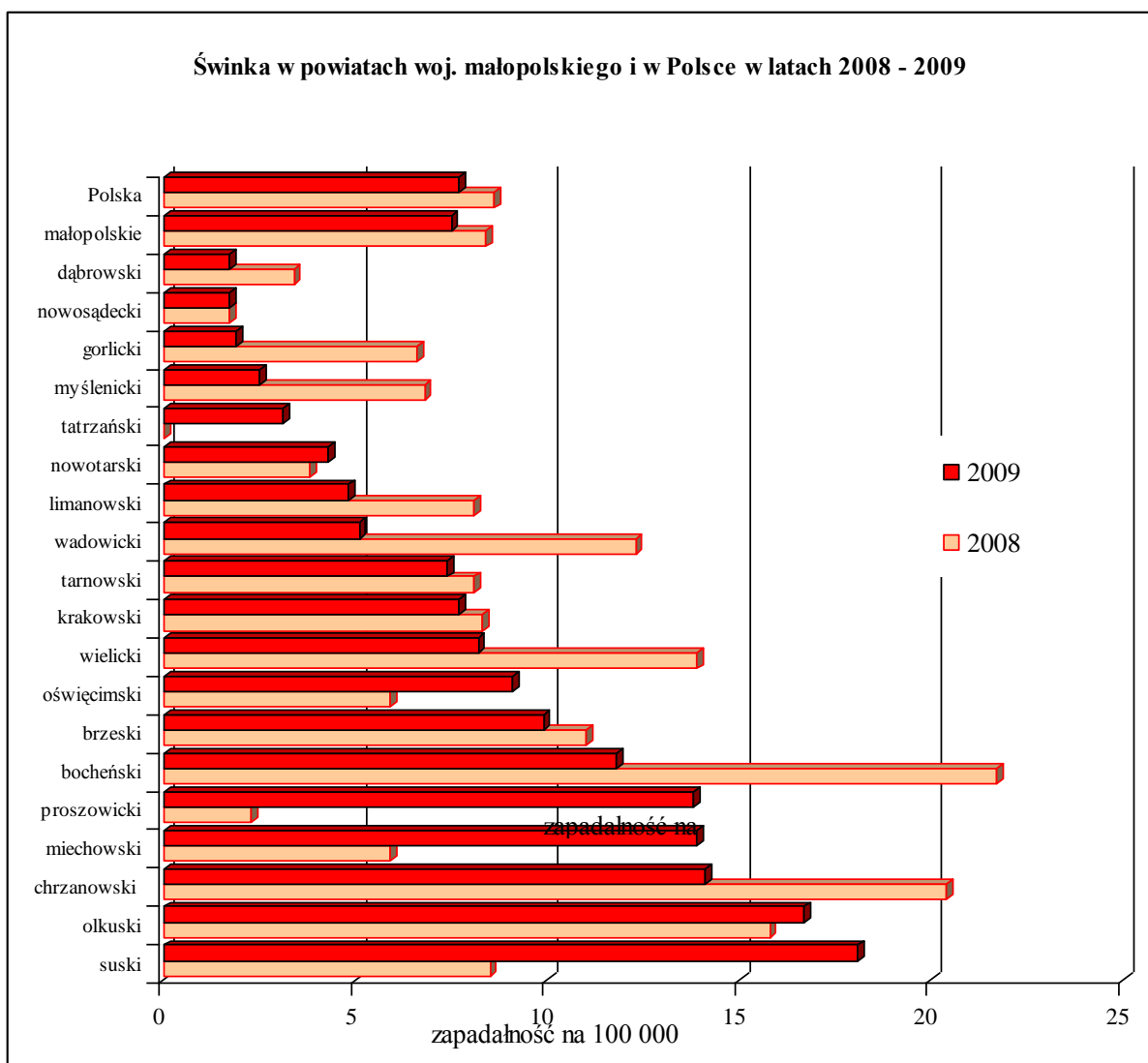


ODRA, ŚWINKA, RÓŻYCZKA

W 2009 roku nastąpił nieznaczny spadek zachorowań na świnkę. Zarejestrowano 245 przypadków, przy 277 w roku poprzednim.



Zapadalność w skali województwa wyniosła 7,4 na 100 000 mieszkańców i była podobna do zapadalności notowanej w tym okresie w Polsce wynoszącej 7,7. Spadek zachorowań w porównaniu z rokiem poprzednim zanotowano na terenie większości powiatów. Wzrost zachorowań wystąpił w pow. proszowickim, suskim i miechowskim. Najwyższą zapadalność zanotowano w powiecie suskim (18,1), olkuskim (16,7) oraz chrzanowskim (14,1).

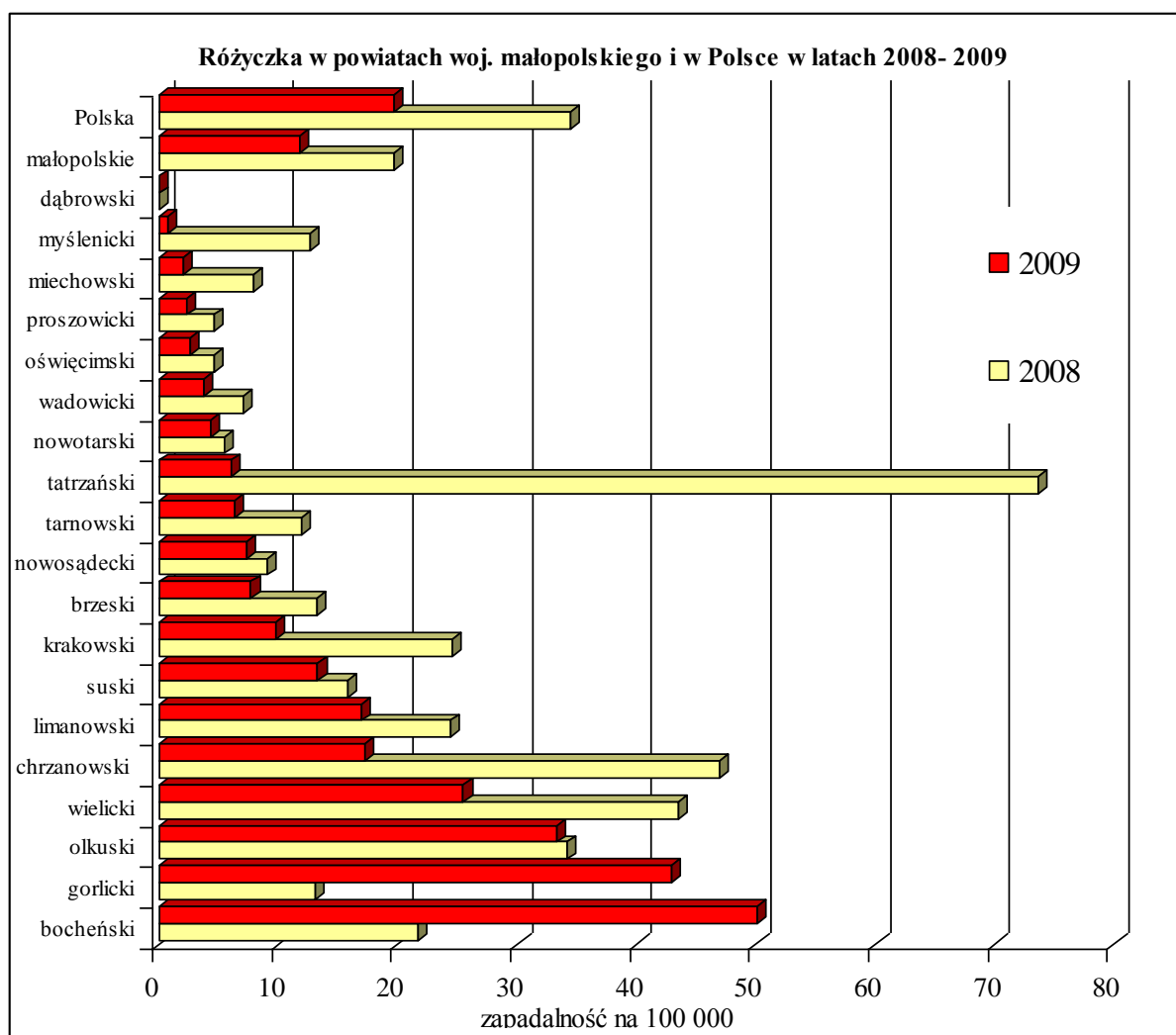


Obserwowane w ostatnich latach znaczne zmniejszenie się liczby zachorowań na świnkę można traktować jako efekt obowiązkowych szczepień ochronnych. Nie można jednak wykluczyć naturalnej cyklicznej zmienności tej choroby (spadek zachorowań po epidemicznym wzroście w latach 2002 – 2005). Obowiązkowe szczepienia przeciw śwince, odrze i różyczce u dzieci w 13 –15 miesiącu życia wprowadzone zostały w 2003 roku, natomiast dawka przypominająca u dzieci starszych w 2005 roku. Trwałe efekty szczepień przeciw śwince powinny być widoczne w najbliższych latach. Z powodu ciężkiego przebiegu choroby i/lub jej powikłań hospitalizowano 3 chorych (tj. 1,2%). W ostatnich latach obserwuje się systematyczne zmniejszanie się odsetka chorych hospitalizowanych z powodu świnki.

W roku 2009 zanotowano dalszy spadek zachorowań na różyczkę. Zarejestrowano 389 przypadków co stanowi 60% zgłoszonych w roku ubiegłym. Zapadalność wyniosła 11,8 i była niższa od analogicznego wskaźnika dla całej Polski (19,7). Hospitalizacji wymagało 4 chorych tj. 1%. Nie stwierdzono żadnego przypadku różyczki wrodzonej.

Wyraźny spadek zachorowań w stosunku do roku poprzedniego wystąpił na terenie zdecydowanej większości powiatów. Wzrost zachorowań zanotowano jedynie w pow. bocheńskim i gorlickim. Wskaźniki zapadalności w poszczególnych powiatach były

zróznicowane: od braku zachorowań w pow. dąbrowskim do 50,1 na 100 000 mieszkańców w pow. bocheńskim i 43,0 - w pow. gorlickim.



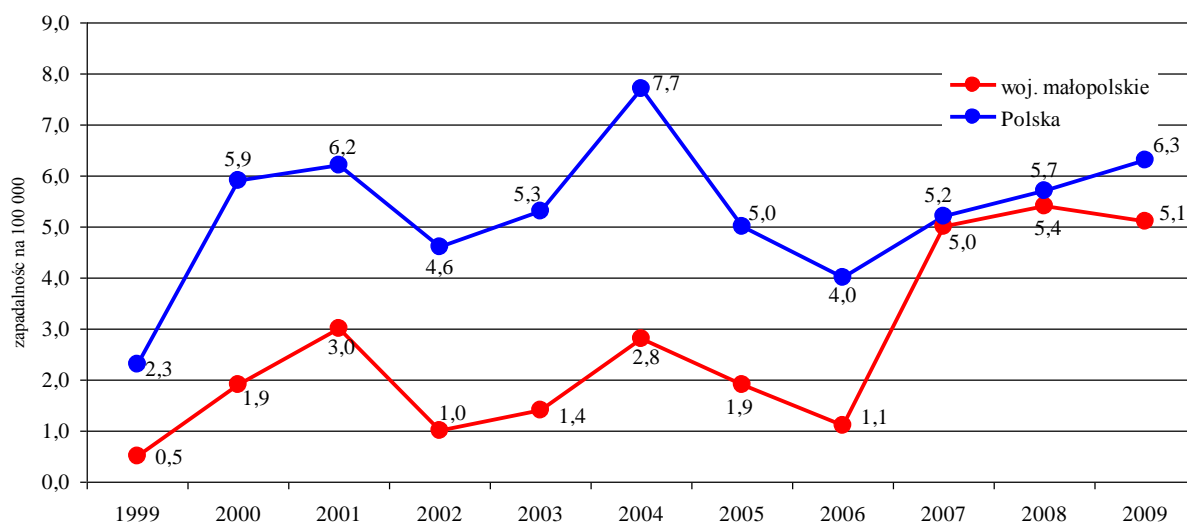
Utrzymywanie się wysokiej zapadalności w niektórych powiatach pozostaje w związku z częściowym tylko uodpornieniem populacji dziecięcej. Dotychczasowy program szczepień dziewcząt w wieku 13 lat zakładał wyeliminowanie różyczki wrodzonej i nie wpływał w znaczący sposób na ogólny poziom zapadalności.

W związku z wprowadzeniem do obowiązkowego programu szczepień, dwukrotnego szczepienia dzieci szczepionką trójwalentną przeciw odrze, śwince i różycce - w najbliższych latach należy oczekiwać znacznej poprawy sytuacji epidemiologicznej różyczki. Różyczka z uwagi na wprowadzenie powszechności szczepień została włączona do wspólnego z odrą programu eliminacji. Będzie to skutkowało w najbliższych latach poprawą diagnostyki chorób przebiegających z wysypką.

KRZTUSIEC

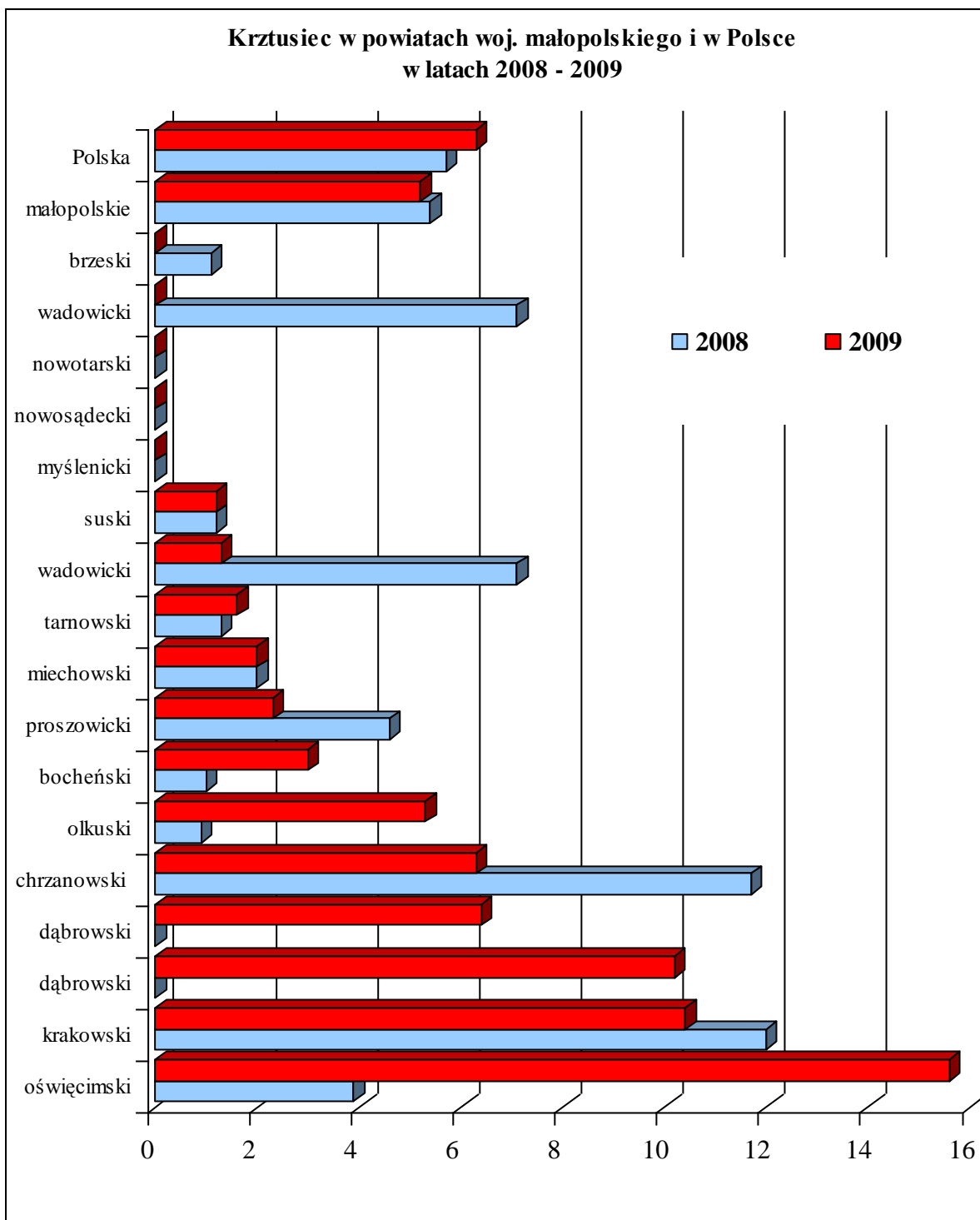
W 2009 roku liczba zachorowań na krztusiec kształtowała się na poziomie zbliżonym do dwóch poprzednich lat. Zarejestrowano 169 zachorowań. Roczna zapadalność wyniosła 5,1 na 100 000 mieszkańców i była nieznacznie niższa do zapadalności notowanej w Polsce (zap.: 6,3).

Krztusiec w woj. małopolskim i w Polsce w latach 1999 - 2009



Blisko 62% zachorowań zgłoszono z terenu powiatu krakowskiego, 14% z oświęcimskiego, a w pozostałych powiatach rozpoznawano pojedyncze przypadki lub nie rozpoznawano choroby (powiaty: brzeski, gorlicki, limanowski, myślenicki, nowosądecki, nowotarski i tatrzański).

Poznanie faktycznego rozpowszechnienia krztuśca wymaga przeprowadzania badań diagnostycznych u wszystkich osób (również dorosłych) z podejrzeniem choroby oraz zgłaszania wszystkich przypadków zachorowań. Obecnie diagnostyka choroby opiera się na badaniach serologicznych. Z uwagi na trudności w diagnostyce bakteriologicznej – badania te na terenie woj. małopolskiego (podobnie jak w Polsce) nie są rutynowo wykonywane. Brak badań bakteriologicznych z kolei nie pozwala odróżnić krztuśca od innych zachorowań, w tym od przypadków krztuśca rzekomego.



Wprowadzenie w 2003 roku dodatkowej dawki szczepienia u dzieci w 6 roku życia szczepionką z bezkomórkowym komponentem krztuścowym powinno skutkować stopniowym zmniejszeniem się liczby zachorowań.

Z powodu krztuśca hospitalizowano 40 chorych tj. 24%. Obserwowane w ostatnich latach zmniejszanie się odsetka hospitalizowanych chorych przy wzroście ogólnej liczby zachorowań – może być sygnałem wskazującym na poprawę w rozpoznawaniu i zgłaszaniu choroby.

OSTRE PORAŻENIA WIOTKIE

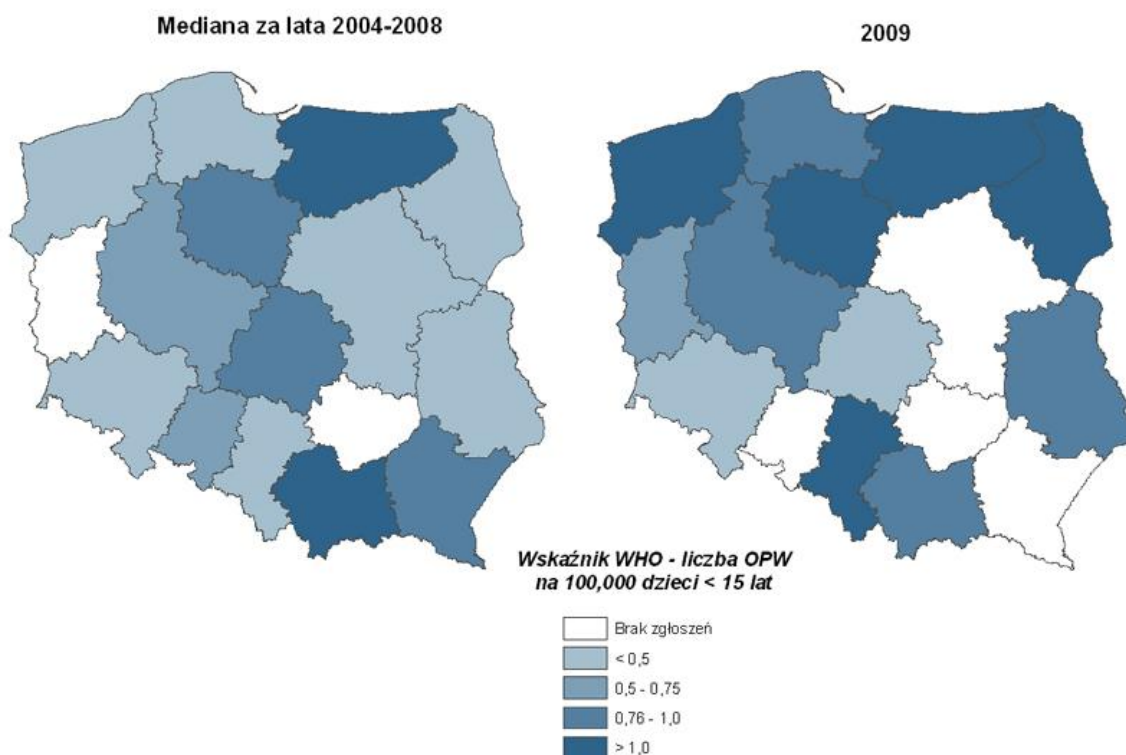
Poliomyelitis (dawnej nagminnie porażenie dziecięce lub choroba Heinego – Megina) to ostra choroba zakaźna wywołana przez trzy typy poliwirusów – 1, 2 oraz 3. Nie różnią się zjadliwością. Jednak ochronę przed zachorowaniem umożliwia uodpornienie przeciwko konkretnemu typowi wirusa.

Zakażenia poliwirusami mają różnorodny przebieg: od bezobjawowych, łagodnych poprzez zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, aż do ciężkich zachorowań porażennych. Polska jest krajem oficjalnie uznanym za wolny od poliomyelitis. W 1894 roku miało miejsce ostatnie zachorowanie na poliomyelitis, wywołane dzikim typem wirusów. Obecnie odnotowuje się tzw. zachorowania towarzyszące szczepieniom żywą szczepionką.

Za podstawowe zadania w ramach Programu Eradykacji Poliomyelitis uznaje się w tej chwili utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci przeciw poliomyelitis i coroczną dokumentację braku występowania zachorowań przy prawidłowo prowadzonym nadzorze epidemiologicznym i wirusologicznym nad ostrymi porażeniami wiotkimi.

W ostatnich latach, odsetek wśród dzieci w 3 r. ż. zaszczepionych pełnym cyklem szczepień podstawowych, kształtował się zarówno na poziomie krajowym, jak i w poszczególnych województwach powyżej wymaganego progu 95%.

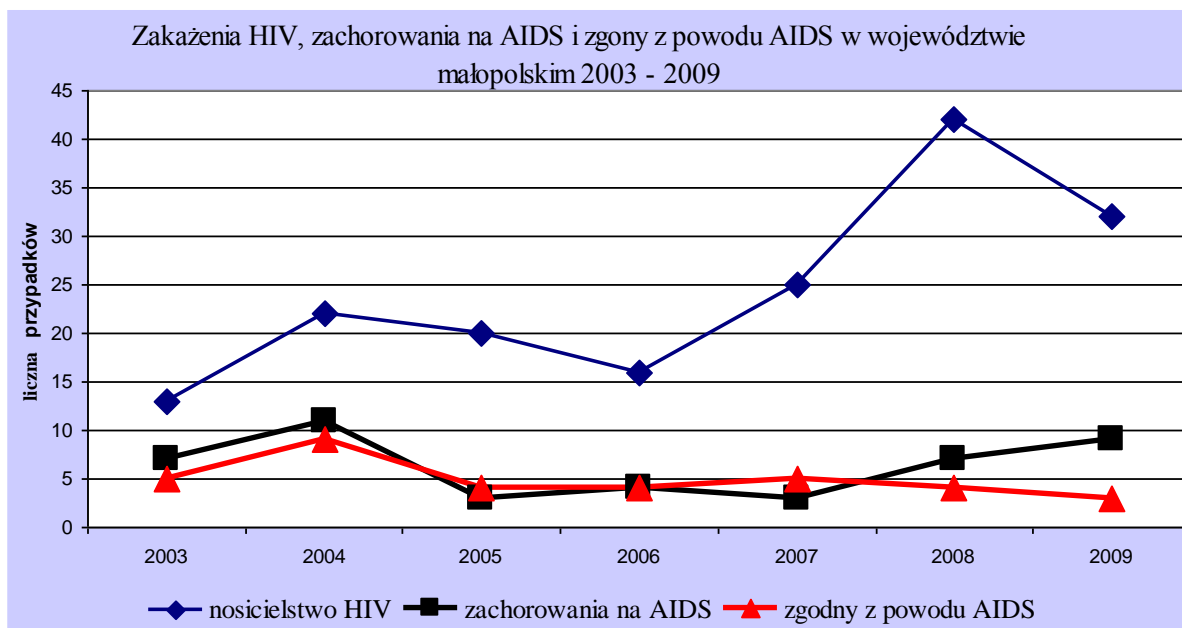
Obecnie, zachorowania na poliomyelitis występują głównie w Nigerii i kilku krajach azjatyckich. W 2009 roku w wyniku aktywnego nadzoru nad poliomyelitis województwo małopolskie zgłosiło 5 przypadków Ostrego Porażenia Wiotkich. W Polsce zgłoszonych zostało 41 OPW.



HIV/ AIDS

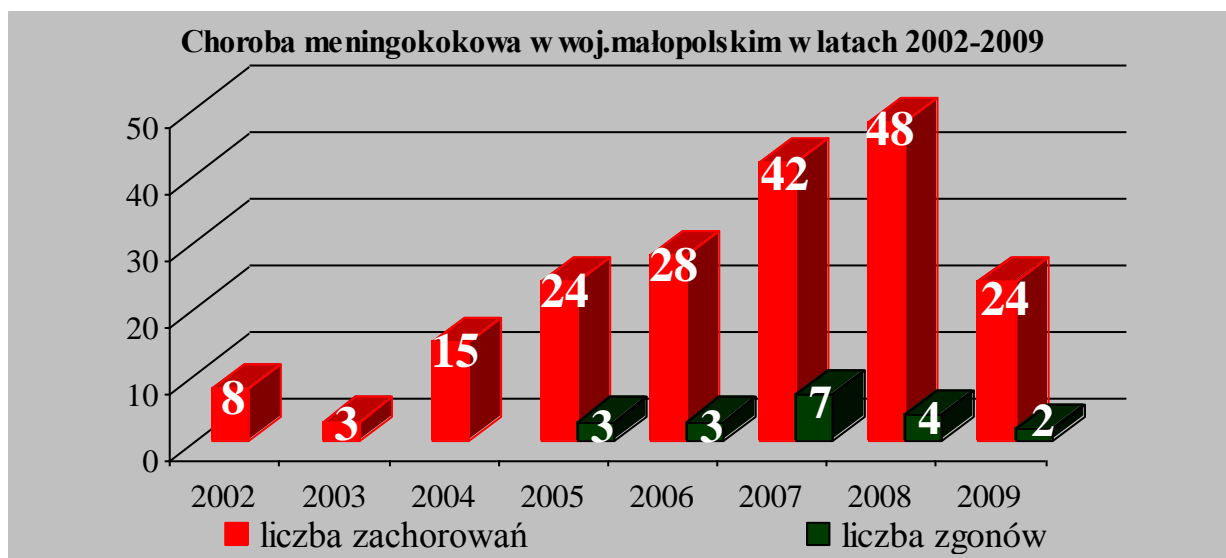
W okresie od 1.01 do 30.11.2009 r. zarejestrowano 38 nowych nosicieli HIV oraz 10 nowych zachorowań na AIDS. Z powodu tej choroby zmarła 1 osoba.

Od początku rejestracji AIDS i zakażeń HIV, tj. od 1989 roku do końca 2008 roku w woj. małopolskim AIDS rozpoznano u 55 osób a zakażenie HIV wykryto u 238 osób oraz stwierdzono 49 zgonów. Wśród chorych, zakażonych i zmarłych dominowali mężczyźni.



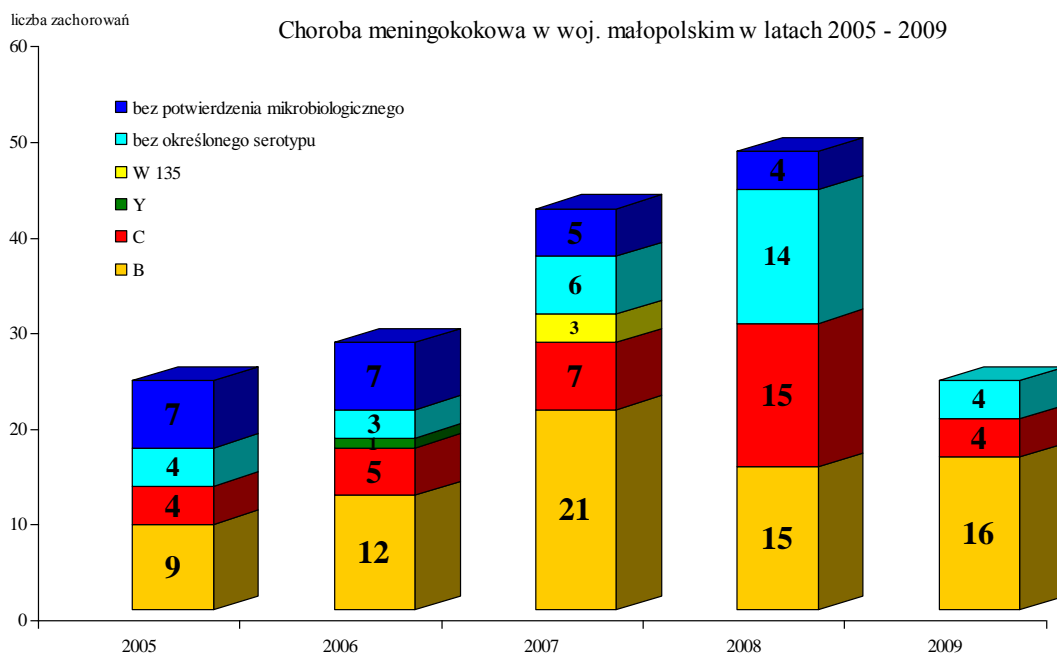
INWAZYJNA CHOROBA MENINGOKOKOWA

Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznice o etiologii meningokokowej określane są jako inwazyjna choroba meningokokowa. Chorobę cechuje ciężki, gwałtowny przebieg, możliwość występowania trwałych pochorobowych powikłań oraz poważne rokowanie. W 2009 zmienił się system rejestracji zachorowań na IChM - rejestracji podlegały tylko zachorowania mikrobiologicznie potwierdzone. W ciągu roku łącznie zarejestrowano 24 zachorowania na chorobę meningokokową tj. o połowę mniej niż w roku poprzednim. Zapadalność wyniosła 0,8 i była równa średniej krajowej.

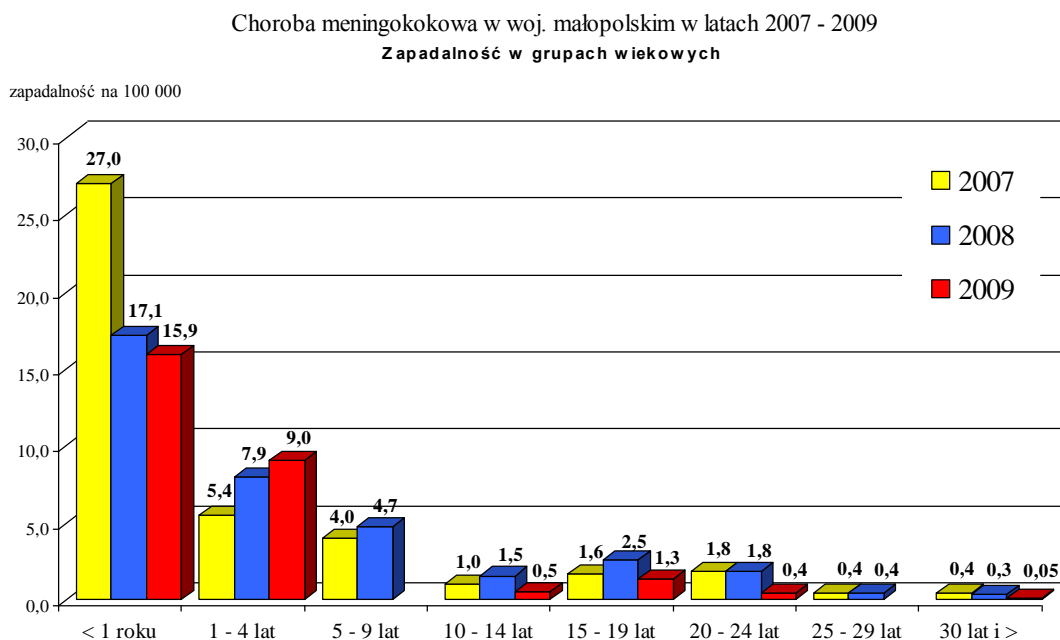


Grupę serologiczną *Neisseria meningitidis* B stwierdzono u 16 chorych, serotyp C u 4, w kolejnych 4 przypadkach określenie serotypu nie było możliwe (pomimo badania w KOROUN⁴). W ostatnich latach w woj. małopolskim notowano wyraźną tendencję wzrostową zachorowań wywołanych meningokokami serotypu C. W 2009 roku liczba zakażeń inwazyjnych wywołanych tym serotypem zmniejszyła się.

⁴ Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego



Zapadalność na chorobę meningokokową była zróżnicowana w zależności od wieku. Najwyższe zapadalności notowano u niemowląt, u dzieci do lat 9 i nastolatków.



Wszystkie występujące zachorowania były zachorowaniami sporadycznymi. W przebiegu choroby meningokokowej zmarło dwoje dzieci.

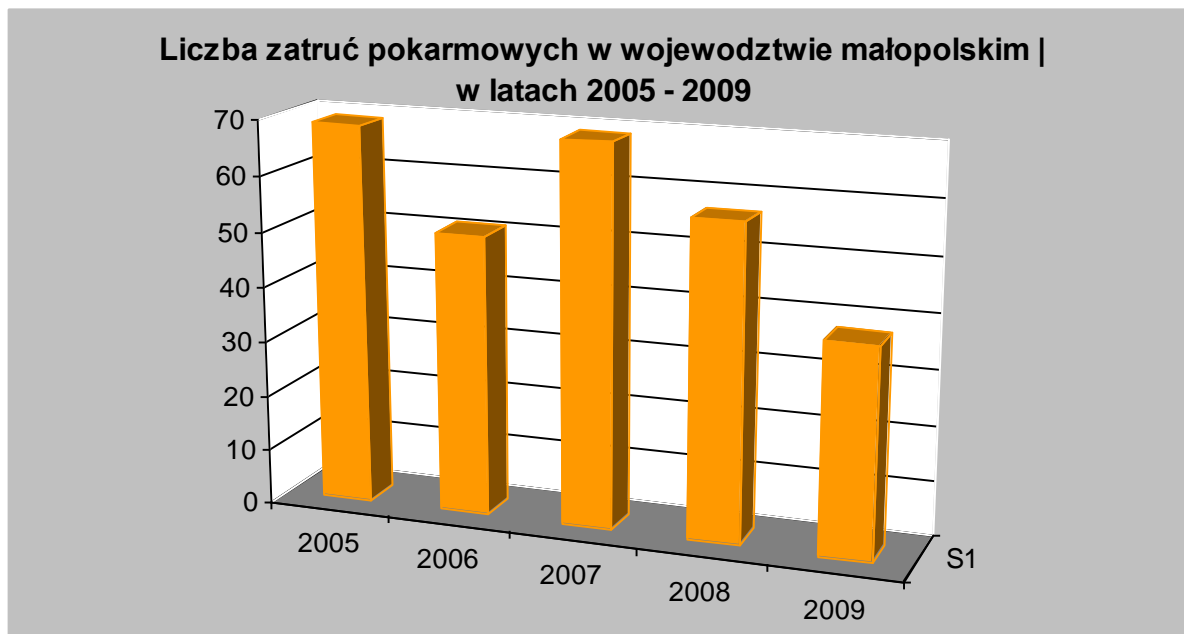
W każdym przypadku choroby meningokokowej podejmowane są przez Inspekcję Sanitarną działania przeciwepidemiczne w środowisku chorego. Osoby z najbliższego otoczenia są obejmowane nadzorem epidemiologiczno-lekarskim polegającym na wdrażaniu profilaktyki antybiotykowej oraz w sytuacjach tego wymagających, na badaniu bakteriologicznym wymazów z gardła w kierunku obecności meningokoków.

Jak wynika z badań KOROUN od 2002 roku w Polsce obserwuje się wzrost liczby izolowanych meningokoków grupy C. Serotypy te częściej wywołują epidemie i częściej odpowiedzialne są za ciężko przebiegające zachorowania. Należy oczekiwać, że w przyszłości zakażenia wywoływane przez te drobnoustroje staną się ważnym problemem epidemiologicznym i zdrowotnym w Polsce.

Obecnie dostępne są szczepionki zapobiegające zakażeniom powodowanym przez typ C. Brak jest natomiast szczepionki przeciw powszechnie występującym meningokokom z grupy serologicznej B. W 2007 roku w woj. małopolskim zaszczepiono przeciw zakażeniom meningokokowym 16 162 osoby, w tym głównie dzieci i młodzież do lat 19. W 2008 roku liczba osób zaszczepionych wzrosła do 19 954. Były to głównie akcje profilaktyczne organizowane przez lokalne samorządy.

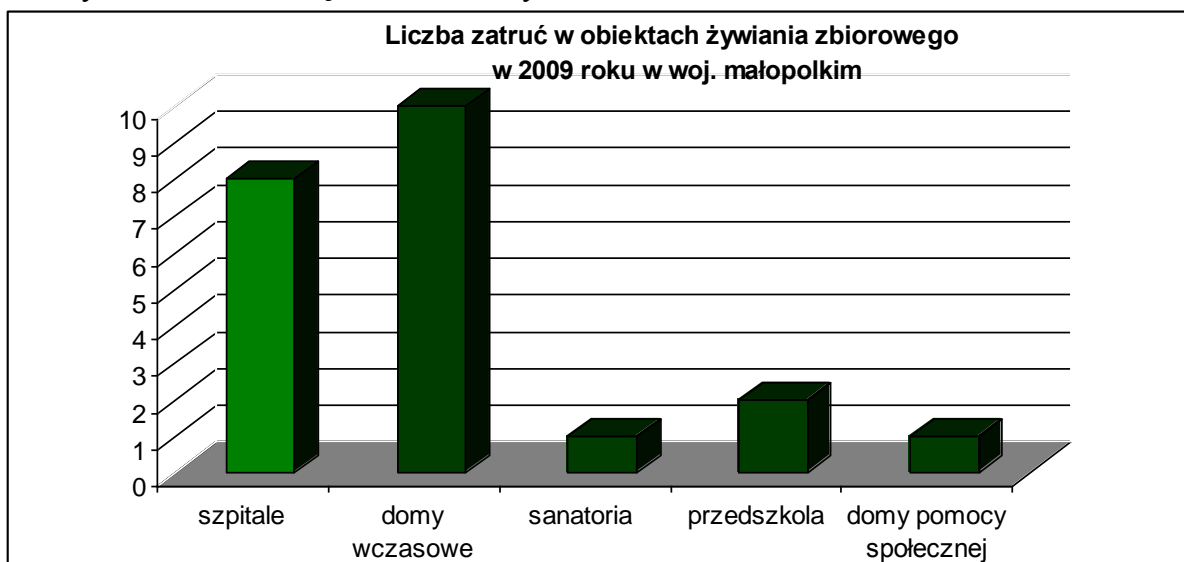
I_B. ZATRUCIA I ZAKAŻENIA POKARMOWE

W 2009 roku w województwie małopolskim zarejestrowano 38 zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych tj. o 19 mniej w porównaniu z rokiem poprzednim. Podobnie jak w latach przednich rejestracji podlegały ogniska obejmujące co najmniej 2 zachorowania powiązane wspólną ekspozycją.



We wszystkich ogniskach chorowało łącznie 435 osób, w tym 165 dzieci w wieku do 14 lat (38% ogółu chorych). Hospitalizacji wymagało 185 chorych (tj. 42,3%). Wśród hospitalizowanych było 66 dzieci w wieku do lat 14.

W obiektach żywienia zbiorowego wystąpiły 24 zbiorowe zatrucia/zakażenia pokarmowe w których zachorowało łącznie 354 osoby.



14 zbiorowych zatruc pokarmowych obejmujących 81 osób wystąpiło w mieszkaniach prywatnych. Zachorowania były związane głównie ze spożywaniem codziennych posiłków, tylko w 1 przypadku z rodzinną uroczystością komunijną.

Najwięcej ognisk zanotowano w powiecie krakowskim (9) i tarnowskim (7). Podobnie w jak latach poprzednich dominowały zbiorowe zachorowania obejmujące od 4 do 10

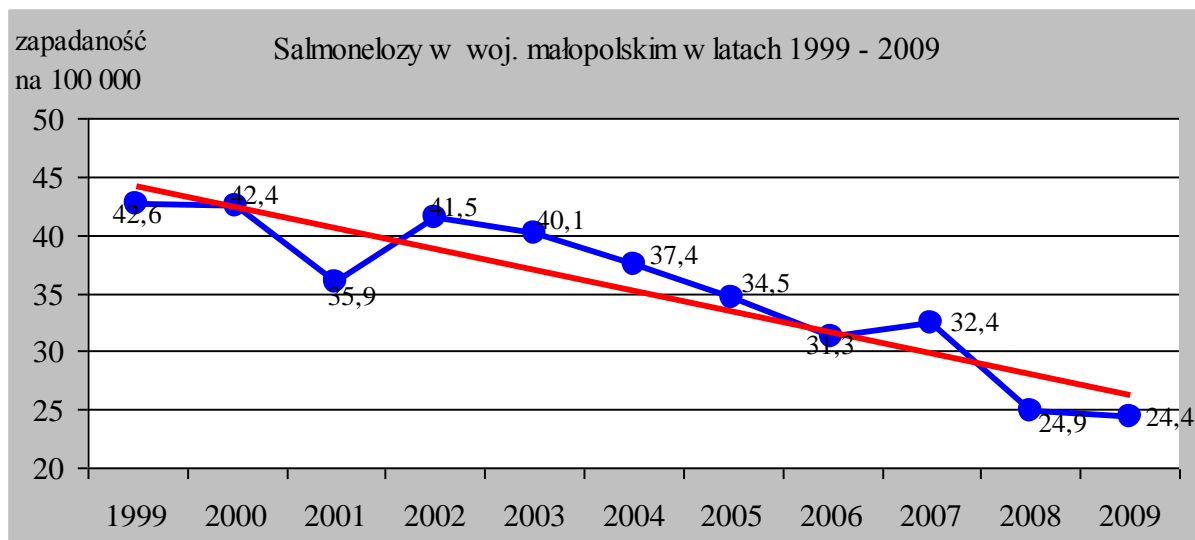
chorych (13 ognisk). Największa epidemia obejmująca 63 dzieci wystąpiła w przedszkolu w Oświęcimiu.

Czynnikiem etiologicznym była *Salmonella enteritidis*. Z uwagi na późne wykrycie ogniska (brak informacji o pierwszych zachorowaniach) nie udało się ustalić źródła zakażenia. Czynnikiem etiologicznym w 13 zbiorowych zatruciach była pałeczka *Salmonella Enteritidis*. W ogniskach tych chorowało 138 osób tj. 17% ogółu zarejestrowanych chorych z salmonelozą. Dwa ogniska salmonellozy wystąpiły w przedszkolu, jedno na obozie językowym zorganizowanym w Domu Studenckim, a pozostałe 10 w mieszkaniach prywatnych. Norowirusy były odpowiedzialne za spowodowanie 6 ognisk, w trzech – zidentyfikowane zostały rotawirusy. *Clostridium Difficile* były przyczyną zachorowań w 1 ognisku, a w pozostałych 15 przypadkach (40%) czynnika etiologicznego nie określono.

Jak wykazały przeprowadzone dochodzenia epidemiologiczne za wystąpienie zatruc najczęściej odpowiedzialne były potrawy z dodatkiem jaj (11 ognisk tj. 29%). Ogniska występowały w związku z używaniem surowców nieznanego pochodzenia, nieprawidłową obróbką termiczną potraw, nieprzestrzeganiem podstawowych zasad higieny podczas przygotowywania posiłków, nieprawidłowym przechowywaniem żywności, oraz nieznaną zasad zdrowego i bezpiecznego żywienia.

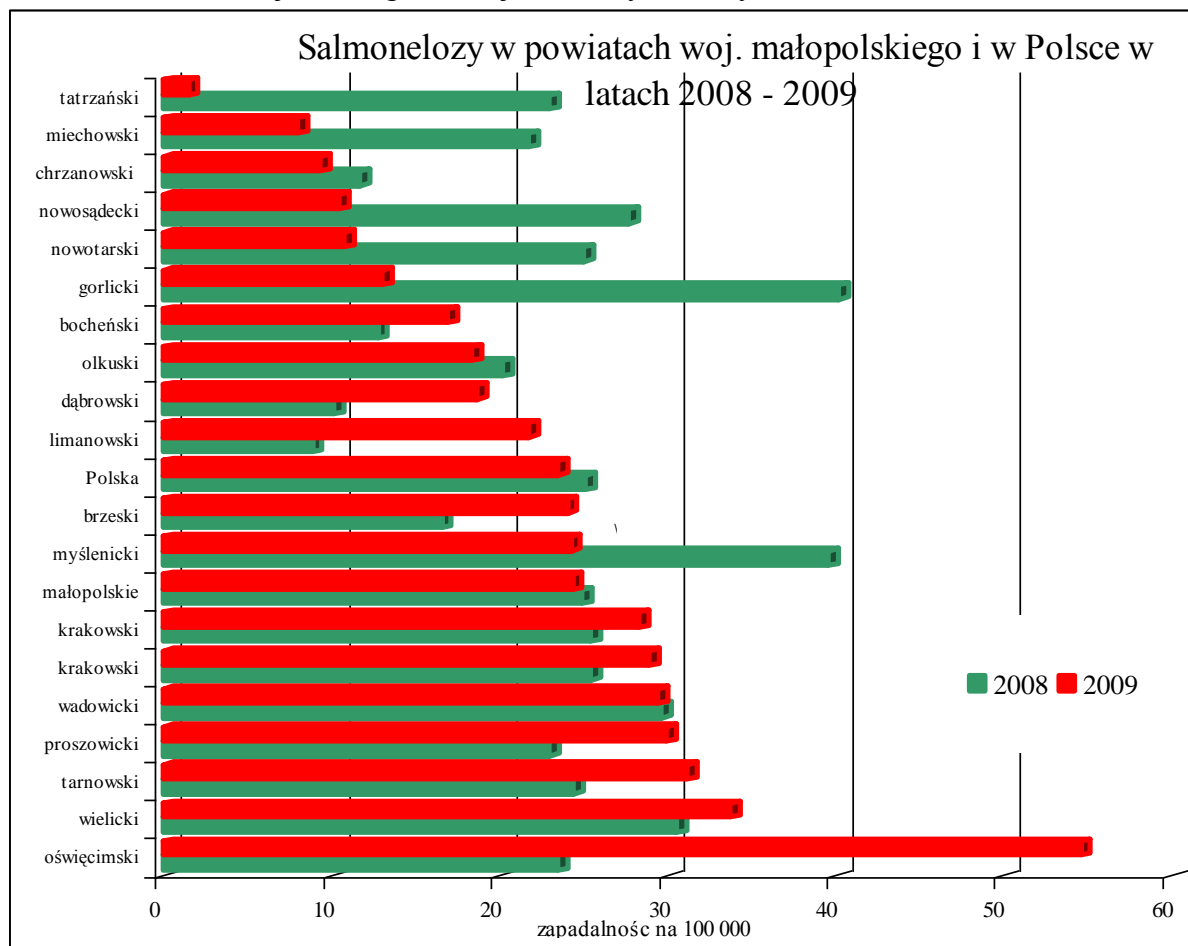
BAKTERYJNE ZATRUCIA I ZAKAŻENIA POKARMOWE

W 2009 roku podobnie jak w latach ubiegłych – najczęstszym izolowanym czynnikiem etiologicznym bakteryjnych zatruc pokarmowych były odzwierzęce pałeczki *Salmonella*. Ogółem w ciągu roku na terenie województwa zanotowano 805 przypadków salmonellozy, 24 zatrucia toksynami gronkowcowymi i 186 o etiologii nieokreślonej. Notowany w ostatnich latach na terenie woj. małopolskiego spadek liczby rejestrowanych salmonelloz – w 2009 roku uległ widocznemu wyhamowaniu.



Liczba zarejestrowanych w 2009 roku salmonelloz w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców wyniosła 24,4 i była zbliżona do zapadalności w roku ubiegłym oraz nieznacznie tylko wyższa od notowanej w Polsce (zap.: 23,5). W niektórych powiatach wskaźniki zapadalności zdecydowanie przewyższały średnią dla województwa i kraju (oświęcimski – zap.:54,7, wielicki – zap.: 33,8, tarnowski – zap.:31,2). W porównaniu z rokiem poprzednim największy wzrost zachorowań zanotowano w pow. oświęcimskim - w związku z wystąpieniem dużego

ogniska salmonellozy w przedszkolu. Obserwowane wysokie wskaźniki zapadalności w niektórych powiatach można tłumaczyć częstszym występowaniem na tych terenach salmonellozy wśród zwierząt, a zwłaszcza ptactwa domowego. W ramach nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą pokarmową zgłoszono z terenu woj. małopolskiego 13 zachorowań zbiorowych wywołanych pałeczkami Salmonella, w których łącznie chorowało 138 osób tj. 17% ogółu zarejestrowanych chorych z salmonelozą.



Podobnie jak w latach poprzednich w etiologii salmoneloz dominujące znaczenie miała *Salmonella Enteritidis* (ponad 80% zachorowań). Od pozostałych chorych najczęściej izolowane były: *S. Typhimurium*, *S. Hadar*, *S. Virchow*, i *S. Infantis*. Łącznie w województwie zidentyfikowano 18 typów serologicznych odzwierzęcych pałeczek Salmonella. Połowa wszystkich zgłoszonych salmoneloz dotyczyła dzieci do lat 4, a blisko jedna czwarta zachorowań wystąpiła u dzieci do lat 2. W ocenie rozpowszechnienia salmoneloz nie uwzględniono występowania zakażeń bezobjawowych wykrywanych przypadkowo podczas badań dla celów sanitarno-epidemiologicznych oraz w trakcie dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach zachorowań zbiorowych.

W 2009 roku zgłoszono ponadto 307 bakteryjnych zakażeń jelitowych tj. o 23% mniej w porównaniu z rokiem poprzednim. Spadek dotyczył zakażeń wywołanych przez enteropatogenne pałeczki *Escherichia coli* (ze 170 w roku 2008 do 71 w roku 2009). Wzrosła natomiast do 35 liczba zdiagnozowanych przypadków kampylobakteriozy (13 przypadków w 2008 r.) oraz jersiniozy – z 28 w roku 2008 do 38 w roku 2009. Blisko połowa zgłoszonych bakteryjnych zakażeń jelitowych dotyczyła dzieci poniżej 2 roku życia. W 2009 roku zdiagnozowano 1 zachorowanie na czerwonkę wywołaną pałeczką *Shigella sonnei*.

WIRUSOWE ZAKAŻENIA JELITOWE

W ostatnich latach uwagę zwracały rosnące liczby rejestrowanych zakażeń jelitowych o etiologii wirusowej. W 2009 roku zaobserwowano spadek tych zachorowań - zanotowano ogółem 1828 przypadków tj. blisko 15% mniej w porównaniu z rokiem ubiegłym. Dominowały podobnie jak w roku ubiegłym zakażenia rotawirusowe (2009r. – 1582 zachorowań, 2008r. – 1717). O jedną trzecią mniej, w porównaniu z rokiem poprzednim, zdiagnozowano nieżytów żołądkowo - jelitowych wywołanych przez norowirusy. Ponad połowa (53%) wszystkich zgłoszonych wirusowych zakażeń jelitowych dotyczyła dzieci do lat dwóch. Norowirusy były czynnikiem etiologicznym w czterech szpitalnych ogniskach zakażeń przewodu pokarmowego.

Na terenie woj. małopolskiego diagnostykę w kierunku norowirusów prowadzi Laboratorium Wirusologii WSSE w Krakowie. Konieczność transportu materiału od chorych z odległych powiatów – zwłaszcza w okresie zimowym - ogranicza w znaczny sposób diagnostykę tych schorzeń.

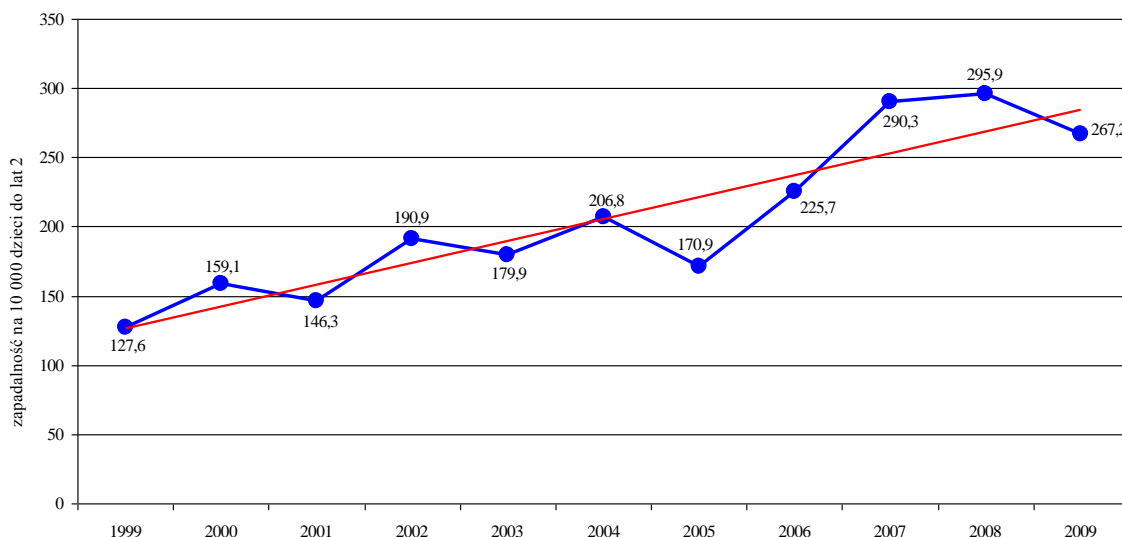
W 2009 roku wprowadzono ustawową rejestrację wszystkich przypadków zespołów biegunkowych i zapaleń żołądkowo-jelitowych o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu. Dotychczas rejestrowane były takie zachorowania wyłącznie u dzieci do lat 2. W ciągu całego roku zgłoszono 1066 tych schorzeń, z czego 833 dotyczyło dzieci do lat 2. Ogółem wśród zgłoszonych w ciągu 2009 roku zakaźnych schorzeń przewodu pokarmowego – ponad jedną trzecią stanowiły zachorowania o nieustalonej etiologii. Należy przypuszczać, że w grupie tej obok zakażeń wirusowych, znajdują się sporadycznie dotąd diagnozowane w Polsce zakażenia wywołane przez pałeczkę *Campylobacter* - stanowiące najczęstszą przyczynę zakażeń pokarmowych w krajach Europy Zachodniej - oraz nierozpoznanawane zakażenia wywołane przez enteropatogenne pałeczki *E.coli* i *Yersinia*.

Dane liczbowe o zarejestrowanych zakażeniach jelitowych należy traktować jako niedoszacowane w większym stopniu, niż w przypadku innych chorób zakaźnych podlegających zgłaszaniu, głównie z powodu rezygnacji chorych z wizyty u lekarza. Można także przypuszczać, że wiele przypadków zakażeń jelitowych, w których nie ustalono czynnika etiologicznego jest nie zgłaszana.

BIEGUNKI U DZIECI DO 2 LAT

Zespoły biegunkowe u dzieci do lat 2 są ważnym problemem zdrowotnym i epidemiologicznym w skali kraju. W woj. małopolskim, zachorowania te na przestrzeni ostatnich kilku lat, pomimo corocznych wahań wykazują wyraźną tendencję wzrostową.

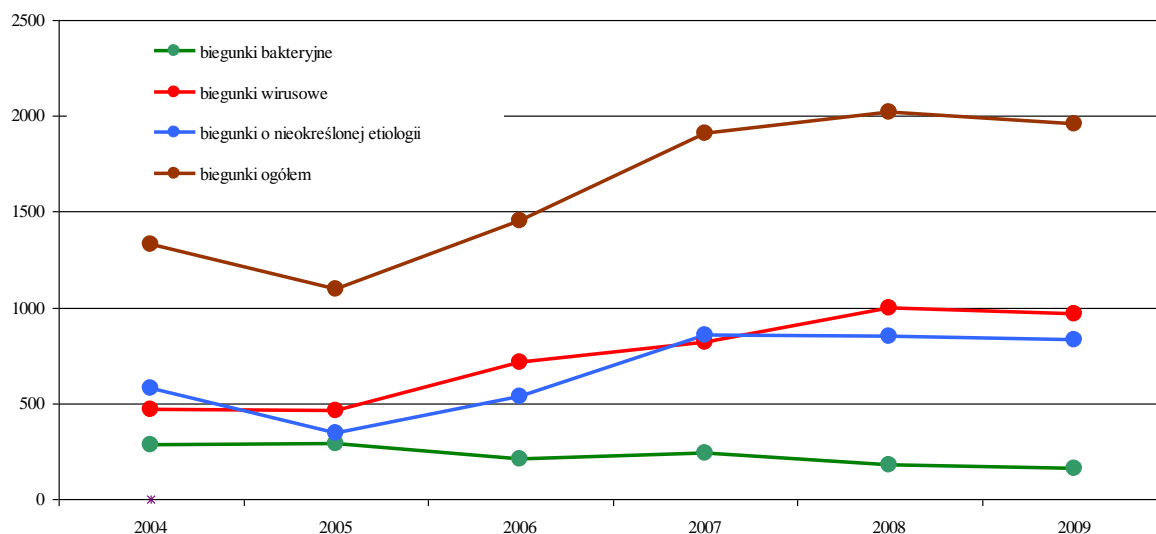
Biegunki u dzieci do lat 2 w woj. małopolskim w latach 1999 - 2009



W 2009 roku zanotowano nieznaczny spadek zachorowań w stosunku do roku poprzedniego. Zgłoszono łącznie 1 959 przypadków. Zapadalność wyniosła 267,2 na 10 000 dzieci w tym wieku i należała do najwyższych notowanych w województwie w ostatnich latach. Równocześnie była niższa od notowanej w skali kraju (zap.367,5). Hospitalizowano 1 858 dzieci z biegunką tj. 95 % ogółu zgłoszonych. Wśród zarejestrowanych biegunek było 158 (8%) o etiologii bakteryjnej, 968 (49,4%) biegunek wirusowych oraz 833 (42,5%) o etiologii nieokreślonej. W skali kraju w tym okresie odsetek zgłoszonych biegunek niezdiagnozowanych był niższy i wynosił 37 %.

Biegunki u dzieci do lat 2 w woj. małopolskim w latach 2004 - 2009

Liczby zgłoszonych zachorowań w g etiologii



Zakażeniom rotawirusowym u małych dzieci można zapobiegać poprzez szczepienie. Jednak wysoka cena szczepionki ogranicza jej powszechne stosowanie. W 2008 roku w woj. małopolskim zaszczepionych zostało 2 365 dzieci w pierwszym roku życia tj. 6,3% ogółu tego rocznika. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba zaszczepionych niemowląt zwiększyła się trzykrotnie.

W najbliższych latach można oczekiwać wzrostu znaczenia zakażeń norowirusowych u małych dzieci. Wirusy te mogą stać się dominującym czynnikiem etiologicznym zakaźnych zespołów biegunkowych z uwagi na dużą zaraźliwość, brak immunoprofilaktyki i swoistego leczenia.

Obecnie w zapobieganiu biegunkom u małych dzieci nadal najważniejsze znaczenie ma poprawa warunków bytowych rodzin z małymi dziećmi, znajomość zasad bezpiecznego i zdrowego żywienia oraz właściwej pielęgnacji. Główna rola w profilaktyce biegunek przypada oświacie zdrowotnej.

Nie można wykluczyć, że obserwowana w ostatnich latach tendencja wzrostowa liczby zgłaszanych zespołów biegunkowych u małych dzieci jest po części spowodowana poprawą w zgłaszaniu tych stanów chorobowych.

DUR BRUSZNY I PARADURY

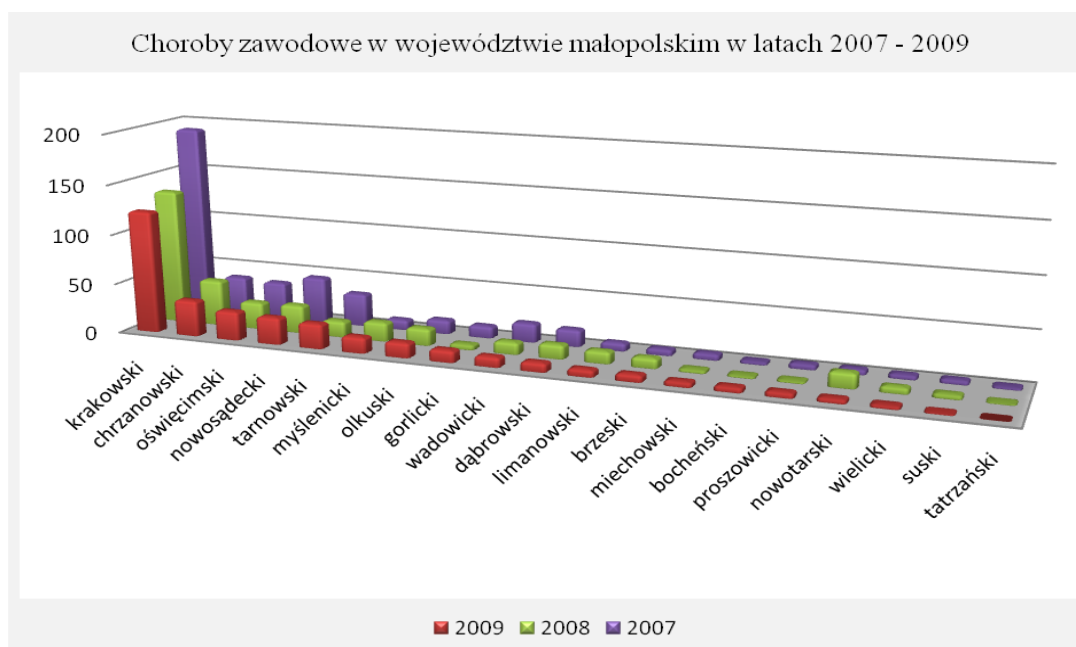
W 2009 roku zarejestrowano jedno zachorowanie na dur brzuszny po powrocie z krajów Bliskiego Wschodu oraz jeden przypadek duru rzekomego u osoby po kilkumiesięcznym pobycie w Azji Południowo-Wschodniej.

31 grudnia 2009r. teren województwa zamieszkiwało 31 nosicieli pałeczek duru brzusznego – wszyscy w wieku powyżej 60 lat. Pod nadzorem Inspekcji Sanitarnej znajduje się ponadto 1 nosiciel pałeczek paratyphi A i 9 nosicieli – paratyphi B. Nosiciele pałeczek duru brzusznego zamieszkują w powiecie krakowskim (17 osób), limanowskim (3), nowotarskim (3), miechowskim, nowosądeckim i dąbrowskim (po 2 osoby) oraz wadowickim i myślenickim (po 1 osobie).

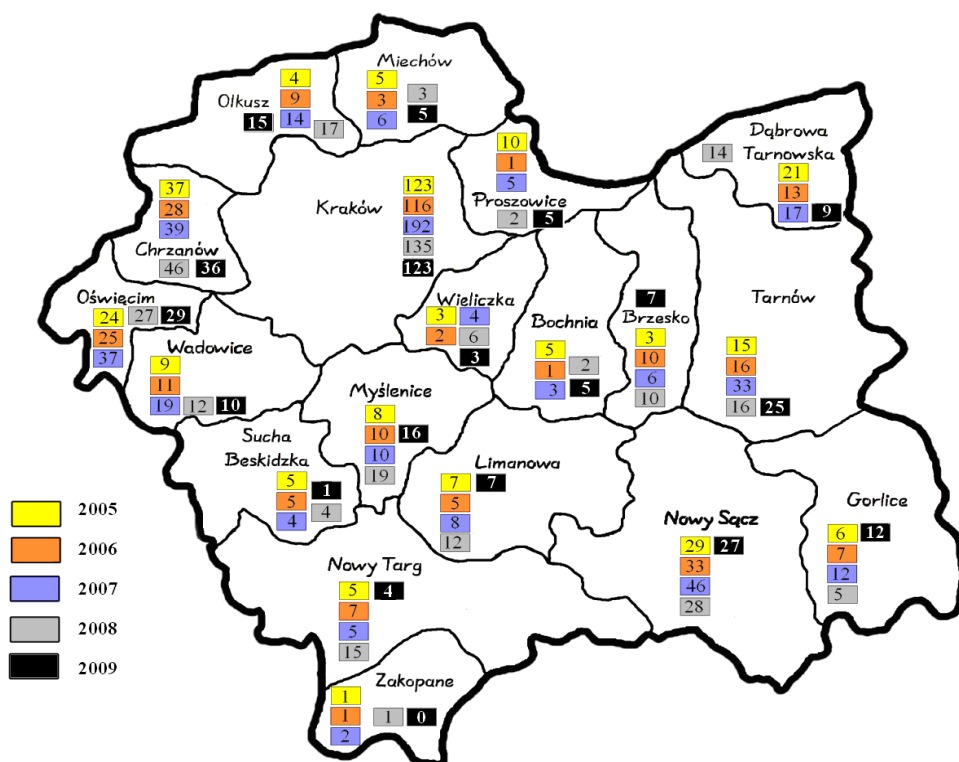
Ryzyko ze strony nosicieli pałeczek durowych i paradurowych wzrasta na terenach wiejskich w okresie powodzi oraz po obfitych opadach deszczu.

I_C. CHOROBY ZAWODOWE

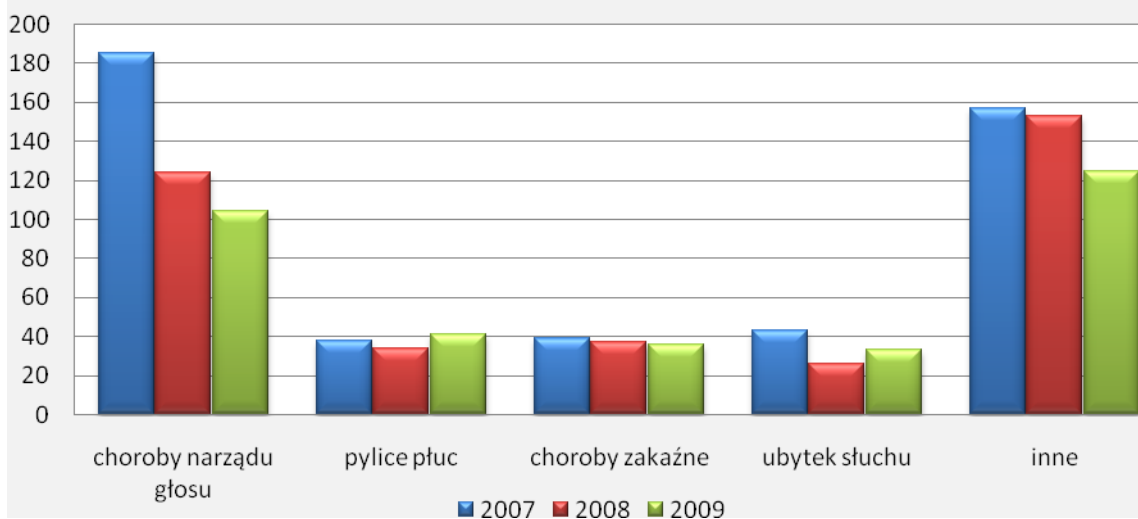
W roku 2009 w województwie małopolskim stwierdzono 339 chorób zawodowych jako wynik prawdopodobnego szkodliwego oddziaływania czynników środowiska pracy. W porównaniu z rokiem 2008 nastąpił 10%-owy spadek liczby rozpoznanych chorób zawodowych. Od 2007r. obserwuje się kolejny spadek liczby stwierdzonych chorób zawodowych.



Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w powiatach województwa małopolskiego w latach 2005 – 2009.



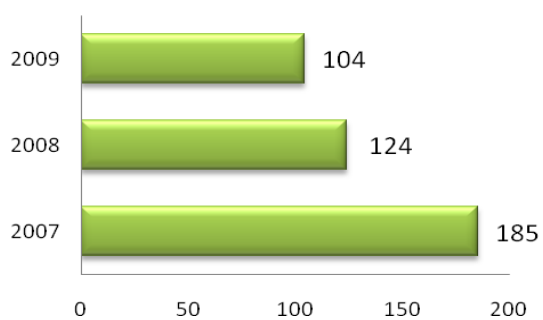
Liczba najczęściej występujących chorób zawodowych w województwie małopolskim w latach 2007-2009



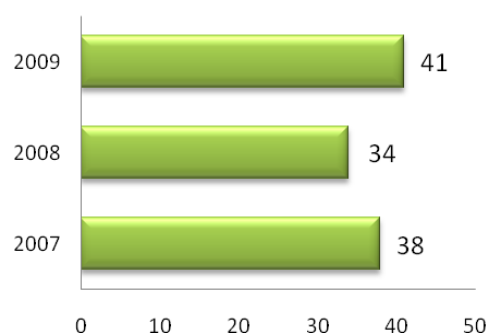
Liczba najczęściej stwierdzanych chorób zawodowych w roku 2009:

choroby narządu głosu		pylice płuc		choroby zakaźne i inwazyjne		ubytek słuchu	
liczba przypadków	udział procentowy	liczba przypadków	udział procentowy	liczba przypadków	udział procentowy	liczba przypadków	udział procentowy
104	31	41	12	36	11	33	10

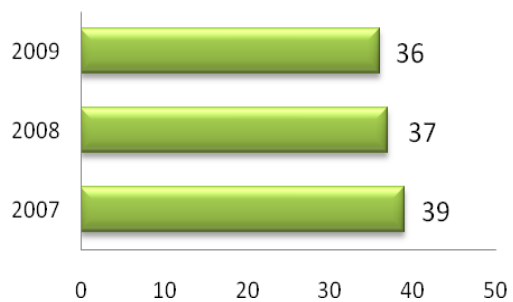
narząd głosu



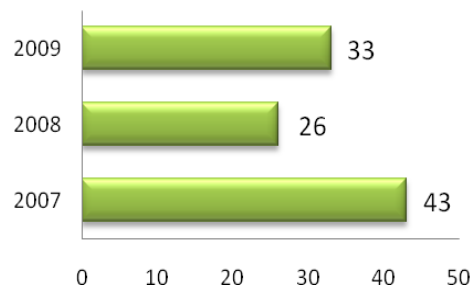
pylice płuc



choroby zakaźne



choroby słuchu





Najwięcej chorób zawodowych stwierdzanych jest w powiecie krakowskim, z uwagi na największą liczbę zakładów i zatrudnionych pracowników.

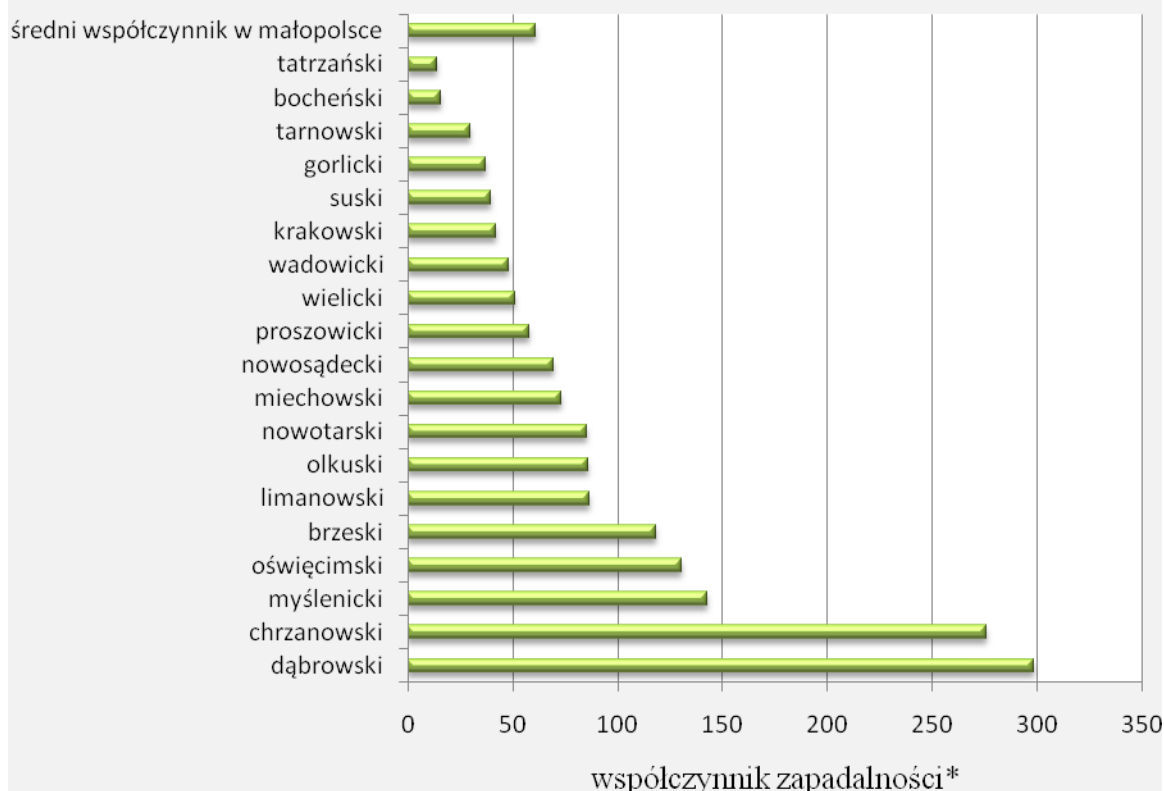
Najliczniejszą grupę stanowią 104 przypadki chorób narządu głosu u nauczycieli - stanowią one ok. 31 % ogółu stwierdzonych w 2009 r. chorób zawodowych. Nauczyciele również w latach 2005 - 2008 byli grupą zawodową, w której stwierdzano największą liczbę chorób zawodowych, chociaż w porównaniu z 2008 r. nastąpił spadek tych schorzeń o 16%.

Patrząc na współczynniki zapadalności na choroby narządu głosu w poszczególnych powiatach zaskakuje ogrom rozpiętości. Ponieważ trudno przyjąć, iż w jednych szkołach choroby te nauczyciele nabywają a w innych nie, pozostaje zasadniczo jedynie dwa wytłumaczenia dla tak dużych różnic. Albo w powiatach tatrzańskim, bocheńskim, dąbrowskim, nowotarskim i chrzanowskim chorób tych nie rozpoznaje się pomimo tego iż występują. Albo przeciwnie w miechowskim, proszowickim i myślenickim wśród nauczycieli panuje szczególna „moda” na ubieganie się o rozpoznanie tego schorzenia.

Na drugim miejscu znajdują się pylice płuc - 41 przypadków, co stanowi 12% wszystkich stwierdzonych w 2009 r. chorób zawodowych, w tym:

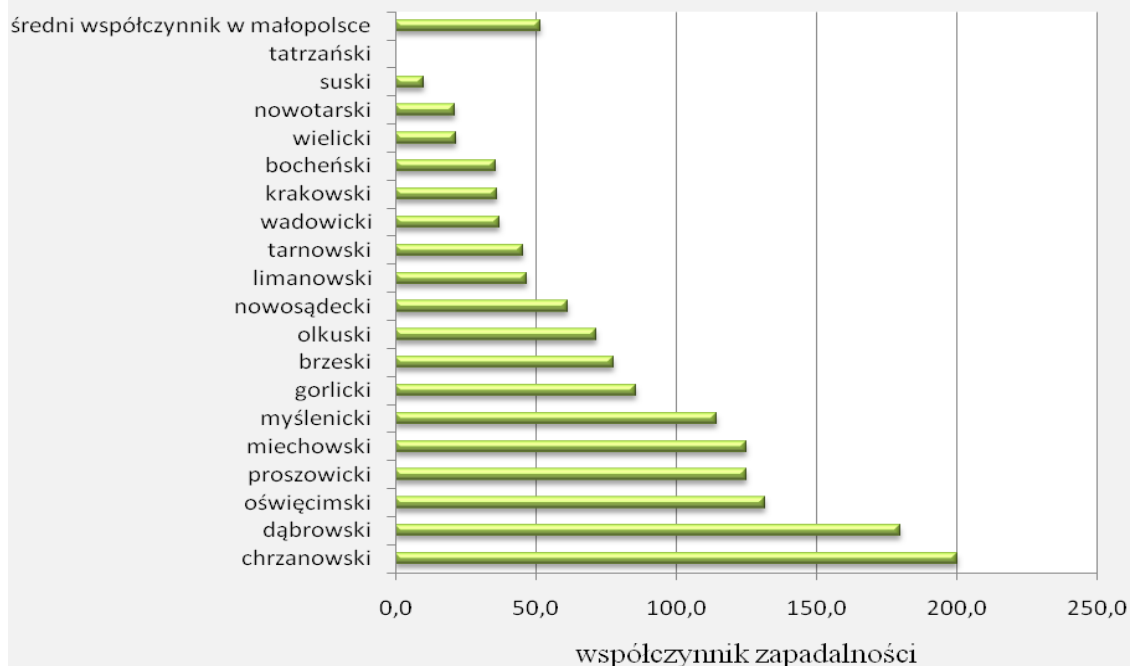
- 18 pylic górników kopalń węgla kamiennego (Chrzanów, Oświęcim)
- 13 pylic azbestowych (głównie Chrzanów, Dąbrowa Tarnowska, Kraków, Nowy Sącz, Oświęcim)
- 10 pylic krzemowych (w różnych powiatach)

Zapadalność na choroby zawodowe w powiatach województwa małopolskiego w 2008 roku



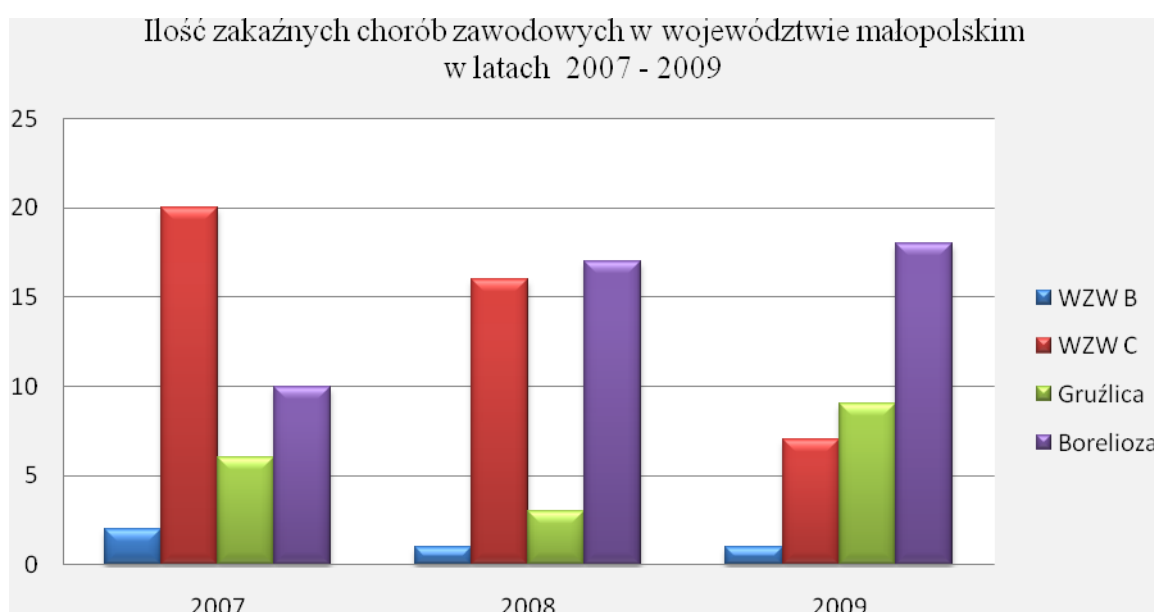
*średnia liczba stwierdzonych chorób zawodowych przypadająca na 100 000 zatrudnionych

Zapadalność na choroby zawodowe w powiatach województwa małopolskiego w 2009 roku



Liczba stwierdzonych zakaźnych chorób zawodowych w województwie małopolskim w latach 2007 - 2009

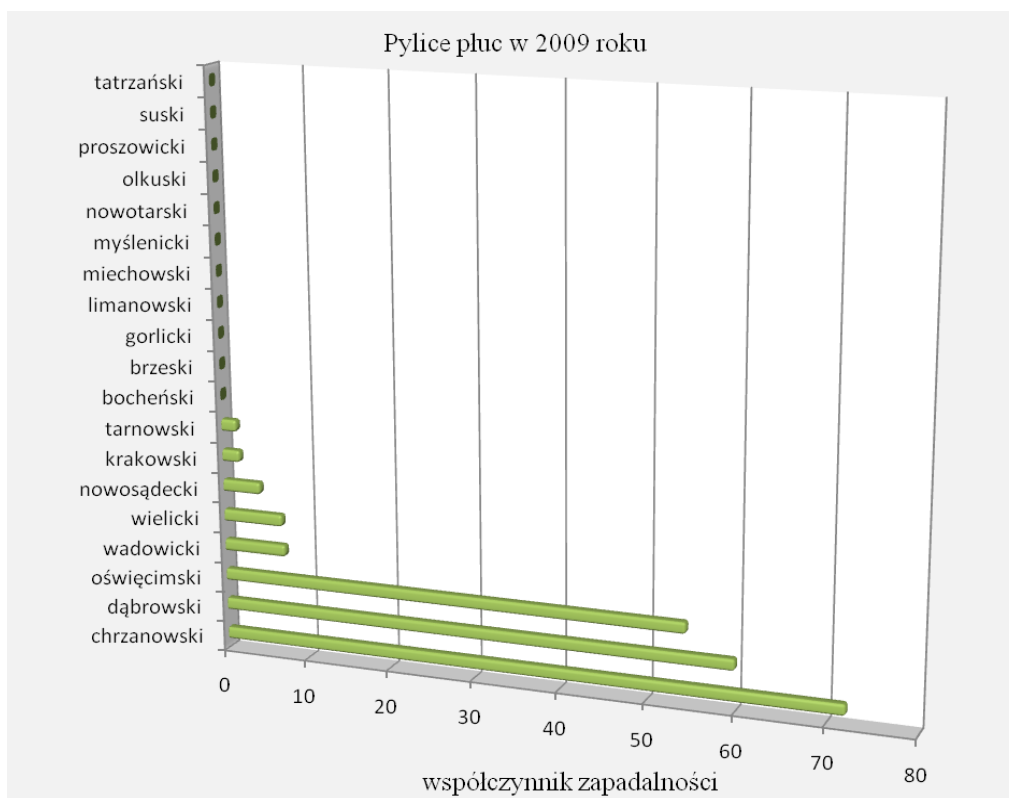
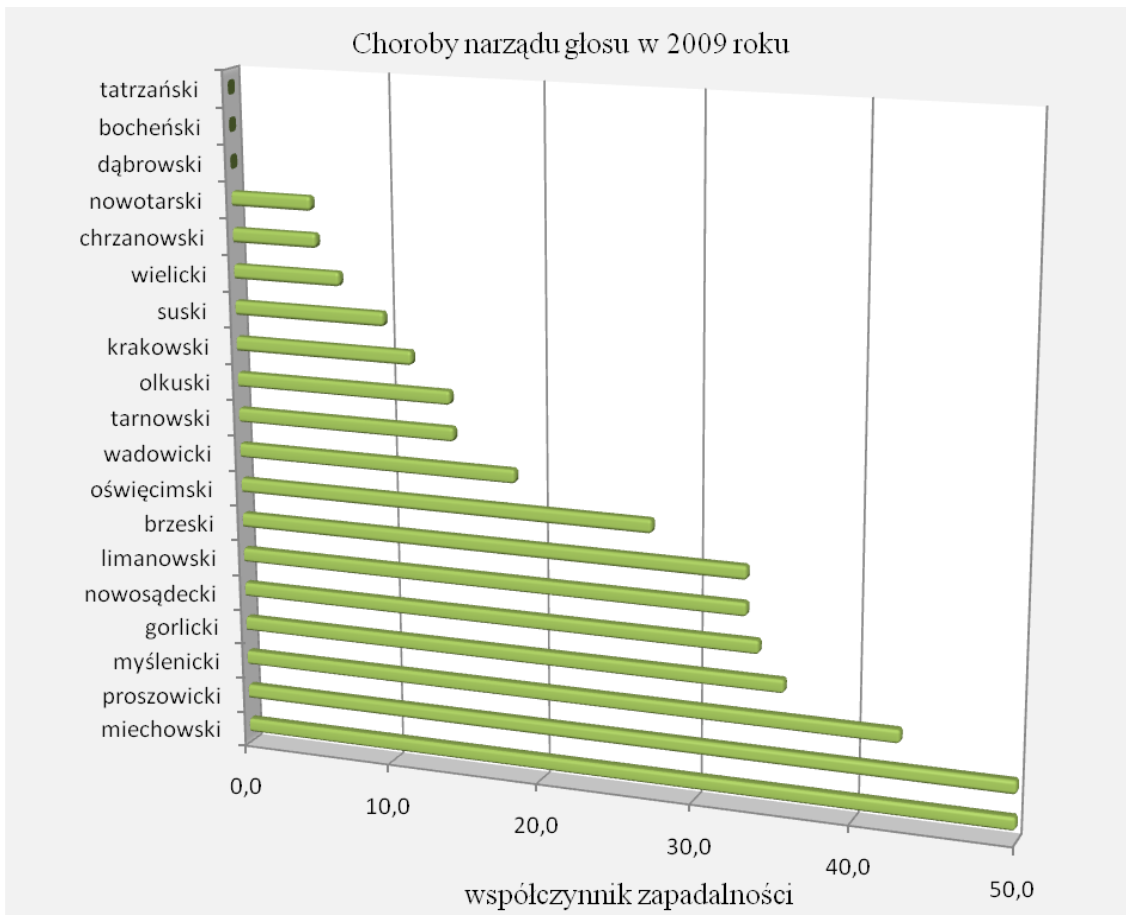
Rok	WZW typu B	WZW typu C	WZW typu B i C	Gruźlica	Inne			Razem
					borelioza	brucelloza	pozostałe	
2007	2	20	0	6	10	0	1	39
2008	1	16	0	3	17	0	0	37
2009	1	7	0	9	18	0	1	36

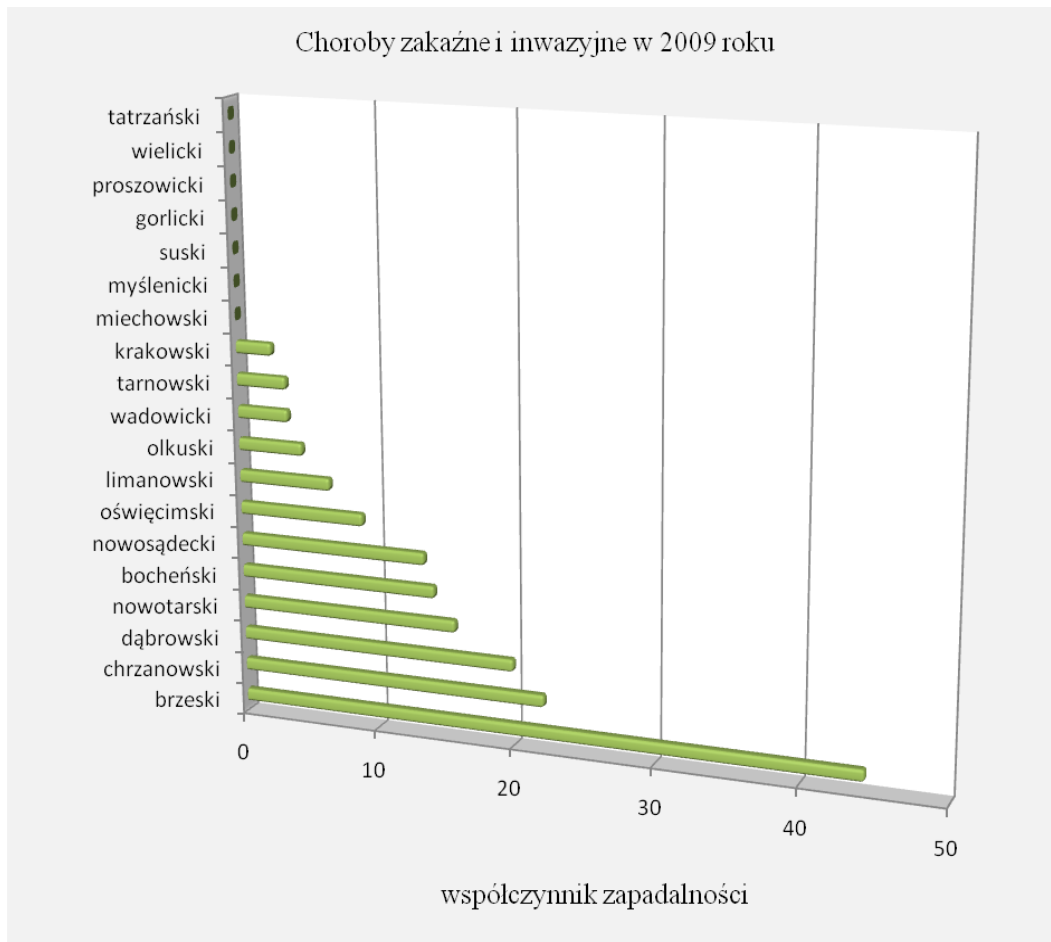


Na trzecim miejscu najczęściej stwierdzanych w 2009 r. chorób zawodowych znajdują się choroby zakaźne i pasożytnicze – 36 przypadków, co stanowi 11 % wszystkich stwierdzonych chorób zawodowych w 2009 r. W porównaniu z 2008 r. liczba stwierdzonych chorób zakaźnych utrzymuje się na podobnym poziomie.

W porównaniu z rokiem poprzednim, o ponad połowę przypadków zmalała wśród pracowników służby zdrowia liczba stwierdzonych chorób zawodowych WZW typu C, natomiast liczba stwierdzanych WZW typu B od 2007 r. utrzymuje się na tym samym poziomie (1-2 przypadki). WZW typu C w 2009 r. stwierdzono w powiatach: krakowskim - 6, oświęcimskim -1.

Systematycznie wzrasta liczba zachorowań na boreliozę, oraz trzykrotnie wzrosła liczba stwierdzonych chorób zawodowych gruźlicy.

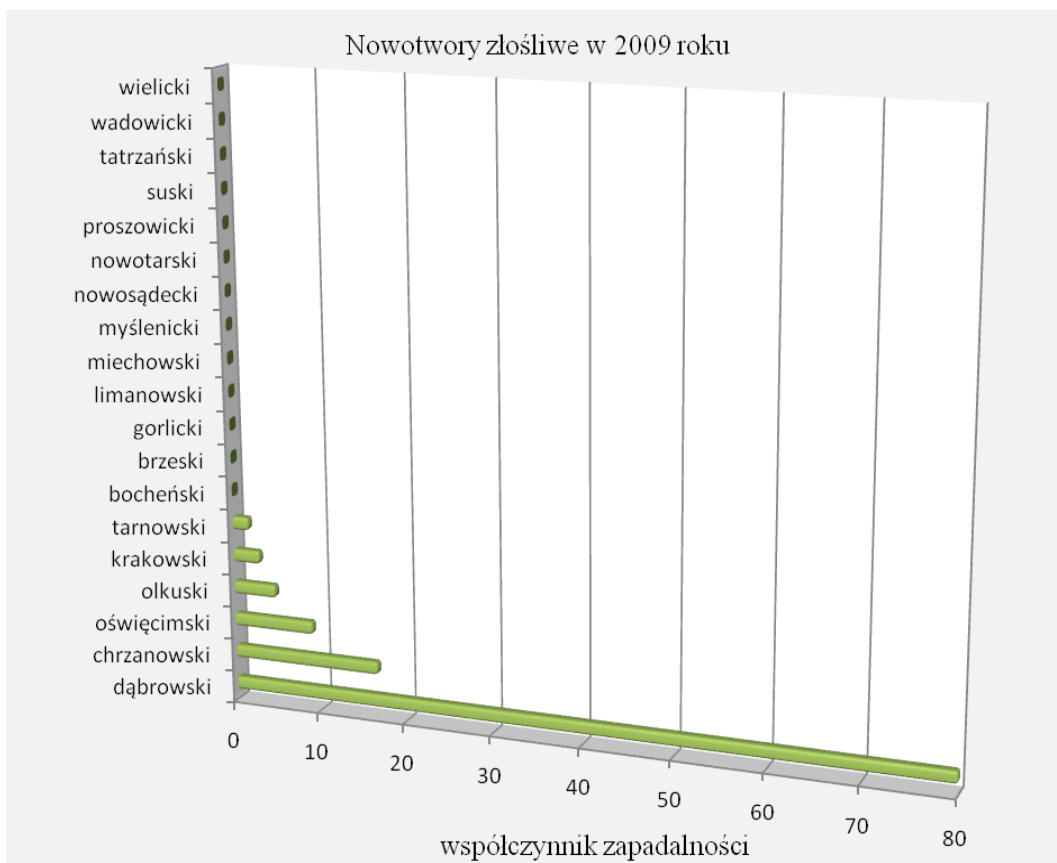
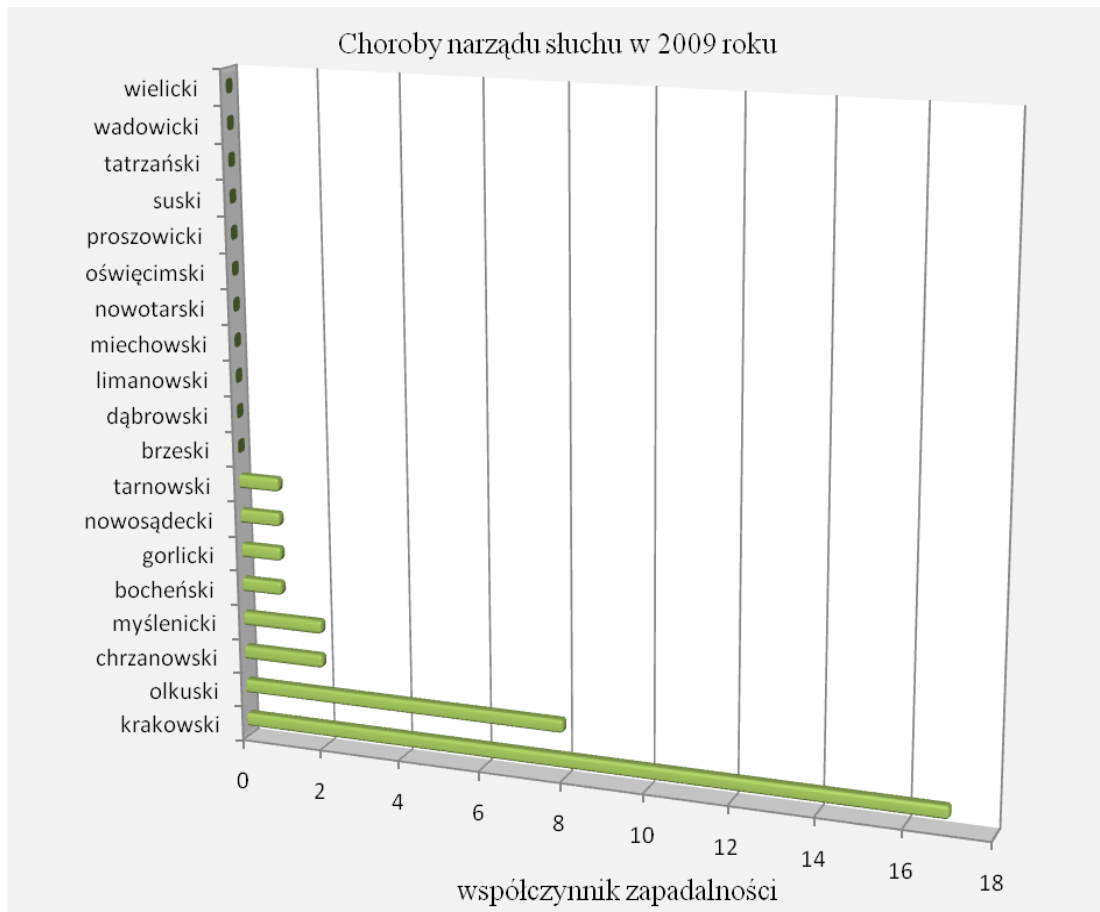




Na czwartym miejscu znajduje się trwały odbiorczy ubytek słuchu – 33 przypadki, co stanowi 10 % wszystkich stwierdzonych chorób zawodowych. W stosunku do 2008 r. liczba stwierdzonych chorób zawodowych narządu słuchu wzrosła o 7 przypadków.

W porównaniu do 2008 roku zmalała ogólna liczba stwierdzonych nowotworów złośliwych (z 37 do 21 tj. z 4 na 7 miejsce najczęściej stwierdzanych chorób zawodowych) i stanowi 6% wszystkich stwierdzonych chorób zawodowych, w tym za zawodowe przypadki uznano:

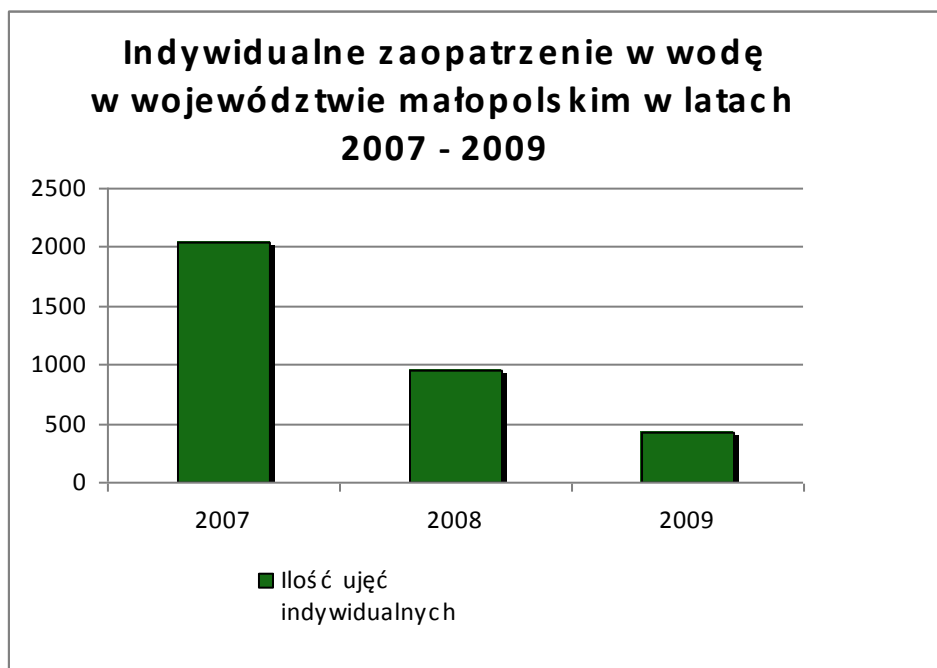
- 7 z powodu narażenia na wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne obecne w sadzy węglowej, smołach węglowych i pakach węglowych (Chrzanów, Kraków),
- 9 z powodu narażenia na azbest (Chrzanów, Dąbrowa Tarnowska, Kraków),
- 2 z powodu narażenia na chrom (VI) (Kraków, Tranów),
- 2 z powodu narażenia na butadien (Olkusz),
- 1 z powodu promieniowania jonizującego (Olkusz),



II. ZAGROŻENIA WYNIKAJĄCE Z DZIAŁALNOŚCI CZŁOWIEKA

II_a. WODA PITNA

W 2009 roku, jakość wody oceniana była w oparciu o kryteria zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417). Do oceny jakości wody wykorzystywano wyniki badań próbek pobieranych i badanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną jak również wyniki badań prowadzonych przez przedsiębiorstwa wodociągowe w ramach kontroli wewnętrznej. Pozyskiwane wyniki z różnych źródeł umożliwiają zebranie danych do pełnej oceny jakości sanitarnej wody do spożycia. W bieżącym roku wydawano jedynie oceny cząstkowe, oparte na bieżących wynikach badań.



Na terenie województwa małopolskiego od kilku lat notuje się systematyczny spadek indywidualnych ujęć wody. Coraz częściej mieszkańców zaopatrywanych jest poprzez wodociągi. W 2009 r. czynnych było 544 wodociągów publicznych. Zaopatrywały one w wodę 2609 tys. mieszkańców Małopolski tj. 80% ogółu ludności. W większości wodociągi publiczne to urządzenia małe, o wydajności poniżej 100 m³/d. Ich liczba wynosiła 310, co stanowiło 57% wszystkich wodociągów. Największym wodociągiem jest wodociąg krakowski, produkujący 180 tys. m³ wody /dobę i zaopatrujący ok. 850 tys. mieszkańców w mieście Krakowie i trzech powiatach.

Charakterystyka zaopatrzenia w wodę w powiatach

Rok 2009

Nazwa powiatu	Liczba wodociągów publicznych	Inne podmioty dostarczające wodę ⁵	Studnie publiczne	Liczba ludności zaopatrywana w wodę w tyś.
bocheński	9	22	6	95 tyś.
brzeski	6	13	11	25,48
chrzanowski	13	8	5	127,7
dąbrowski	2	-	-	28,8
gorlicki	20	68	21	78,3
krakowski	116	-	52	245,9
limanowski	34	76	1	52,1
miechowski	45	-	-	66,7
myślenicki	42	-	10	66,7
nowosądecki i m. N. Sącz	39	-	-	164
nowotarski	34	79	52	78,3
olkuski	29	13	1	114,3
oświęcimski	8	5	-	149,7
proszowicki	11	-	-	36,6
suski	55	-	-	39,5
tatrzański	19	49	-	43,7
tarnowski i m. Tarnów	16	6	42	227,6
wadowicki	27	3	-	143,8
wielicki	8	-	2	86,5
m. Kraków	13	-	360	734,20

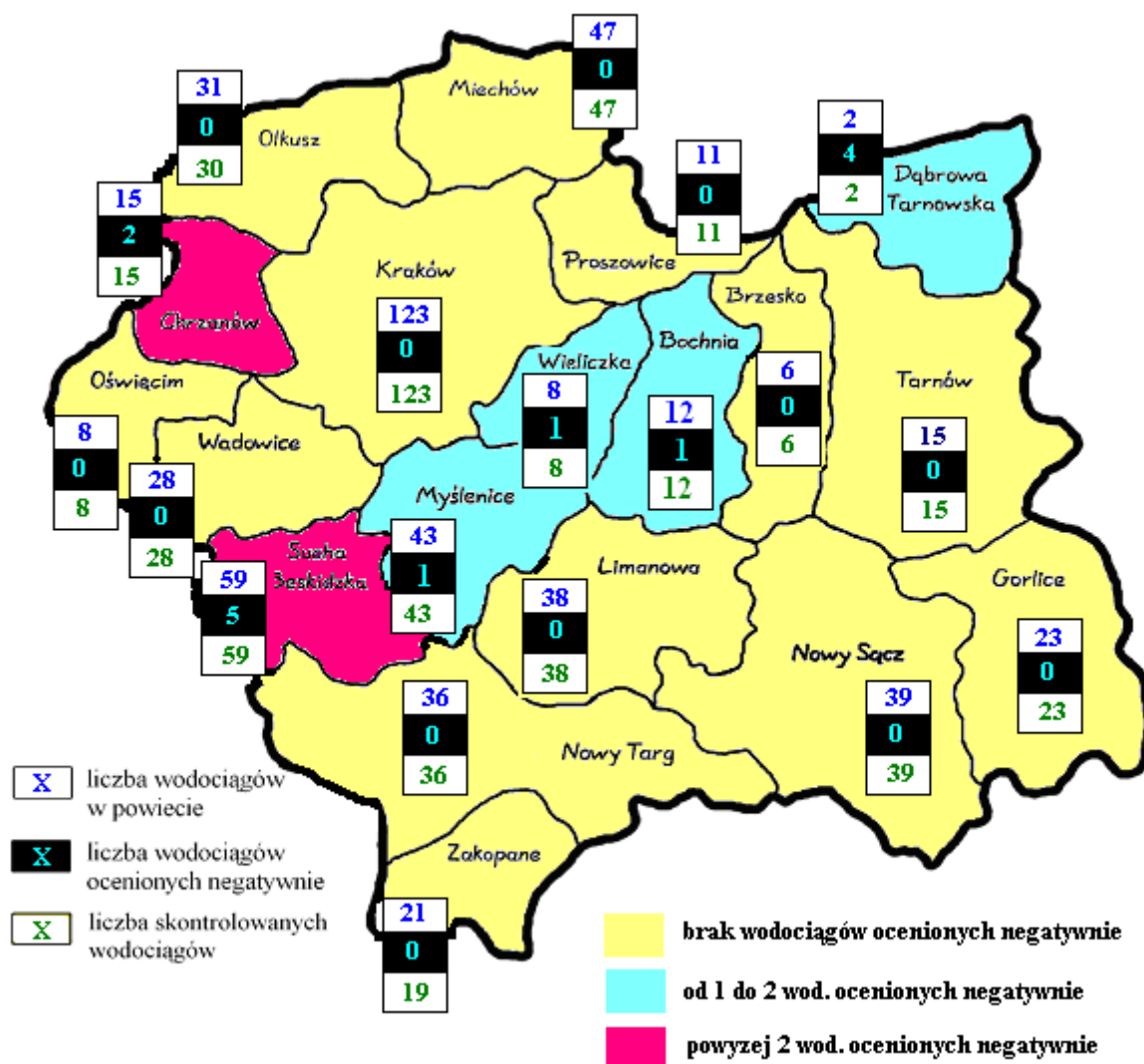
Wodociągi publiczne zaopatrują ok. 95,00% mieszkańców danego powiatu. Oceniając jakość wody do spożycia przez ludzi, dostarczanej przez wodociągi publiczne stwierdzono, że w bieżącym roku odnotowywano jedynie niewielkie, sporadyczne i krótkotrwałe przekroczenia mniej istotnych dla bezpieczeństwa zdrowotnego wskaźników jakości wody takich jak mętność, zawartość amoniaku, manganu, żelaza, czy ogólnej liczby bakterii grupy coli. Nie stwierdzono natomiast występowania przekroczeń wskaźników ujętych w załączniku nr 1 i 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, tj. wskaźników o podstawowym znaczeniu dla jakości wody do spożycia.

⁵Ustawa z dnia 7 czerwca 2001r o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2006r Nr 123, poz. 858 z późn. zm.)

2009

Nazwa powiatu	Liczba wodociągów w ewidencji	Liczba wodociągów skontrolowanych	Liczba wodociągów wyłączonych ze względu na złą jakość wody
bocheński	12	12	0
brzeski	6	6	0
chrzanowski	15	15	0
dąbrowski	2	2	0
gorlicki	23	23	0
krakowski	123	123	0
limanowski	38	38	0
miechowski	47	47	0
myślenicki	43	43	0
nowosądecki	39	39	0
nowotarski	36	36	0
olkuski	31	30	0
oświęcimski	8	8	0
proszowicki	11	11	0
suski	59	59	0
tarnowski	15	15	0
tatrzański	21	19	0
wadowicki	28	28	0
wielicki	8	8	0
m. Kraków	11	11	0
m. Nowy Sącz	3	3	0
m. Tarnów	3	3	0

Całkowita liczba wodociągów w powiatach województwa małopolskiego w 2009r. oraz liczba wodociągów oceniona negatywnie



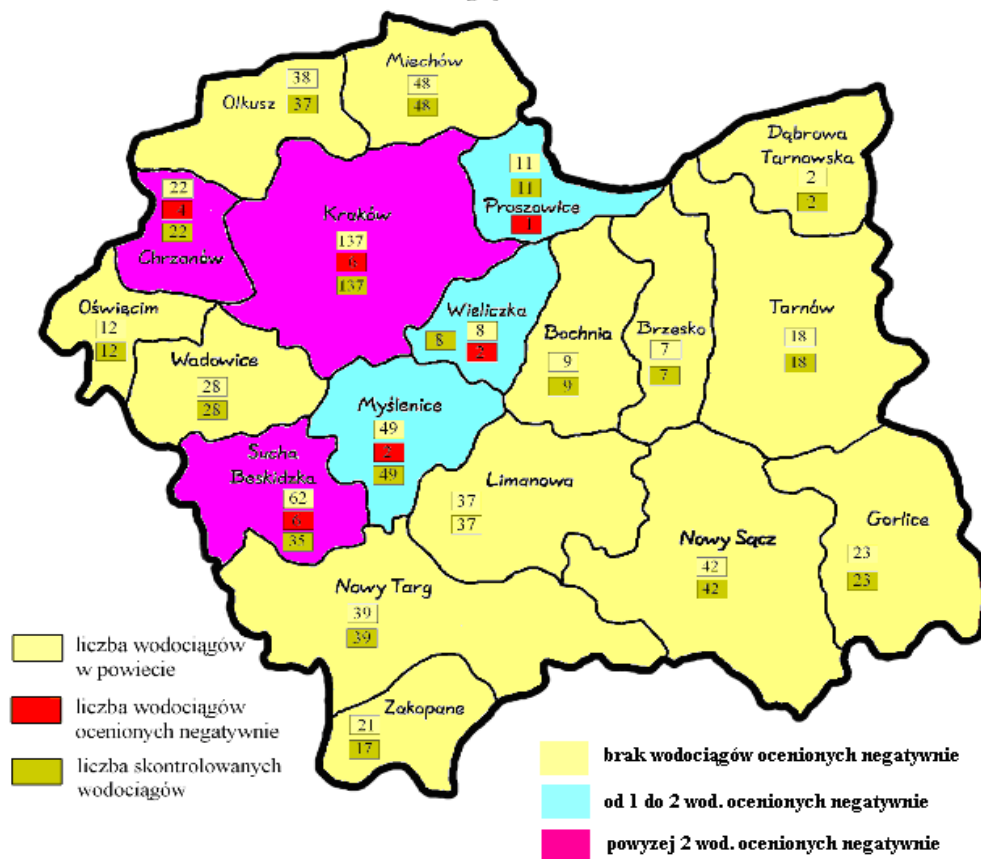
Należy również dodać, że w 2009 roku nie było powodów do wyłączeń wodociągów publicznych z przyczyn złej jakości wody.

W bieżącym roku zmodernizowano system zaopatrzenia w wodę dostarczaną mieszkańcom miast Chrzanowa i Niepołomic. Sieć wodociagową miasta Chrzanowa połączono z siecią Górnośląskiego Przedsiębiorstwa Wodociagowego, natomiast wodociąg niepołomiccki czerpie wodę z nowego ujęcia. Modernizacje te miały na celu poprawę jakości wody pitnej, w której stwierdzano ciągle przekroczenia wskaźników fizyko-chemicznych. (mętności, amoniaku, manganu i żelaza)

Rok 2008

Nazwa powiatu	Liczba wodociągów w ewidencji ogółem	Liczba wodociągów skontrolowanych	Liczba wodociągów wyłączonych okres max. do 2 tygodni ze względu na złą jakość wody
bocheński	9	9	
brzeski	7	7	
chrzanowski	22	22	
dąbrowski	2	2	
gorlicki	23	23	
krakowski i m. Kraków	137	137	3
limanowski	37	37	
miechowski	48	48	
myślenicki	49	49	
nowosądecki i m. Nowy Sącz	42	42	1
nowotarski	39	39	1
olkuski	38	37	
oświęcimski	12	12	
proszowicki	11	11	1
suski	62	35	
tatrzański	21	17	
tarnowski i m. Tarnów	18	18	
wadowicki	28	28	
wielicki	8	8	
Razem	613	581	6

Całkowita liczba wodociągów w powiatach województwa małopolskiego w 2008r. oraz liczba wodociągów ocenionych negatywnie

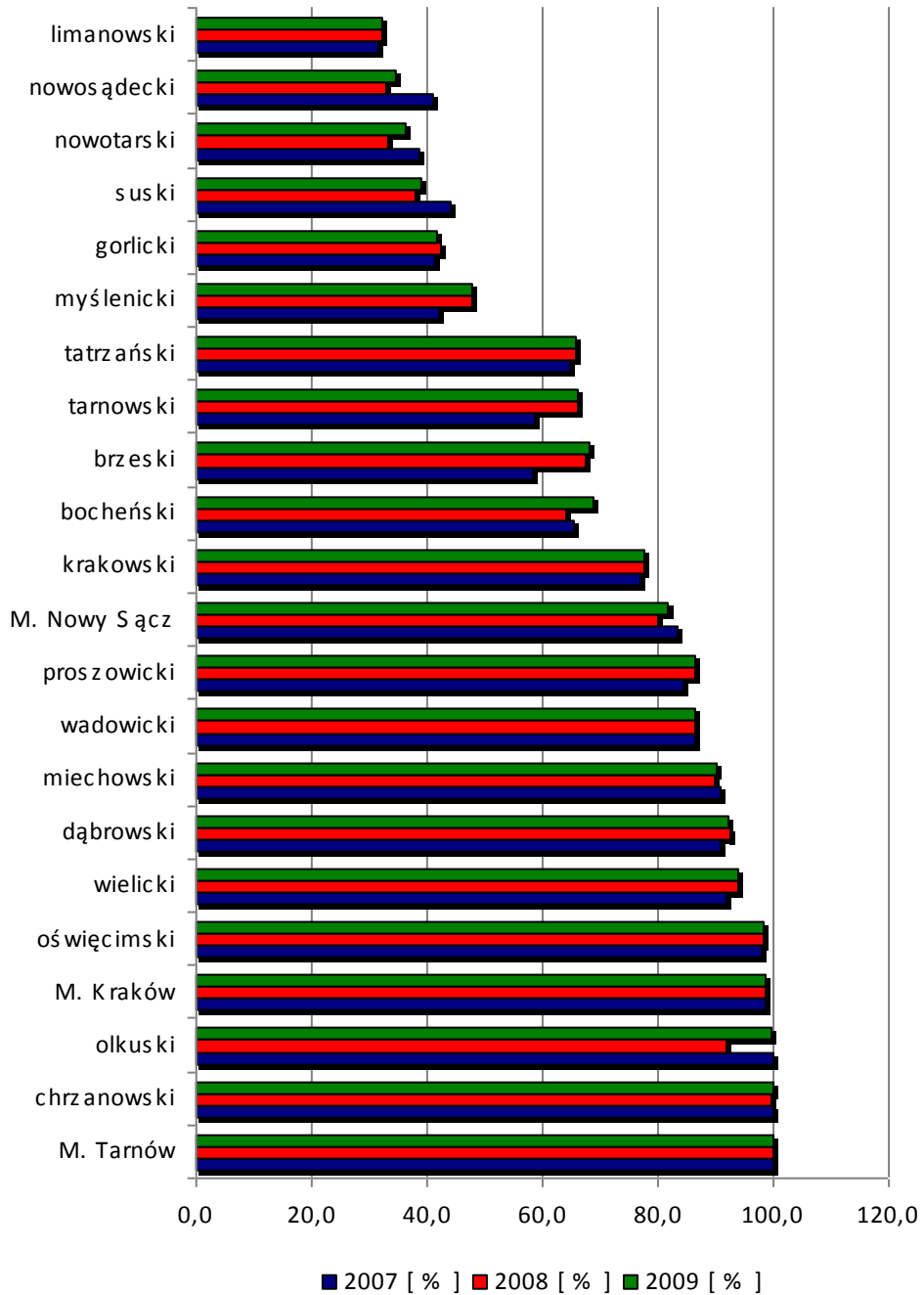


Charakterystyczną cechą występowania przekroczeń w 2008r. był fakt, że przekroczenia wskaźników fizyko-chemicznych dotyczyły głównie wodociągów większych, wykorzystujących jako surowiec wody podziemne, wymagających poszerzonego procesu uzdatniania. Występowanie tego typu zanieczyszczeń miało charakter ciągły. Przekroczenia wskaźników bakteriologicznych dotyczyły wodociągów małych, zaopatrujących głównie obszary wiejskie, a ich przyczyny są przypadkowe (np. awarie sieci wodociągowej, uszkodzenia zbiorników wyrównawczych itp.). Przekroczenia wskaźników bakteriologicznych były przyczyną okresowego zamknięcia w 2008 roku pięciu wodociągów.

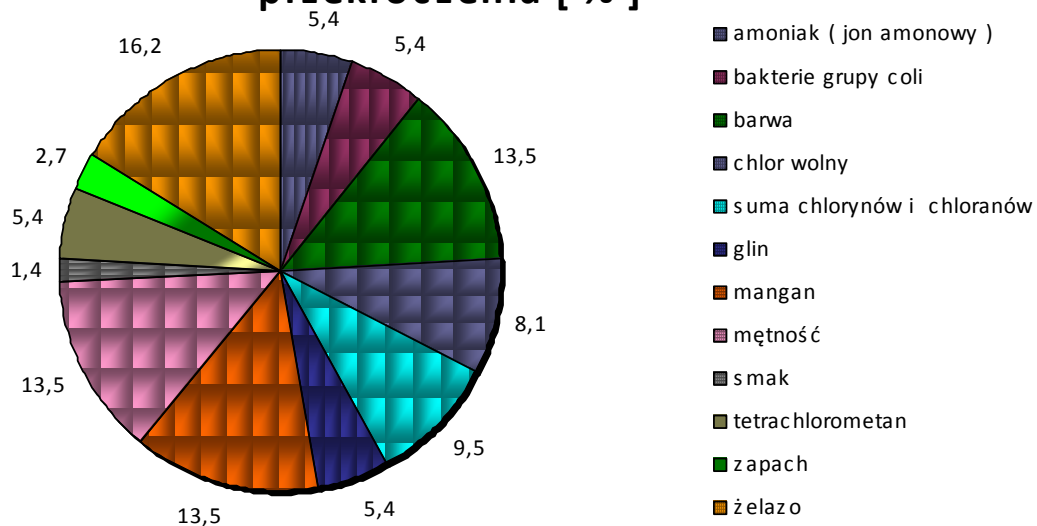
Przekroczenia dopuszczalnych wartości parametrów w wodzie pochodzącej z wodociągów o produkcji 1 000-10 000 m³/d

Parametr	Udział przekroczeń wskaźników w ogólnej liczbie badań, w których stwierdzono przekroczenia [%]	Udział przekroczeń wskaźników w ogólnej liczbie badań [%]
amoniak (jon amonowy)	5,4	0,036
bakterie grupy coli	5,4	0,036
barwa	13,5	0,090
chlor wolny	8,1	0,054
suma chlorynów i chloranów	9,5	0,063
glin	5,4	0,036
mangan	13,5	0,090
mętność	13,5	0,090
smak	1,4	0,009
tetrachlorometan	5,4	0,036
zapach	2,7	0,018
żelazo	16,2	0,109

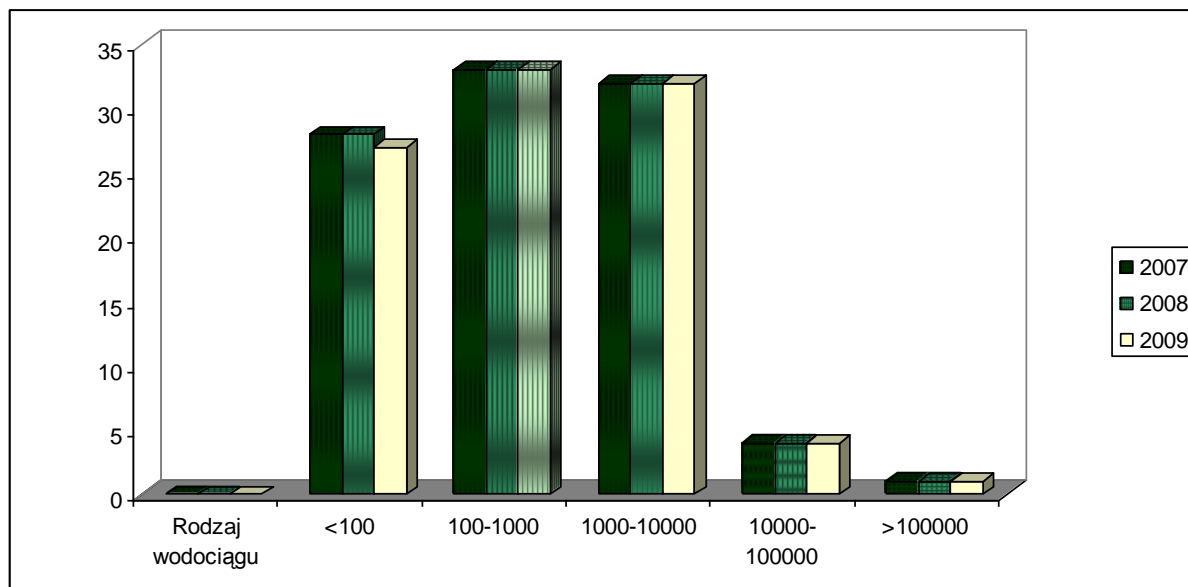
Zaopatrzenie ludności w wodę z instalacji wodnych w latach 2007 - 2009



Udział przekroczeń wskaźników w ogólnej liczbie badań, w których stwierdzono przekroczenia [%]



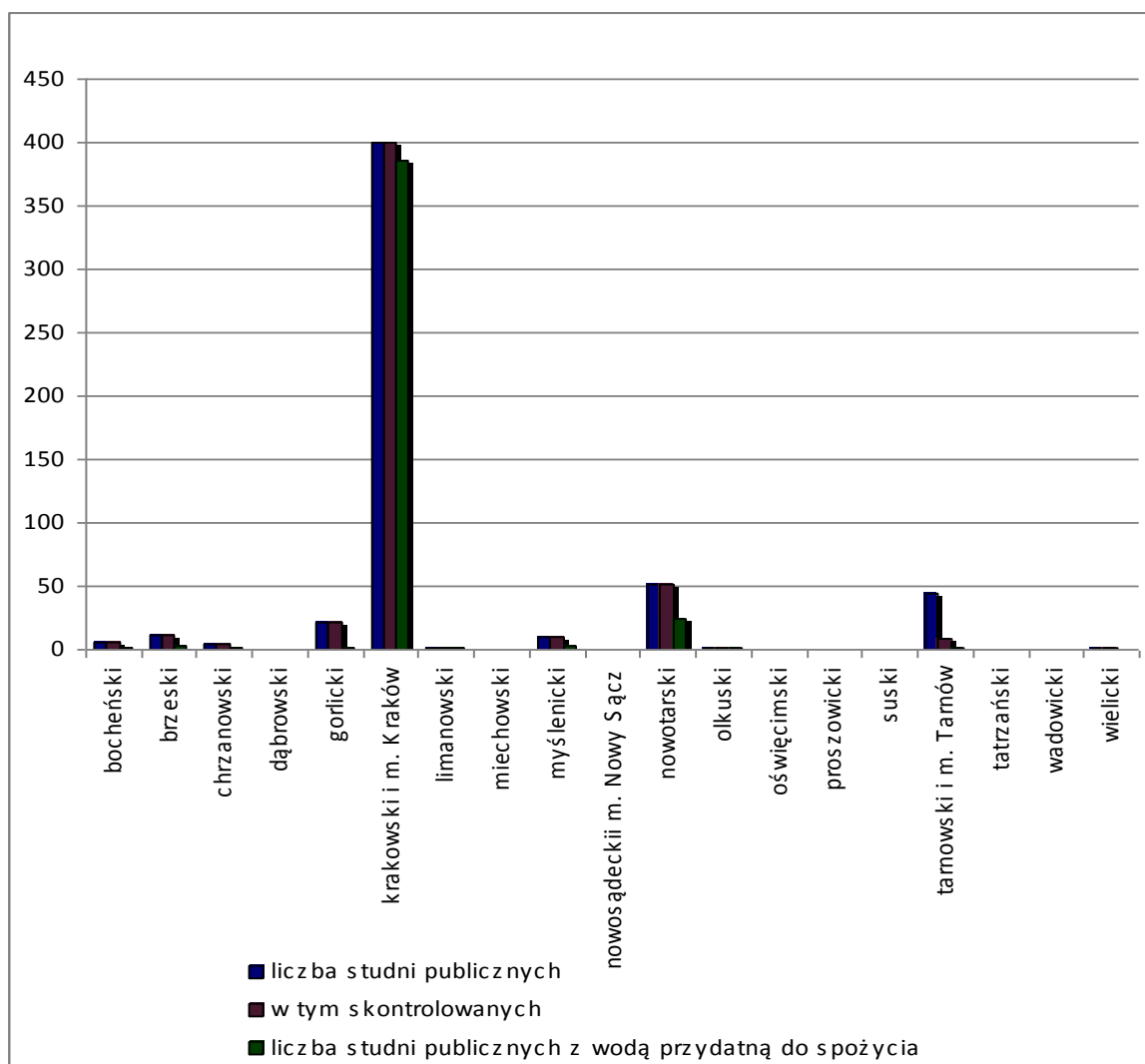
Liczba zewidencjonowanych wodociągów w miastach 2007- 2009 roku



Podobnie jak w latach ubiegłych, studnie publiczne stanowiły jedynie awaryjne źródło zaopatrzenia w wodę. W 2009 r. w ewidencji było 528 studni (z czego w mieście Krakowie 339).

nazwa powiatu	liczba studni publicznych		liczba studni publicznych z wodą przydatną do spożycia
	ogółem	w tym skontrolowanych	
bocheński	6	6	2
brzeski	11	11	3
chrzanowski	5	5	1
gorlicki	21	21	2
krakowski i m. Kraków	400	400	386
limanowski	1	1	1
myślenicki	10	10	3
nowosądeckii m. Nowy Sącz	0	0	0
nowotarski	52	52	24
olkuski	1	1	1
tarnowski i m. Tarnów	45	8	1
wielicki	2	1	1
Razem	554	516	425

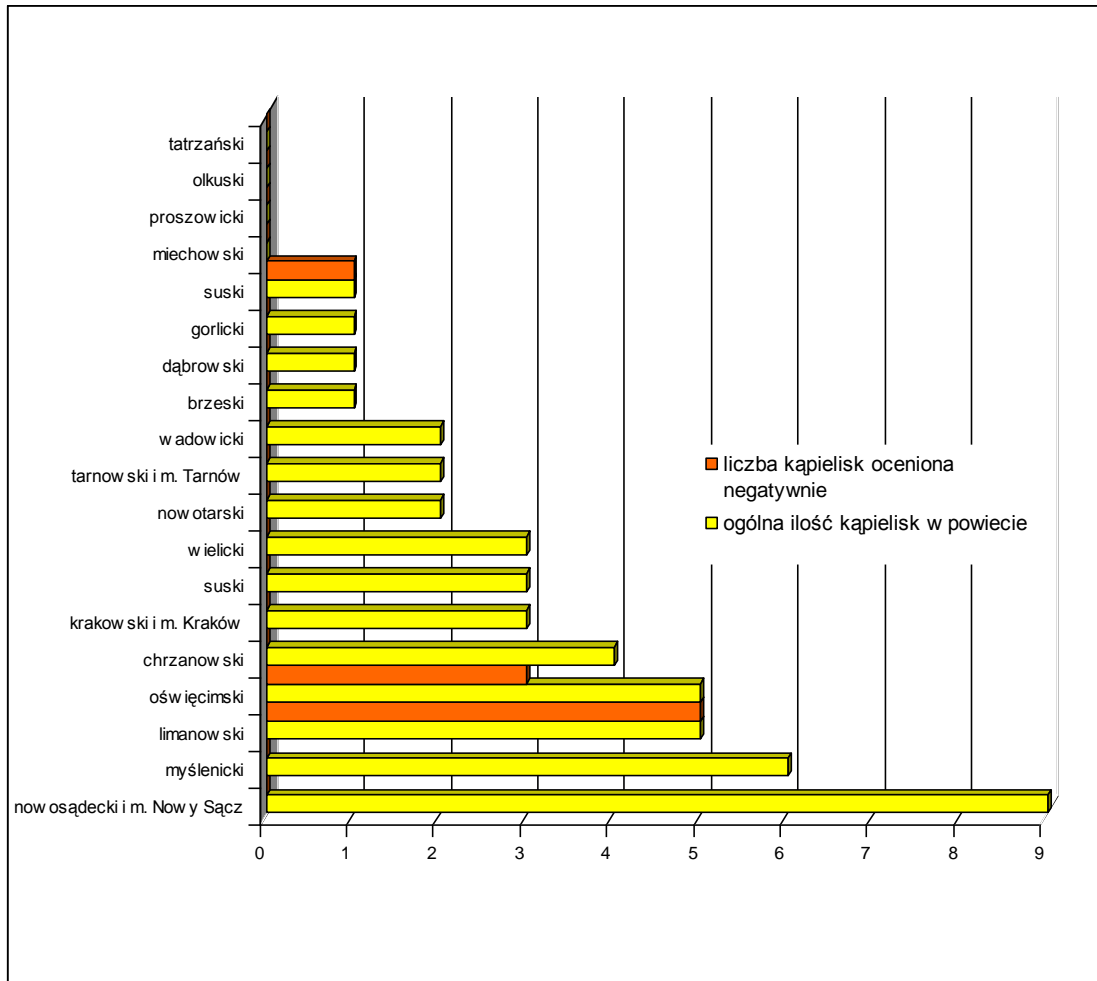
Indywidualne zaopatrzenie w wodę – indywidualne ujęcia wykorzystywane do celów publicznych lub działalności gospodarczej, dostarczające wodę, a nie będące przedsiębiorstwami wodociągowo-kanalizacyjnymi. Na ogół są to małe wodociągi produkujące poniżej 10 m³/dobę lub zaopatrujące mniej niż 50 osób. Stanowiły one źródło zaopatrzenia w wodę dla zakładów produkujących żywność, szkół i przedszkoli, ośrodków zdrowia, obiektów o charakterze turystyczno-wypoczynkowym itp., a zlokalizowanych na terenach nie zwodociągowanych, głównie wiejskich. Ich liczba jest zmienna i uzależniona od aktualnie prowadzonej działalności. Ponadto, ze względu na rozbudowę sieci wodociągowej na terenach wiejskich, wiele obiektów tego typu jest systematycznie podłączanych do wodociągów publicznych. W roku 2009 w ewidencji było zarejestrowanych 342 ujęć indywidualnych. Zaopatrywały one 4,5 tys. ludzi.



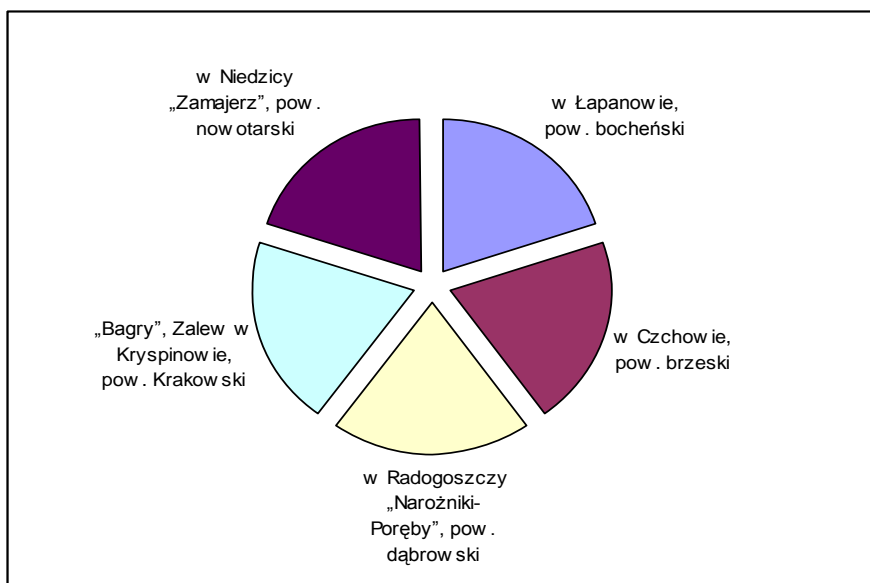
KĄPIELISKA

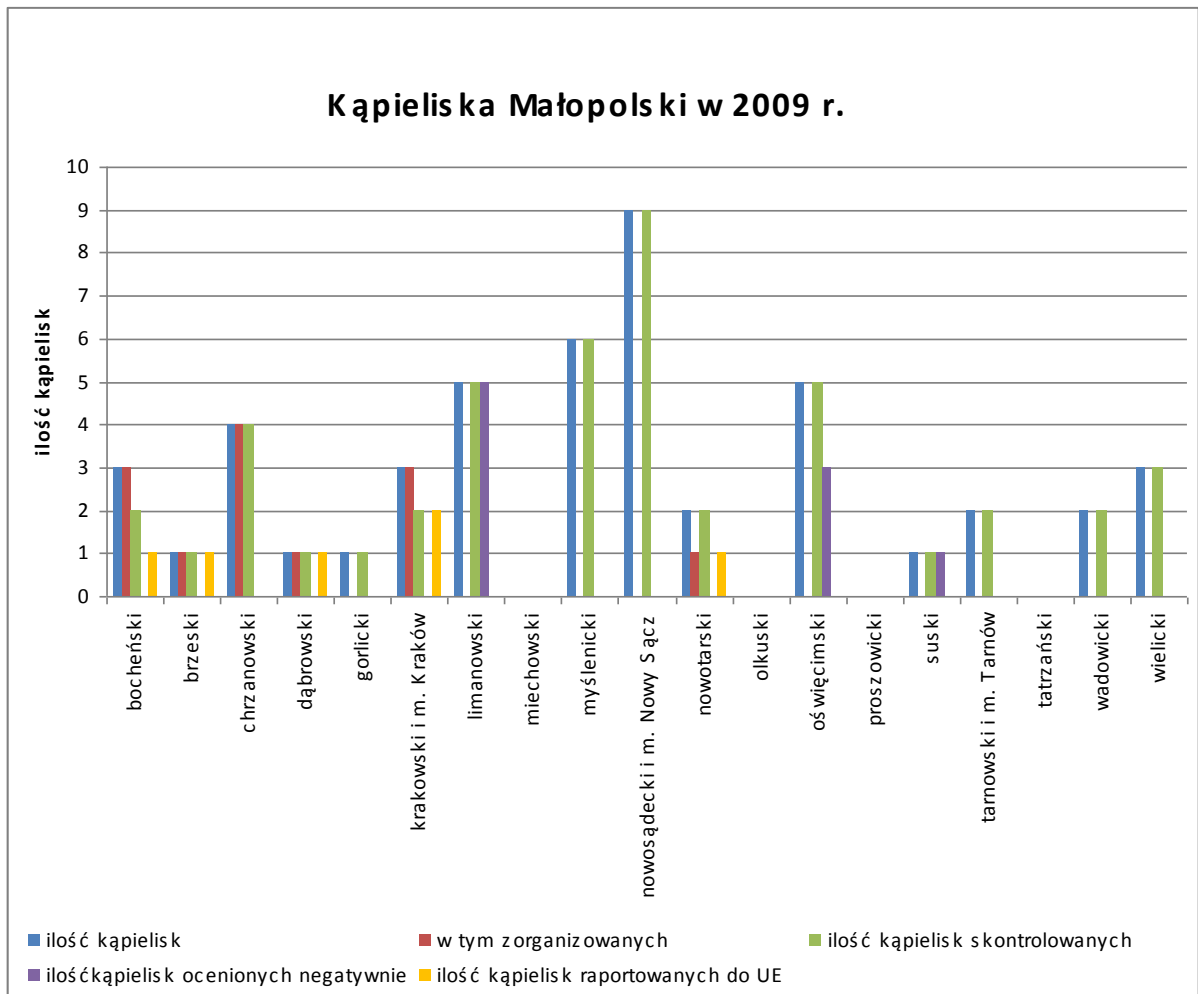
W 2009 r. nadzorem sanitarnym objęto 48 kąpielisk zorganizowanych oraz miejsc zwyczajowo wykorzystywanych do kąpeli w zakresie jakości wody oraz stanu higieniczno - porządkowego infrastruktury i otaczającego terenu. W tym 13 zorganizowanych kąpielisk z wyznaczonym i trwale oznakowanymi strefami kąpeli, wyposażonych w urządzenia sanitarne, natryski, szatnie, pomosty, plaże itp. - co stanowi 27% ogólnej liczby kąpielisk. Nadzorowanymi kąpieliskami przez Państwową Inspekcję Sanitarną w Małopolsce są głównie miejsca tradycyjnie wykorzystywane do kąpeli, czyli tzw. prowizoryczne kąpieliska, które stanowią 73% ogólnej liczby.

Kapieslika w województwie małopolskim



Do Unii Europejskiej w 2009 roku raportowane były dane w zakresie jakości wody, dotyczące 6 zorganizowanych kąpielisk:





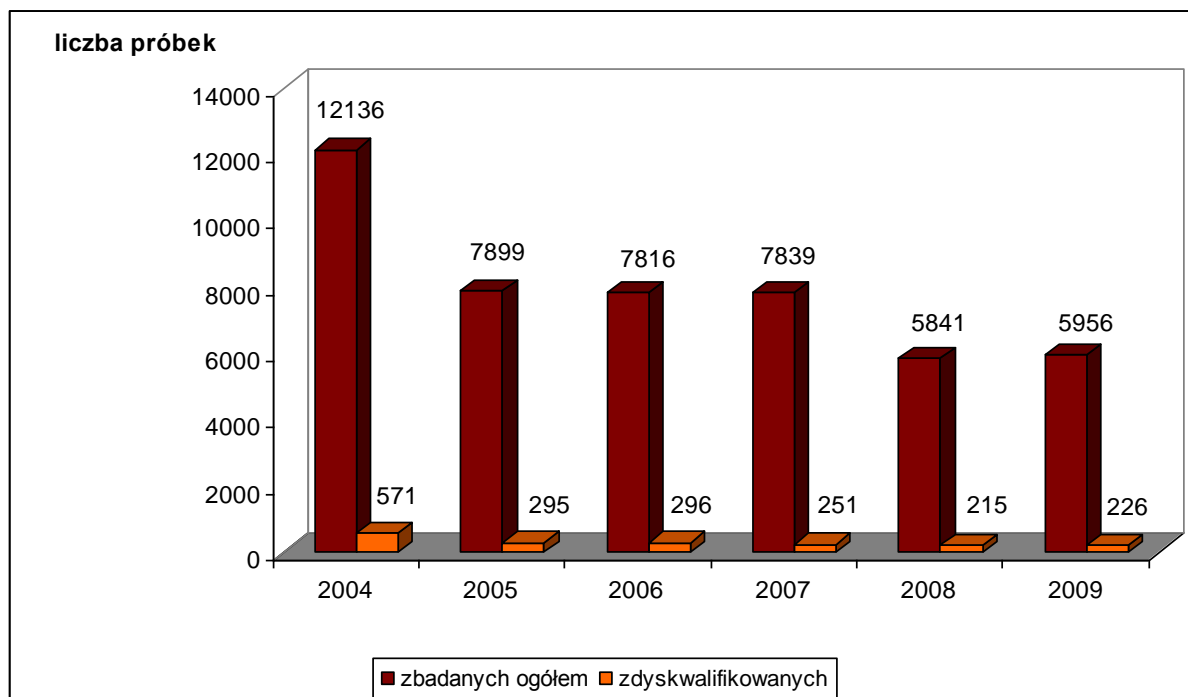
Kąpieliska pozostałe - niezorganizowane - są to miejsca zwyczajowo wykorzystywane do kąpieli. Są one określane i nadzorowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Informacje o nich są przekazywane do lokalnych władz terenowych

W 2009 roku z powodu obfitych deszczy, woda była nieprzydatna do kąpieli przez większą część sezonu ze względu na zanieczyszczenia bakteriologiczne i fizykochemiczne w kąpieliskach zwyczajowych na górskich rzekach: Dunajec – na wysokości oś. Wólki – Nowy Sącz, Kamienica – na wys. mostu kolejowego Nowy Sącz – Jamnica, Poprad na wysokości O.W. „Lasek” – Piwniczna, Skawa w Zatorze, Soła w Kętach, Soła w Oświęcimiu, Stryszawka - Sucha Beskidzka ul. Role, Łososina (na całej długości) w powiecie limanowskim i na potoku Szczawnik – na wys. restauracji „Zamkowa” – Muszyna Złockie.

Cztery z sześciu „unijnych” kąpielisk, ocenione zostały jako dobre i stabilne, ponieważ przez cały sezon kąpielowy spełniały wymagania Dyrektywy Unii Europejskiej. Kąpielisko „unijne” w Radogoszczy „Narożniki - Poręby” nieczynne było przez cały sezon letni z uwagi na zniszczenia wywołane falą powodziową. Formalnie nie zostało także otwarte kąpielisko Bagry w Krakowie, ponieważ właściciel nie udzielił informacji o rozpoczęciu sezonu kąpielowego, mimo dobrej jakości wody. W pierwszej połowie lipca w sześciu zwyczajowych kąpieliskach nad Jeziorem Rożnowskim woda nie spełniała wymagań ze względu na zanieczyszczenia bakteriologiczne i fizykochemiczne.

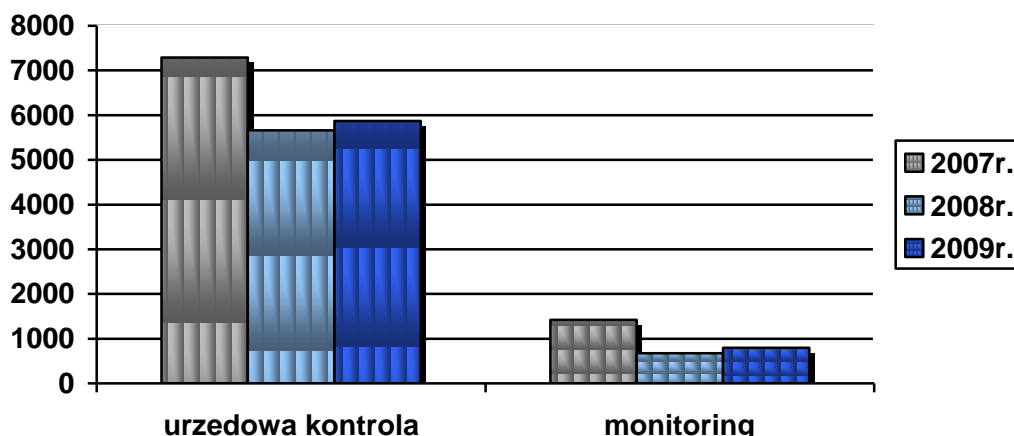
II_B. ŻYWNOSĆ I ŻYWIENIE

Jednym z zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest kontrola bezpieczeństwa żywności tj. warunków które muszą być spełnione i czynności które muszą być podjęte we wszystkich fazach produkcji i obrotu żywnością w celu zapewnienia zdrowia i życia człowieka. Zadanie to jest realizowane poprzez pobieranie i badanie próbek żywności produkowanej lub znajdującej się w obrocie na terenie województwa małopolskiego. Plan pobierania próbek i badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu województwa małopolskiego tworzony jest co roku na podstawie krajowego ramowego planu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Liczba próbek, które mają być zbadane w poszczególnym roku ustalana jest dla każdego województwa indywidualnie w zależności od wielu parametrów takich jak wielkość i rodzaj produkcji lub obrotu, pochodzenie produktów i ich składników i związana z tym ocena ryzyka uwzględniająca wyniki wcześniejszych badań oraz posiadane informacje na temat stwarzanego zagrożenia. Wyjściowym parametrem dla liczby pobieranych próbek jest liczba ludności na terenie danego województwa. W latach poprzednich pobierano ok. 1 próbkę na 400 mieszkańców, w roku 2008 na ok. 550 mieszkańców, co jest porównywalne z innymi krajami UE.



W roku 2009 na terenie województwa małopolskiego pobrano do badania 5956 próbek produktów spożywczych i materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością – o 115 więcej niż w roku 2008. W ramach urzędowej kontroli żywności zbadano 5866 próbek, w ramach monitoringu 799 próbek. W stosunku do roku 2008 monitoring został poszerzony o 125 próbek. Część próbek badano jednocześnie w ramach urzędowej kontroli i monitoringu.

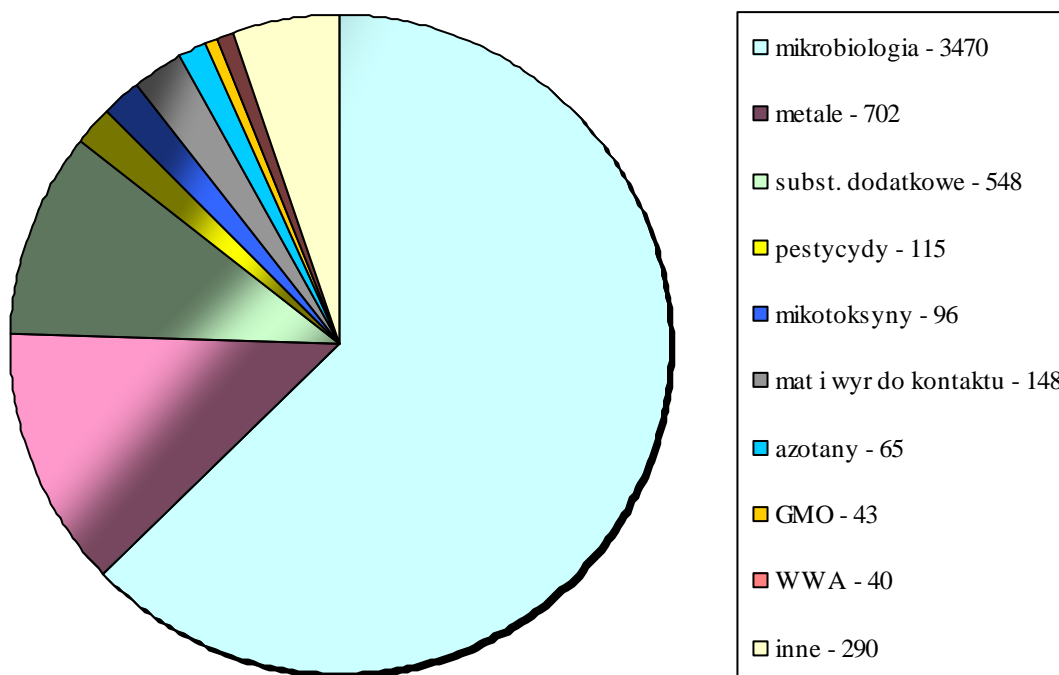
Liczba próbek pobranych w latach 2007-2009



Próbki do badania pobierano u producentów, w obrocie oraz w ramach kontroli granicznej (niewielka liczba). Wśród pobranych próbek 2,9 % stanowiły próbki pobrane w ramach dochodzeń związanych z opracowywaniem ognisk zatruc pokarmowych, 1,0 % próbki dostarczone przez konsumentów w ramach wniosków o interwencje. Próbki te nie są reprezentatywne dla oceny jakości i bezpieczeństwa środków spożywczych, gdyż nie zostały pobrane w sposób losowy i w związku z tym nie zostały uwzględnione w dalszej ocenie.

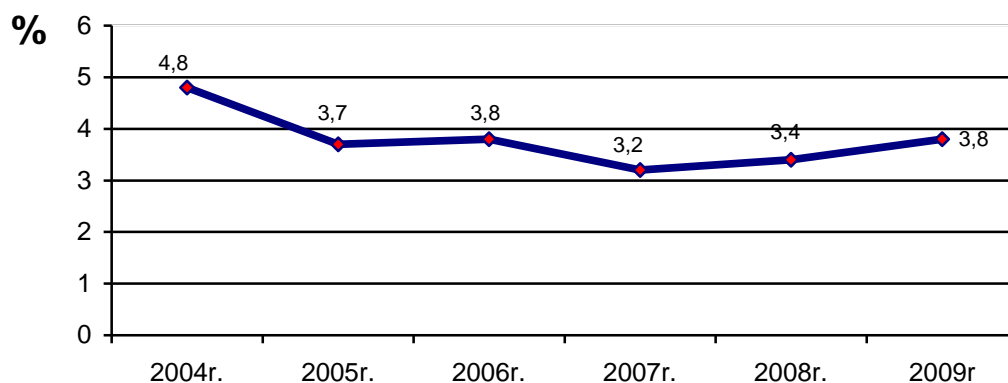
Kierunek badania próbki wynikał z oceny ryzyka. Liczbę próbek zbadanych w określonych kierunkach mikrobiologicznych i fizykochemicznych przedstawiono poniżej.

Liczba próbek zbadanych mikrobiologicznie i fizykochemicznie w 2009 roku



Inne kierunki badań to: badanie żywności wzbogacanej, badanie wybranych parametrów w środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementach diety, kryteria czystości substancji dodatkowych, skażenia promieniotwórcze, wykrywanie żywności napromienianej, obecność histaminy, metanolu, 3-MCPD, akrylamidu, furanu, izomerów trans kwasów tłuszczowych, pozostałości antybiotyków, oznaczanie ilości jodu w soli spożywczej jodowanej. W każdym z tych kierunków zbadano od 2 do 36 próbek. Ponadto 102 próbki zbadano w kierunku obecności zanieczyszczeń biologicznych (szkodniki i ich pozostałości) i fizycznych. Ponad 91 % próbek zbadano dodatkowo w kierunku prawidłowości cech organoleptycznych, 62 % w kierunku prawidłowości oznakowania. Otrzymane wyniki badań oceniano porównując z obowiązującymi wymaganiami prawa, lub w przypadku braku takich uregulowań dokonując oceny ryzyka. Zakwestionowano 219 próbek tj. 3,8 % wszystkich zbadanych próbek (3,4 % w roku 2008). Stanowi to wielkość porównywalną z poprzednimi latami z niewielką tendencją wzrostową.

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w latach 2004-2009

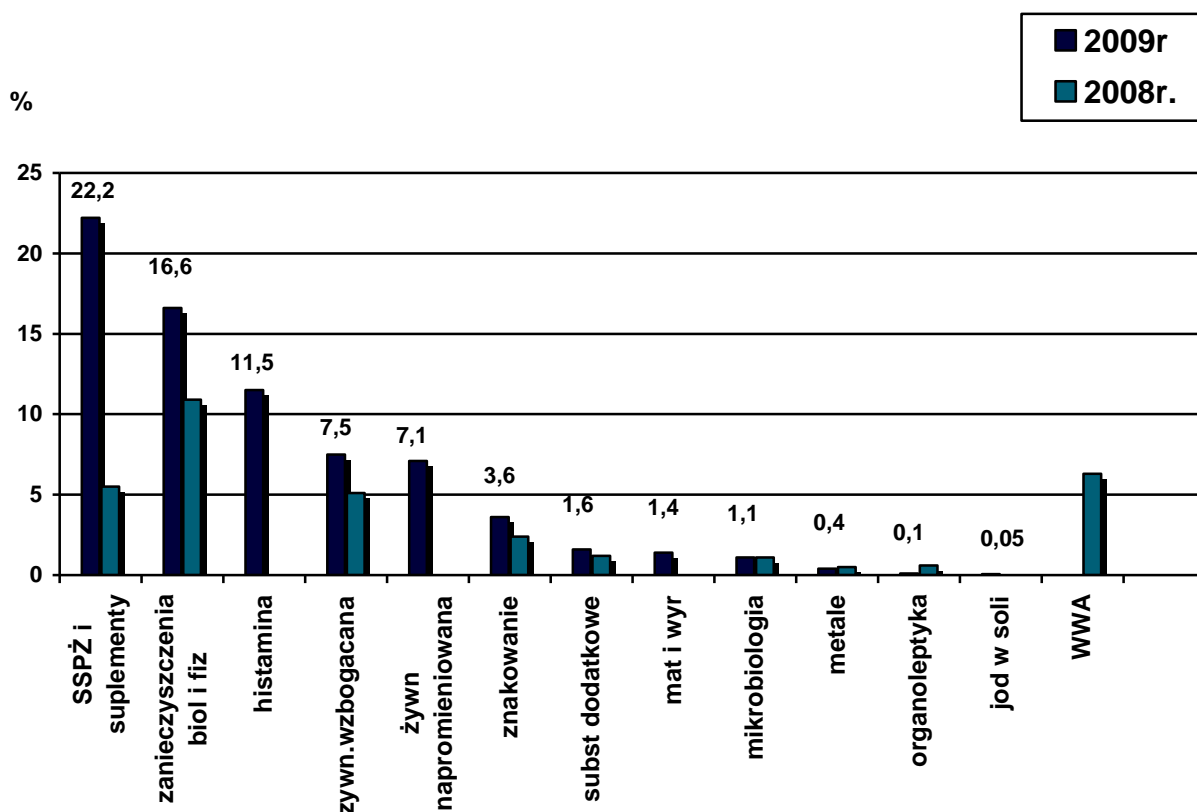


W roku 2009 po raz pierwszy zakwestionowano próbki badane w kierunkach:

- wykrywanie napromieniania żywności (1 próbka) – stwierdzono niedeklarowane napromienianie przypraw ziołowych zastosowanych do sera Brie z ziołami produkcji krajowej
- histamina (3 próbki) – stwierdzono wysoką zawartość histaminy w 2 próbkach steku z tuńczyka mrożonego produkcji polskiej, kraj pochodzenia Hiszpania z łowisk Oceanu Indyjskiego oraz 1 próbce konserwy - sardynek w oleju produkcji krajowej
- jod w soli (1 próbka) – stwierdzono zawyżoną zawartość jodku potasu w próbce soli morskiej spożywczej jodowanej produkcji krajowej

Nie stwierdzono w żadnej z 40 zbadanych próbek niedozwolonej obecności węglowodorów aromatycznych (w roku 2008 zakwestionowano próbki konserw rybnych w oleju).

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w roku 2009 w poszczególnych kierunkach w porównaniu z rokiem poprzednim

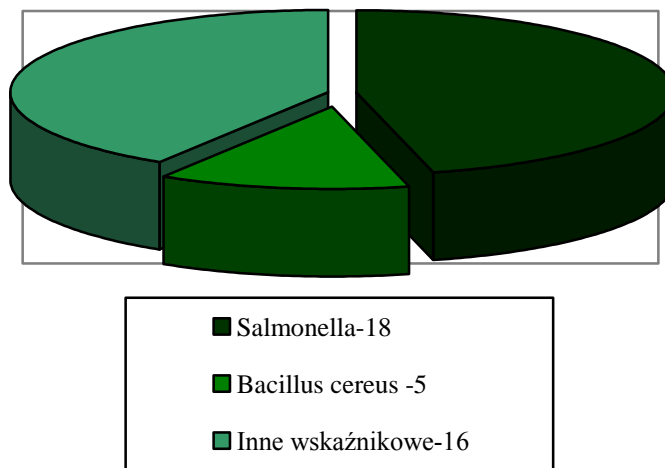


W stosunku do roku 2008 stwierdzono podwyższony odsetek zakwestionowanych próbek badanych w kierunku wybranych parametrów w środkach specjalnego przeznaczenia żywieniowego, suplementach diety oraz żywności wzbogacanej, dotyczyło to głównie nieprawidłowości w oznakowaniu. Corocznie stwierdza się znaczny odsetek próbek zanieczyszczonych biologicznie, głównie szkodnikami i ich pozostałościami. Dotyczy to przede wszystkim produktów z grup: ziarno zbożowe i przetwory zbożowo-mączne, orzechy w tym arachidy, owoce (głównie suszone), grzyby, ziarna roślin oleistych. Liczba ta nie odzwierciedla obiektywnie sytuacji na rynku, gdyż próbki pobierane do badania w tym kierunku są zwykle próbkami doraźnymi, podejrzanymi już w chwili pobrania. Zanieczyszczenie to jest stosunkowo łatwe do stwierdzenia w trakcie kontroli, badania laboratoryjne są jego potwierdzeniem i uzupełnieniem.

Przyczyny zakwestionowania próbek pod względem chemicznym w 2009r. według grup produktów

Grupa produktów	Liczba próbek zakwestionowanych	Powód zakwestionowania
Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	1	zawartość substancji dodatkowych
Ziarno zbóż i Przetwory zbożowo-mączne	2	zawartość metali (Cd)
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	4	wzbogacanie żywności (znakowanie)
Warzywa (w tym strączkowe),	1	zawartość metali (Cd)
Owoce	2	niedeklarowana i zawyżona zawartość substancji dodatkowych (SO ₂)
Grzyby	3	niedeklarowana i zawyżona zawartość substancji dodatkowych (SO ₂)
środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	1	zawartość substancji dodatkowych
	7	Wybrane parametry (znakowanie)
Suplementy diety	1	Wybrane parametry (znakowanie)
materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością	1	migracja metali
	1	cechy organoleptyczne
sól spożywcza	1	zawyżona zawartość jodu

Przyczyny zakwestionowania próbek pod względem mikrobiologicznym w 2009r



Przyczyny zakwestionowania próbek pod względem mikrobiologicznym w 2009r. według grup produktów

Grupa produktów	liczba próbek zakwestionowanych	powód zakwestionowania
Mięso, podroby i przetwory mięsne	1	obecność Salmonella
Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	11	obecność Salmonella
Mleko i przetwory mleczne	15	Inne parametry (wskaźnikowe)
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	6	obecność Salmonella
	5	duża liczba Bacillus cereus
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	1	Inne parametry (wskaźnikowe)

Grupy produktów „*mleko i przetwory mleczne*” w zakresie zanieczyszczeń bakteriami wskaźnikowymi, „*wyroby cukiernicze i ciastkarskie*” a zwłaszcza ciastka z masami oraz „*drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory*” w zakresie obecności Salmonella od lat należą do grup stwarzających zagrożenie mikrobiologiczne.

W stosunku do ubiegłego roku poprawiła się jakość mikrobiologiczna w grupie produktów garmazeryjnych i kulinarnych – wśród zbadanych mikrobiologicznie 355 próbek produktów nie zakwestionowano żadnej (w roku 2008 w jednej próbce wykryto obecność Listeria monocytogenes, w poprzednich latach wykrywano bakterie Salmonella). Wśród 171 próbek pobranych w ramach dochodzeń związanych opracowywaniem ogniska zatrucia pokarmowego zakwestionowano 17% - wszystkie z powodu stwierdzenia obecności bakterii Salmonella.

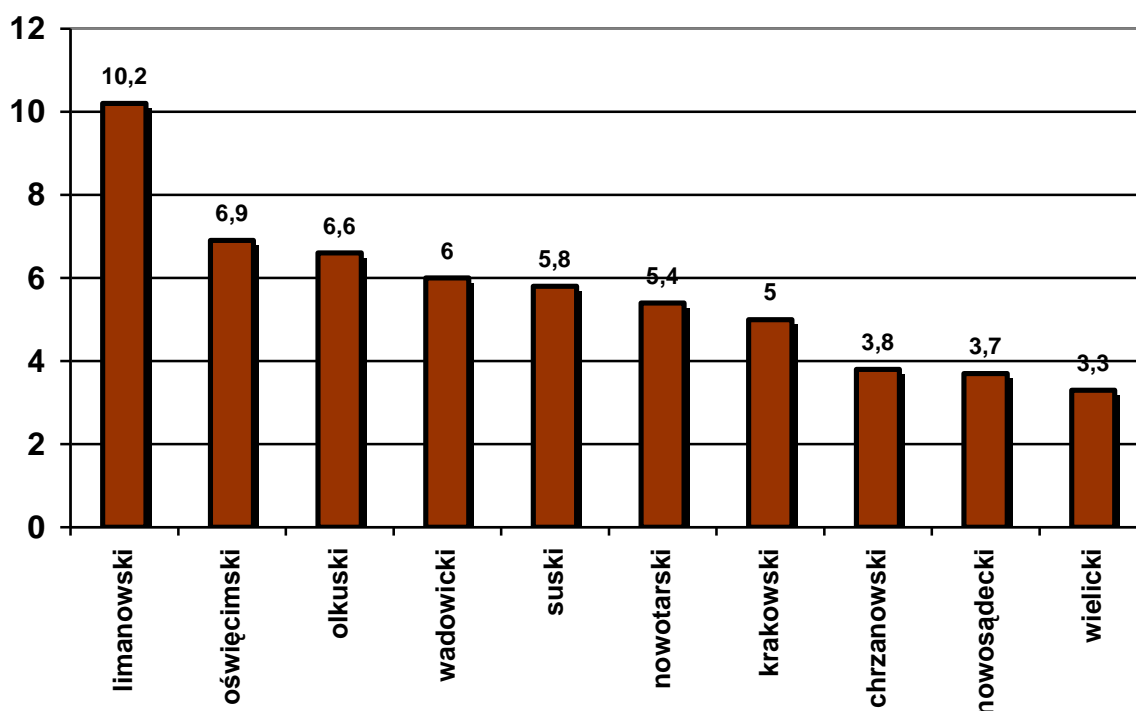
Zbadano 61 próbek produktów innych - dostarczonych przez klienta po niewiadomym czasie i warunkach przechowywania, w uszkodzonych lub nieoryginalnych opakowaniach, próbek posiłków. Próbki te badano w kierunkach: mikrobiologia, zawartość metali, zawartość substancji dodatkowych, zanieczyszczenia biologiczne i fizyczne, cechy organoleptyczne, znakowanie. Zakwestionowano 16,4% próbek, w tym 41,7% próbek badanych w kierunku obecności zanieczyszczeń biologicznych lub fizycznych, 22,7% próbek badanych organoleptycznie .

W latach 2004-2009 nie zakwestionowano żadnej próbki badanej w kierunkach:

- ◆ Mikotoksyny
- ◆ Kryteria czystości substancji dodatkowych
- ◆ Skażenia promieniotwórcze
- ◆ Metanol i cyjanowodór
- ◆ Akrylamid
- ◆ Izomery trans kwasów tłuszczowych
- ◆ Pozostałości antybiotyków
- ◆ Furan

W roku 2009 zauważono wzrastający w stosunku do ubiegłych lat problem niewłaściwego stosowania substancji konserwujących, zwłaszcza dwutlenku siarki i siarczynów. Stwierdzono ich stosowanie w ilościach przekraczających dopuszczalne zawartości, stosowanie bez zadeklarowania tego faktu w wykazie składników oraz bez ostrzeżeń dotyczących obecności substancji alergennej. Odsetek próbek zakwestionowanych na terenie poszczególnych powiatów przedstawiono poniżej.

Odsetek próbek zakwestionowanych na terenie powiatów woj. małopolskiego w 2009



W pozostałych powiatach odsetek zakwestionowanych próbek wynosił od 0,5% do 2,9%. Plan pobierania próbek i badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej woj. małopolskiego na 2009r” opracowany na podstawie planu ramowego przekazanego przez Główny Inspektorat Sanitarny. Ramowy plan zakładał pobranie na terenie woj. małopolskiego i zbadanie 5414 próbek (5161 w roku 2008) w tym: 4637 w ramach urzędowej kontroli, 409 w ramach monitoringu, 368 jednocześnie w ramach urzędowej kontroli i monitoringu. Dodatkowo na terenie woj. małopolskiego zaplanowano zbadanie 107 próbek w ramach urzędowej kontroli. Łącznie zaplanowano pobranie i zbadanie 5521 próbek. Plan ten był modyfikowany pismem z dnia 25 czerwca 2009 dot. badań w kierunku metali (na podstawie pisma GIS-BŻ-SP-4213-40-1-GZ/09), 10 lipca 2009 dot. badań w kierunku zawartości izomerów trans kwasów tłuszczowych (na podstawie pisma GIS-BŻ-SP-4213-54-GZ/09), 21 sierpnia 2009 dot. badań mikrobiologicznych (na podstawie pisma GIS-BŻ-SP-4213-67-1-GZ/09), 25 sierpnia 2009 dot. zakresu badań

mikrobiologicznych, 16 października dot. badań metali. Ostatecznie na terenie woj. małopolskiego zaplanowano pobranie i zbadanie 5520 próbek.

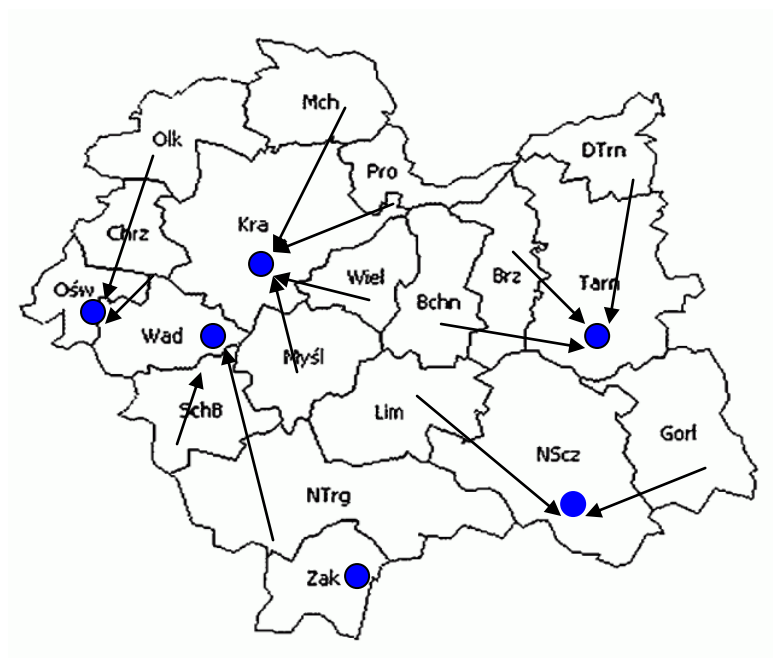
W celu usprawnienia realizacji planu opracowano i przekazano do realizacji pismem WSE.NHZ.032/2/09 z dnia 30 stycznia 2009 „Plan transportu próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej woj. małopolskiego na 2009 r.” zgodnie z procedurą PT-HZ-01 *Transport próbek żywności*.

Próbki badano przede wszystkim w laboratoriach zintegrowanego systemu badania żywności województwa małopolskiego oraz w wybranych kierunkach w:

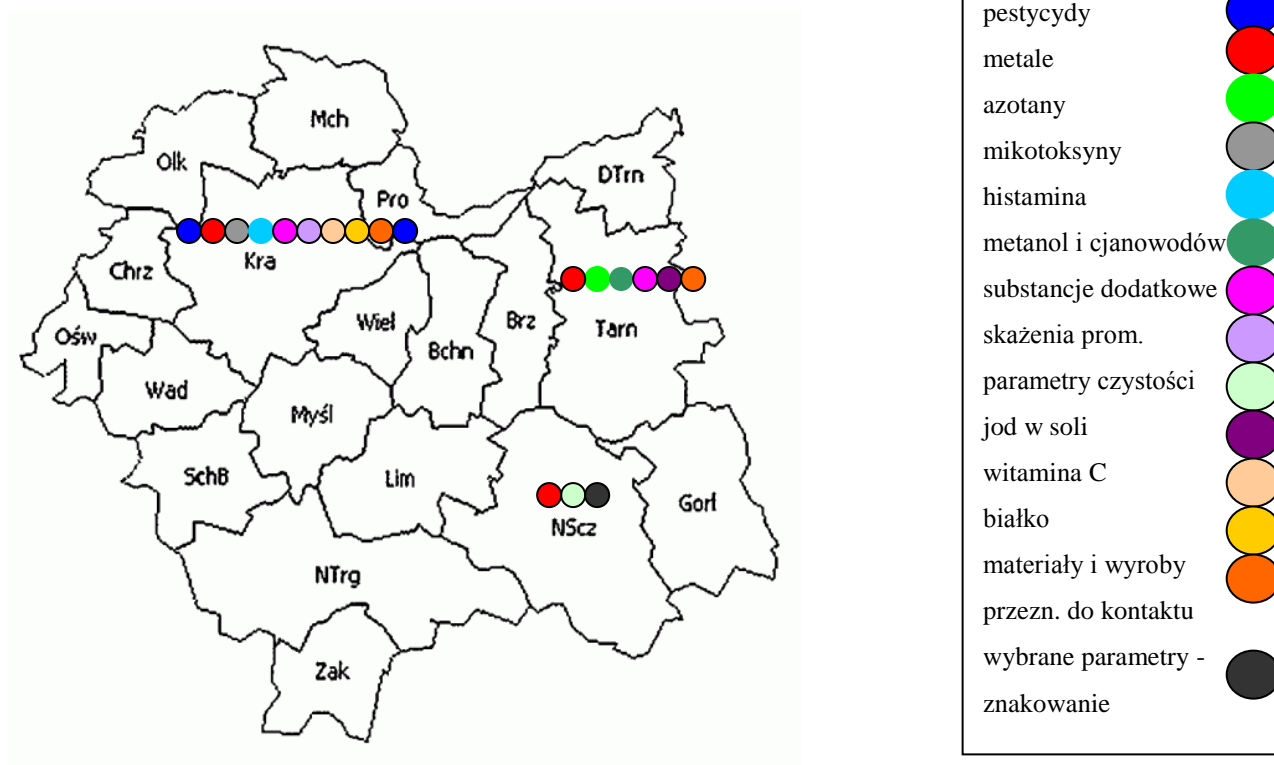
- Laboratorium GMO w Tarnobrzegu – GMO, 3-MCPD
- Instytut Chemii i Techniki Jądrowej w Warszawie - żywność napromieniana promieniowaniem jonizującym
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH w Warszawie - furan
- Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie – izomery trans kwasów tłuszczowych
- Państwowy Instytut Weterynaryjny w Puławach – melamina w produktach sojowych
- WSSE w Warszawie - WWA
- WSSE w Kielcach - WWA

Próbki pobrane do badań w kierunku mikrobiologii kierowano do laboratoriów zintegrowanego systemu badania żywności zgodnie z właściwością terenową,

Właściwość terenowa badań mikrobiologicznych w woj. małopolskim



Specjalizacja badań fizykochemicznych w woj. małopolskim



Założony plan badania wykonano w 107,9%. Liczbę próbek zbadanych w określonych kierunkach i stopień wykonania planu przedstawiono poniżej.

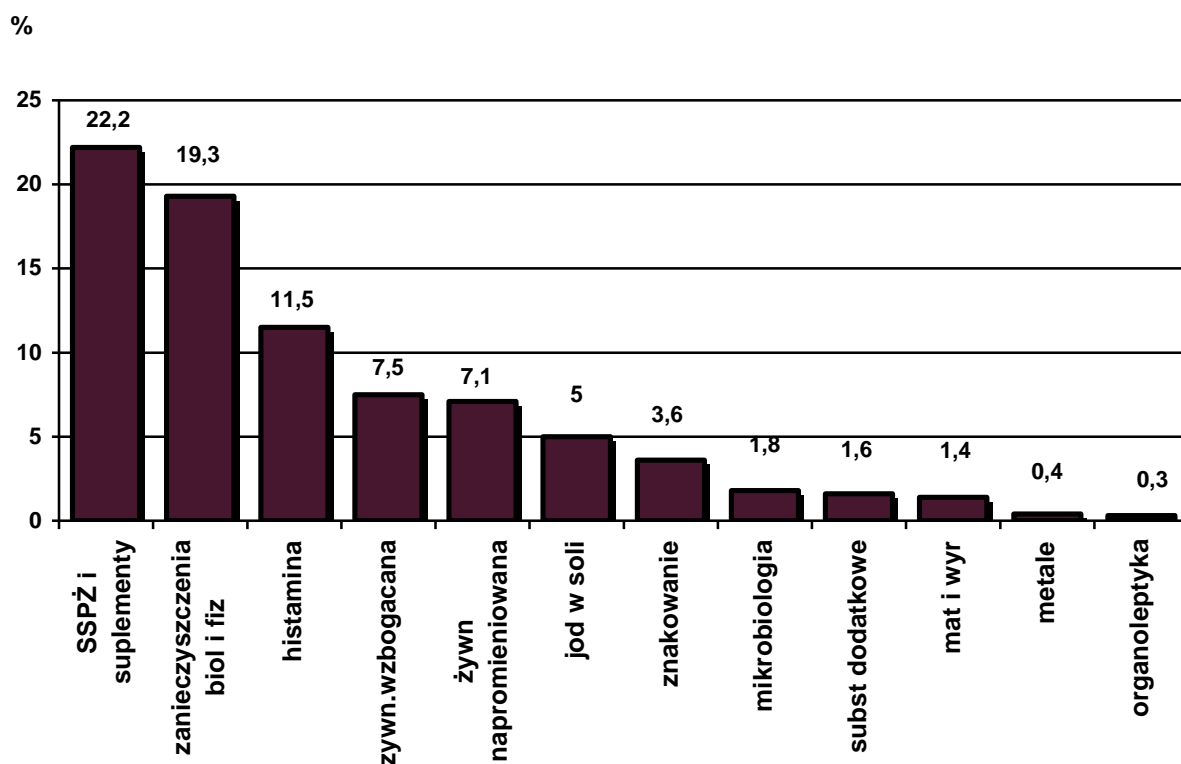
Wykonanie planu w poszczególnych kierunkach badań

Kierunek badania	liczba zbadanych próbek	wykonanie planu (%)
Mikrobiologia	5956	108,3
Pestycydy	3675	100,0
Metale	705	105,2
Mikotoksyny.	96	100,0
Azotany i azotyny	65	101,5
Zawartość substancji dodatkowych.	550	101,7
Kryteria czystości substancji dodatkowych	26	100,0
Skażenia promieniotwórcze	27	100,0
Migracja z materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością	148	102,7
GMO	43	97,7
Wykrywanie napromieniania żywności	14	100,0
Histamina.	26	153,0
Metanol i cyjanowodór	9	100,0
Jod w soli	20	100,0
Wybrane parametry w środkach specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementach diety	36	100,0
WWA	40	100,0
Akrylamid	8	100,0
Kontrola żywności wzbogacanej	67	100,0
Furan	18	100,0
Izomery trans kwasów tłuszczowych	2	100,0
Pozostałości antybiotyków w mięsie	5	100,0
Zanieczyszczenia biologiczne i fizyczne	114	106,5

Dodatkowo w większości próbek badano prawidłowość parametrów organoleptycznych oraz oceniano ich oznakowanie. Zbadano organoleptycznie 5443 próbki, znakowanie oceniono w 3590 próbkach.

Zakwestionowano 258 próbek tj. 4,3 % ogółem zbadanych – w roku 2008 było to 3,6 %. W roku 2009 zbadano 5956 próbek, z tym 5520 próbek planowanych, 436 (7,3 %) próbek doraźnych. Liczba próbek zbadanych w 2009r była o 115 próbek niższa niż w roku poprzednim.

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w poszczególnych kierunkach



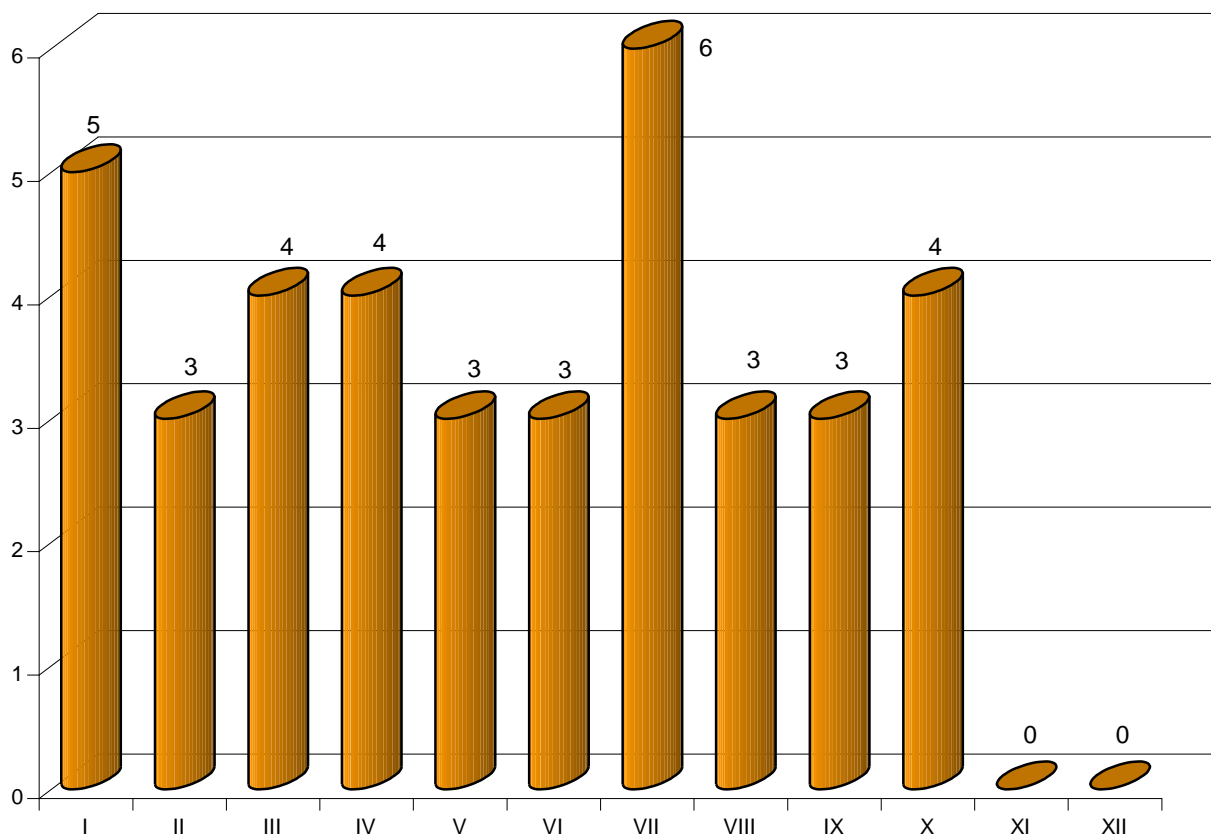
W roku 2009 na terenie województwa małopolskiego odnotowano 38 zbiorowych zatruc pokarmowych, w których chorych było 435 osób w tym 212 dzieci do lat 14, a hospitalizowanych 185 (tj. 42.52 %). Ogółem na terenie województwa małopolskiego w roku 2009 narażonych w ogniskach zbiorowych zatruc/zakażeń było 1703 osób (w roku 2008 -3136 osób). W porównaniu do lat poprzednich ilość zatruc zmniejszyła się o 22 w porównaniu do roku 2008, a o 31 do roku 2007.

22 ogniska zbiorowych zatruc pokarmowych stwierdzono w zakładach żywnościowo-żywnościowych, 16 ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych stwierdzono w mieszkaniach prywatnych.

Najwięcej zbiorowych zatruc pokarmowych w roku 2009 odnotowano w miesiącu lipcu.

Na wykresie przedstawiono występowanie zbiorowych zatruc pokarmowych w poszczególnych miesiącach 2009r.

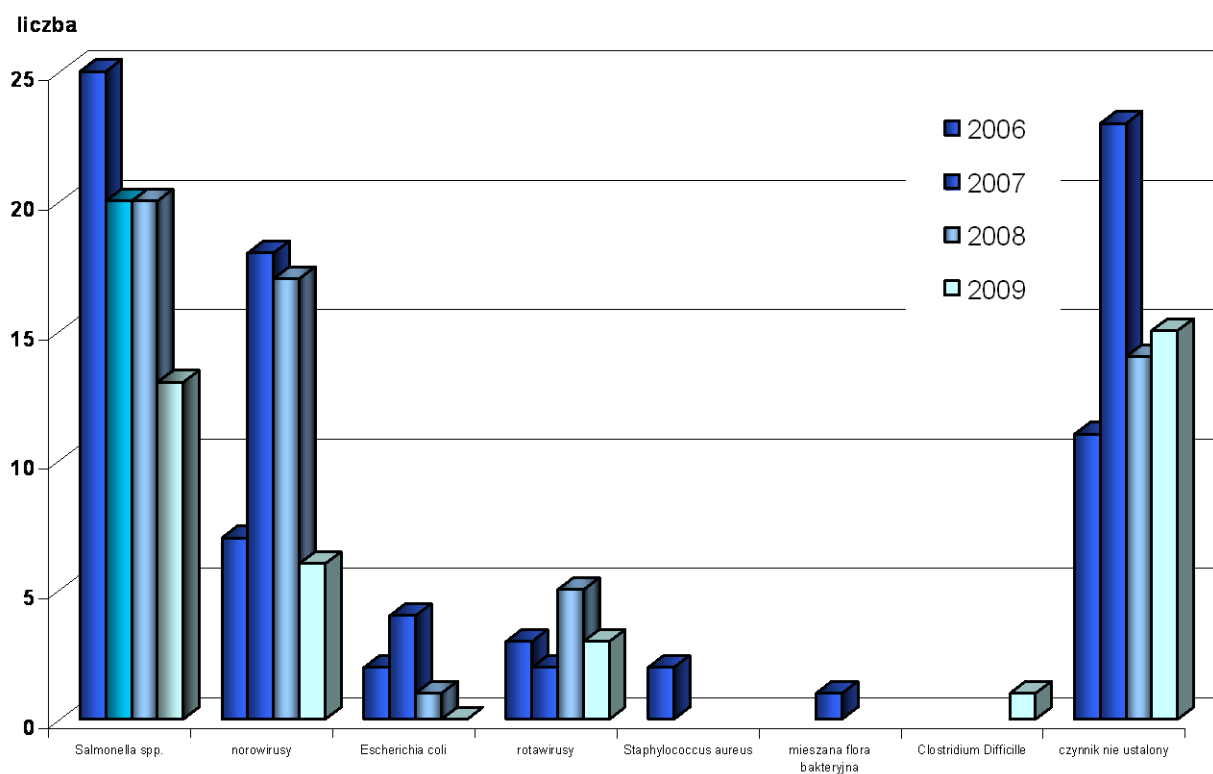
Zbiorowe zatrucia i zakażenia pokarmowe w woj. małopolskim w 2009 roku w poszczególnych miesiącach roku



Czynnik etiologiczny został ustalony w 23 ogniskach tj. w 60,52% (w roku 2008 w 76,7%, a w roku 2007- 66,7%. W 13 przypadkach były to bakterie z rodzaju Salmonella, w 6 norowirusy, w 3 rotawirusy, i w 1 Clostridium Difficile. Natomiast w 15 ogniskach zbiorowych zatruc pokarmowych nie udało się ustalić czynnika etiologicznego.

Dla porównania przedstawiono również czynniki etiologiczne występujące w zbiorowych zatruciach pokarmowych w latach 2006-2009.

Zbiorowe zatrucia i zakażenia pokarmowe w woj. małopolskim w latach 2006 – 2009 wg etiologii



Analiza przeprowadzonych dochodzeń epidemiologicznych wykazała, że do wystąpienia ognisk podobnie jak w latach poprzednich, przyczyniły się następujące czynniki:

**używanie surowców
nieznanego
pochodzenia,**

**niewłaściwa
obróbka termiczna
potraw**

**nieprzestrzeganie
podstawowych zasad
higieny, podczas
przygotowywania
posiłków**

II_C. PYŁY W POWIETRZU

PYŁ ZAWIESZONY PM10

Pył zawieszony to drobne cząstki pyłu w powietrzu o rozmiarach poniżej 10 µm powstające przede wszystkim w procesach spalania. Pył o rozmiarach większych niż 10 µm opada stosunkowo szybko. Mniejsze cząstki mogą się utrzymywać w powietrzu przez dłuższy czas. W niesprzyjających warunkach meteorologicznych jest przyczyną powstawania smogu. Zdarza się, że cząstki pyłu zawieszono przemieszczają się na bardzo dalekie odległości. Duże ilości pyłu powstają w warunkach naturalnych (wybuchy wulkaniczne, pożary lasów) i w procesach przemysłowych (topienie metali, produkcja stali, elektrownie węglowe, elektrociepłowne, koksownie). Pył zawieszony w powietrzu może być zbudowany w zależności od warunków powstawania z cząstek dymu, sadzy, popiołu, związków nieorganicznych (np. azbestu), a także metali. Niewłaściwie pracujące silniki diesla mogą emitować duże ilości pyłu zawierającego zaadsorbowane WWA. Pył o rozmiarach mniejszych niż 2,5 µm jest znacznie groźniejszy, bowiem łatwiej dostaje się razem z powietrzem do dolnych partii płuc powodując choroby układu oddechowego (bronchit, astma, stany zapalne). Pył zawieszony wraz z bardzo drobnymi kropelkami cieczy, powstającymi w warunkach niepełnego spalania substancji organicznych, tworzą grupę aerozoli.⁶

pył PM10	powoduje zwiększenie zachorowalności na choroby układu oddechowego
pył PM2,5	zagroza zdrowiu przyczyniając się do wzrostu zgonów w wyniku chorób serca, naczyń krwionośnych, dróg oddechowych oraz raka płuc. Wzrost stężeń pyłu PM2.5 może spowodować wzrost ryzyka nagłych wypadków wymagających hospitalizacji z powodu problemów z krążeniem i oddychaniem ⁷

Dopuszczalny poziom pyłu PM10 w powietrzu i dopuszczalne częstotliwości przekroczenia tych poziomów (wg Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 3 marca 2008 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. Nr 47, poz. 281).

stężenie średnioroczne	40µg/m ³
stężenie 24-ro godzinne	50µg/m ³
dopuszczalna częstość przekraczania stężenia 24-ro godzinnego w roku	35 razy

⁶ Uczelnia platformowa Centrum e-Learning, Uczelnia Centrum Informatyki AGH, <http://moodle.cel.agh.edu.pl/www/>

⁷ WIOŚ w Warszawie, <http://www.wios.warszawa.pl/portal/pl/>

Do pomiaru PM 10 stosowane są zautomatyzowane pyłomierze wysoko i niskoprzepływowe. W województwie małopolskim prowadzone są badania pyłu PM 10 od 2005 roku w: Krakowie, Bochni, Chrzanowie, Nowym Sączu, Nowym Targu, Oświęcimiu

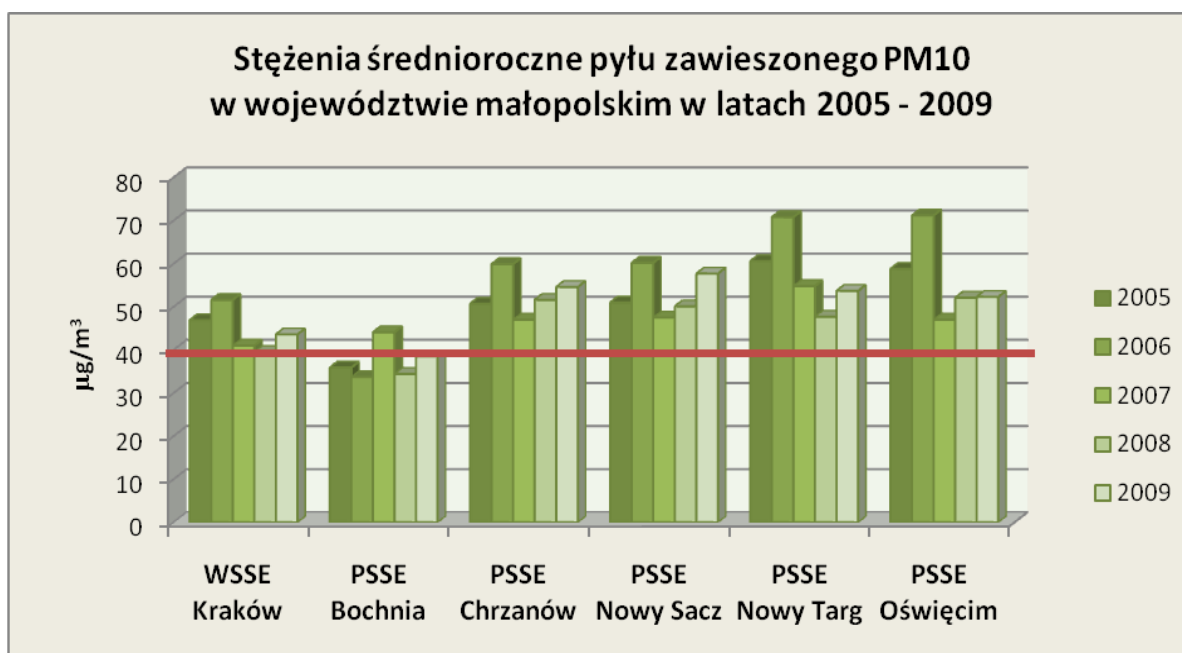
Punkty pomiarowe pyłu zawieszonego PM 10 w województwie małopolskim*



Zdjęcie przykładowego punktu pomiarowego PM10.

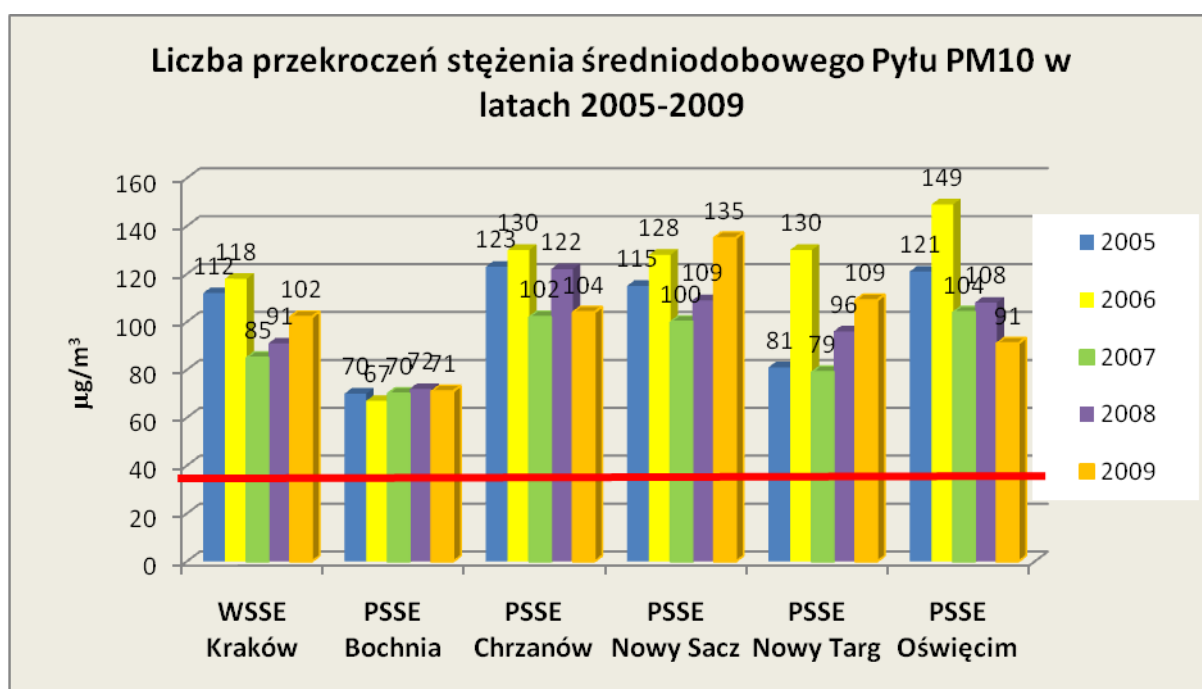


Stężenia średnioroczne pyłu PM10 w 2009r. w 5 punktach pomiarowych obsługiwanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie województwa małopolskiego przekroczyły poziom dopuszczalny ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$), jedynie na stanowisku pomiarowym w Bochni wartość dopuszczalnego stężenia średniorocznego nie została przekroczona.



Liczba przekroczeń stężenia średniodobowego Pyłu PM10.

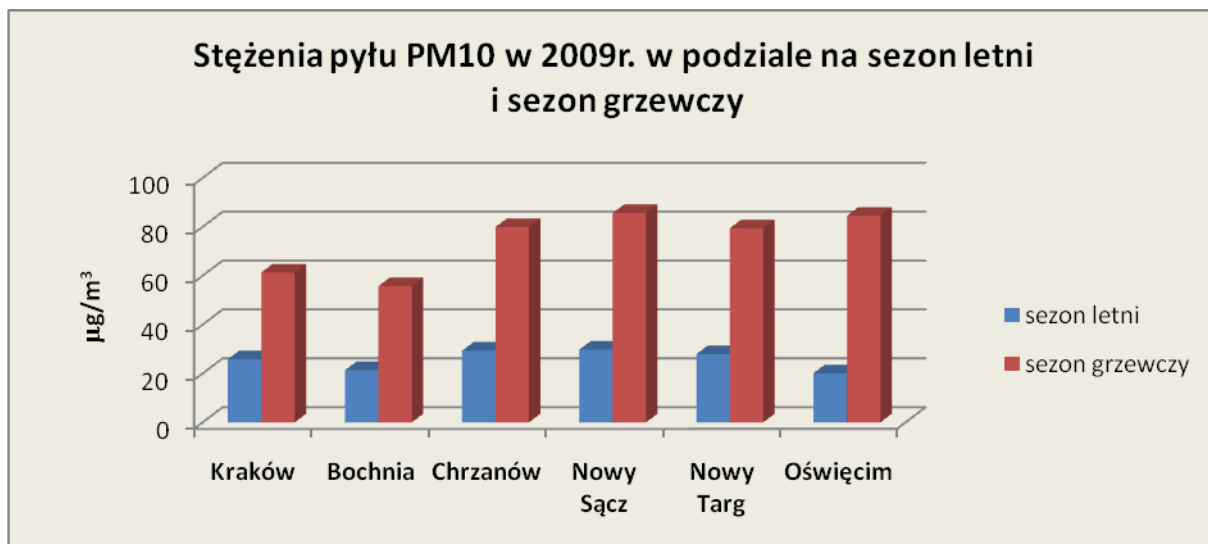
Dopuszczalna częstość przekroczeń wartości dopuszczalnego stężenia 24-godzinnego dla pyłu zawieszonego PM10 wynosi 35 razy w roku kalendarzowym. Poniżej przedstawiono częstości przekroczeń wartości dopuszczalnej na stanowiskach pomiarowych Inspekcji Sanitarnej w latach 2005 – 2009.



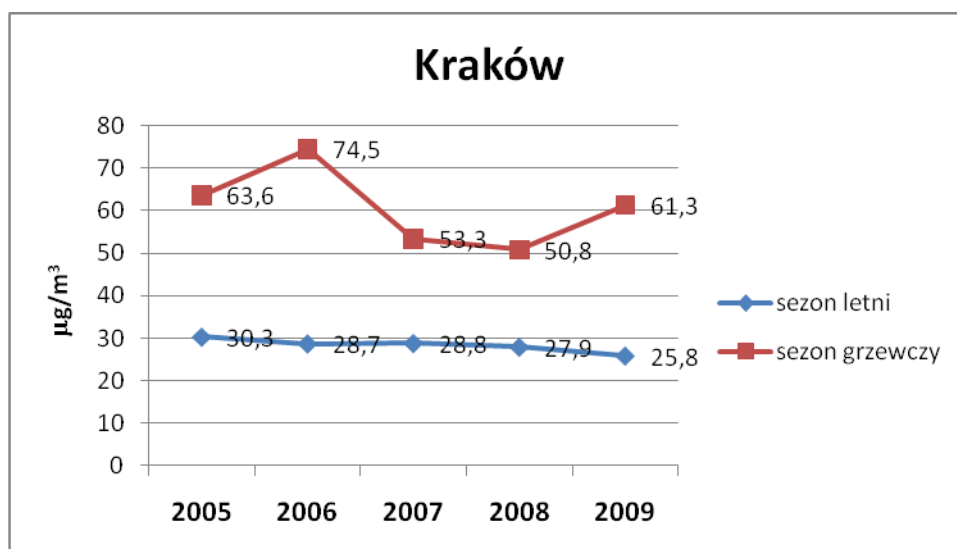
Rozkład stężeń pyłu PM10 w podziale na sezon letni i sezon grzewczy

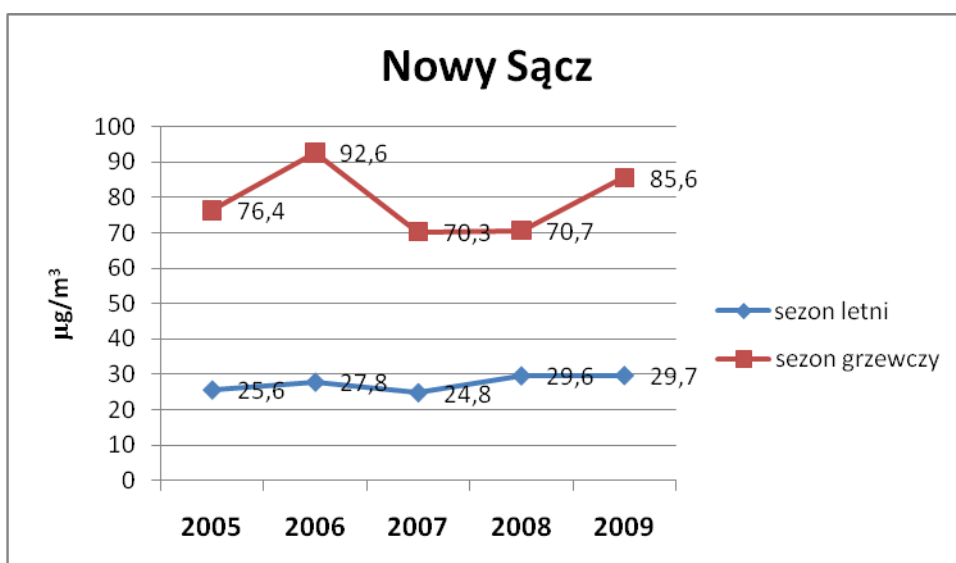
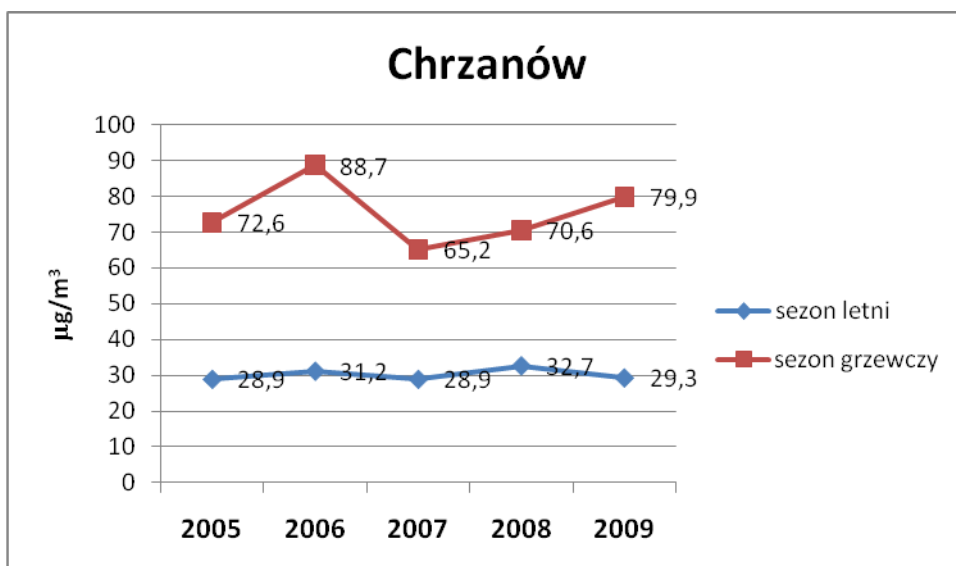
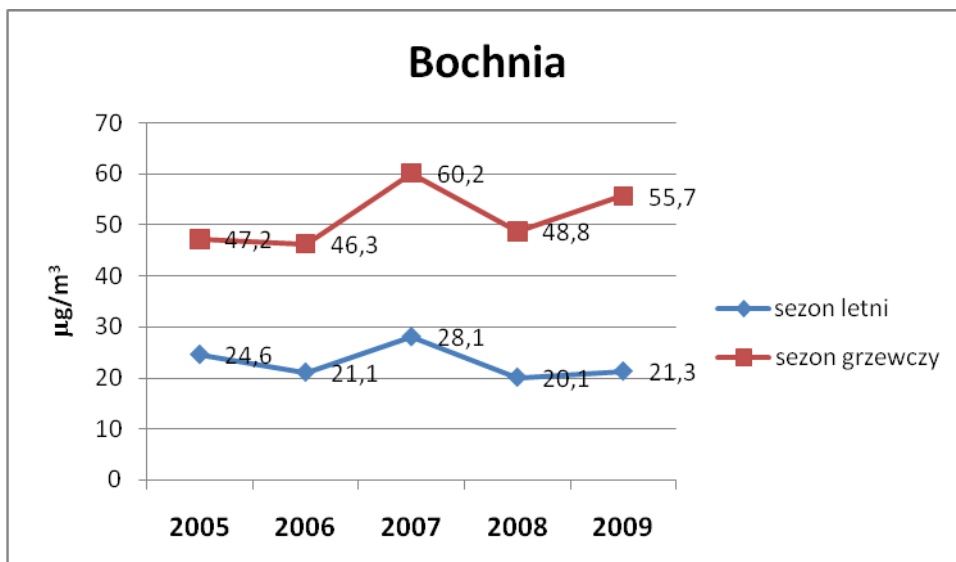
Ze względu na zaobserwowaną różnicę w mierzonych wartościach stężeń pyłu zawieszonego w powietrzu atmosferycznym w ciągu roku, wyróżnia się dwa sezony – sezon letni, który trwa od kwietnia do września oraz sezon zimowy – od października do marca.

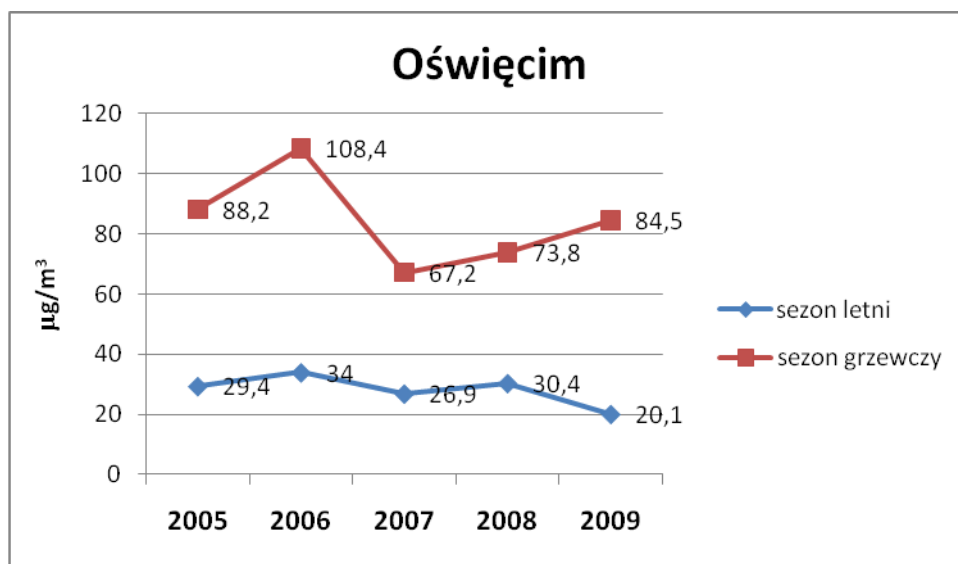
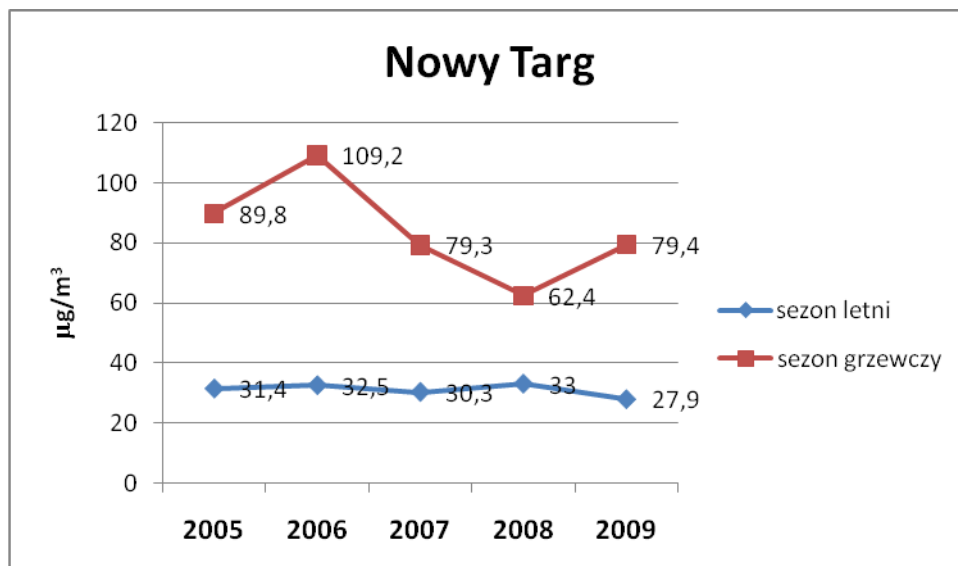
Wyższe wartości stężeń pyłu zawieszonego PM10, w związku ze zwiększoną emisją występują w sezonie zimowym (tzw. grzewczym), co obrazuje poniższy wykres.



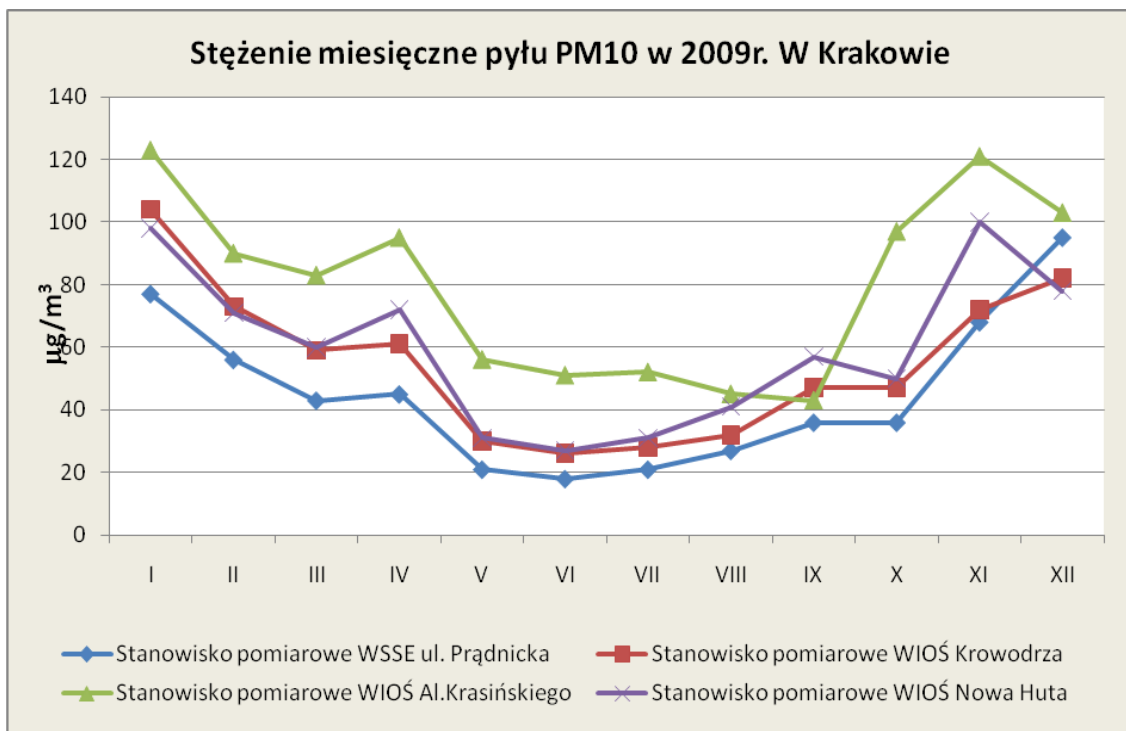
Poniższe wykresy przedstawiają rozkład stężeń pyłu PM10 w podziale na sezon letni i sezon grzewczy w latach 2005 – 2009. W każdym z miast wyniki otrzymano z jednego punktu pomiarowego należącego do Państwowej Inspekcji Sanitarnej.







Porównanie wartości stężeń miesięcznych pyłu PM10 na czterech stanowiskach pomiarowych w Krakowie. W 2009 roku prowadzony monitoring stężeń pyłu PM10 na terenie miasta Krakowa przez Państwową Inspekcję Sanitarną i Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Krakowie, dostarczył informacji o stężeniach pyłu PM10 w dzielnicach: Krowdrza, Nowa Huta, Śródmieście (rejon al. Krasińskiego). Porównanie stężeń pyłu PM10 na obszarze miasta Krakowa w 2009 roku na poszczególnych stanowiskach pomiarowych przedstawia poniższy wykres.



Wartości odchylenia standardowego dla pomiarów stężeń pyłu PM10 w latach 2005 - 2009r.

Odchylenia standardowe dla pomiarów stężeń pyłu PM10 na stanowiskach pomiarowych Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie małopolskim w latach 2005-2009 z uwzględnieniem sezonu grzewczego i letniego.

	Oświęcim		Kraków		Nowy Sącz		Nowy Targ		Bochnia		Chrzanów	
	sezon zimowy	sezon letni	sezon zimowy	sezon letni	sezon zimowy	sezon letni	sezon zimowy	sezon letni	sezon zimowy	sezon letni	sezon zimowy	sezon letni
2005	73,24	21,747	45,35	20,32	49,44	15,07	60,89	18,89	39,77	13,82	42,08	15,62
2006	105,07	28,29	65,87	13,47	69,84	13,87	112,36	19,45	32,62	13,02	66,87	15,99
2007	61,35	17,16	40,88	14,84	53,95	15,86	84,49	14,66	51,10	9,99	47,14	14,95
2008	56,54	20,25	35,44	11,90	44,16	16,21	46,11	15,88	31,72	15,35	40,11	17,39
2009	66,18	16,03	33,77	15,19	46,41	16,52	53,92	21,13	34,03	16,02	63,55	15,92

Przekroczenia pyłu PM10 występują głównie w sezonie zimowym a ich przyczyną jest: niska emisja, emisja z indywidualnego ogrzewania budynków oraz niekorzystne warunki klimatyczne i topograficzne. Przekroczenia wartości dopuszczalnych występują również z powodu emisji z zakładów przemysłowych, ciepłowni, elektrowni i związane są też z intensywnym ruchem samochodowym.

METALE CIĘŻKIE W PYLE PM 10

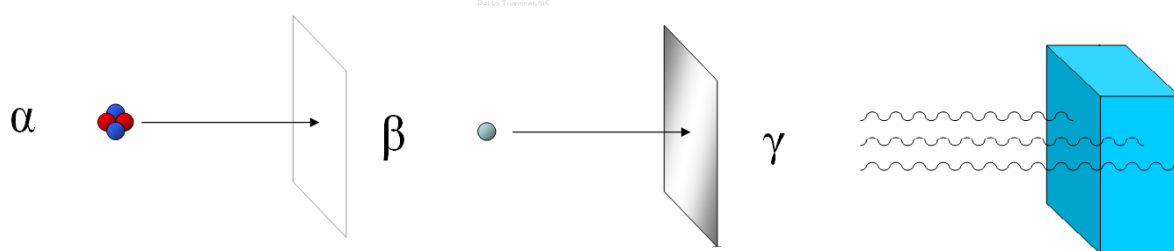
Metale ciężkie w pyłe PM 10 oznaczane są na stanowisku pomiarowym znajdującym się w Krakowie od 2007 roku.

Kraków, ul. Prądnicka 76							
METAL	Stężenie w sezonie w ng/m ³				Stężenie średnioroczne w ng/m ³		Dopuszczalny poziom w ng/m ³ /rok
	grzewczy		letni		2008	2009	
	2008	2009	2008	2009			
Ołów	25,6	17,5	25,3	9,7	25,5	13,6	500
Kadm	1,3	1,0	1,0	0,8	1,2	0,9	5
Nikiel	1,1	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	20
Chrom	2,7	2,7	1,5	2,5	2,1	2,8	400
Cynk	73,7	73,7	32,0	29,0	52,8	44,0	3800

II_D. PROMIENIOWANIE

PROMIENIOWANIE JONIZUJĄCE

Promieniowanie jonizujące to promieniowanie elektromagnetyczne (γ , X) lub cząstkowe (korpuskularne, np. α , β), które w czasie przenikania przez materię ma zdolność wytwarzania, bezpośrednio lub pośrednio, jonów (z wyłączeniem fotonów promieniowania ultrafioletowego). Pojęcie promieniowania wiąże się z wysyłaniem i przekazywaniem energii. Gdy więc mówi się, że ciało promieniuje, to znaczy, że wysyła (emituje) energię.



Źródłem promieniowania jonizującego mogą być:

- substancje (pierwiastki lub ich chemiczne związki), nazywane promieniotwórczymi lub radioaktywnymi, np. rad 226Ra,
- urządzenia, np. aparaty rentgenowskie.⁸

Wpływ promieniowania jonizującego na zdrowie człowieka

Narażenie radiacyjne statystycznego mieszkańca kraju określa się jako sumę narażeń pochodzących od naturalnych źródeł promieniowania oraz od źródeł sztucznych, tj. wytworzonych przez człowieka. Pierwszą grupę źródeł narażenia stanowi przede wszystkim promieniowanie kosmiczne oraz promieniowanie jonizujące emitowane przez radionuklidy będące naturalnymi składnikami wszystkich elementów środowiska przyrodniczego. Do drugiej grupy źródeł narażenia zalicza się wszystkie – wykorzystywane w różnych dziedzinach działalności gospodarczej, naukowej oraz do celów medycznych – źródła sztuczne, takie jak aparaty rentgenowskie, akceleratory, sztuczne izotopy, reaktory jądrowe i urządzenia radiacyjne. Narażenie radiacyjne człowieka nie może być zatem całkiem wyeliminowane, a jedynie ograniczone. Nie mamy bowiem wpływu na poziom promieniowania kosmicznego czy zawartość naturalnych radionuklidów w skorupie ziemskiej, istniejących od miliardów lat. Wspomnianemu ograniczeniu podlega natomiast narażenie wywołane sztucznymi źródłami promieniowania jonizującego i ograniczenie to określane jest przez tzw. dawki graniczne (limits), które – zgodnie z dotychczasową wiedzą – nie powodują szkodliwych skutków zdrowotnych. Należy przy tym zaznaczyć, że limity te nie obejmują dawek otrzymanych przez pacjentów w wyniku stosowania promieniowania w celach medycznych, jak również dawek otrzymanych przez człowieka podczas awarii radiacyjnych, czyli w warunkach, w których źródło promieniowania nie znajduje się pod kontrolą.

⁸ Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, <http://www.ciop.pl>

Limity narażenia uwzględniają napromieniowanie zewnętrzne oraz napromieniowanie wewnętrzne powodowane radionuklidami, które dostają się do organizmu człowieka drogą pokarmową lub oddechową, i wyrażane są, podobnie jak dla narażenia zawodowego, jako:

- dawka skuteczna obrazująca narażenie całego ciała (E_H),
- dawka równoważna obrazująca narażenie poszczególnych organów i tkanek ciała ($H_{T,R}$).

Podstawowym krajowym aktem normatywnym ustanawiającym powyższe limity jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005r. w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego (Dz. U, Nr 20, poz. 168). Dokument ten stanowi m.in. że dla osób z ogółu ludności dawka graniczna (powodowana wyłącznie sztucznymi źródłami promieniowania jonizującego), wyrażona jako dawka skuteczna (efektywna), wynosi 1 mSv w ciągu roku kalendarzowego. Dawka ta może być w danym roku kalendarzowym przekroczona pod warunkiem, że w ciągu kolejnych pięciu lat kalendarzowych jej sumaryczna wartość nie przekroczy 5 mSv. Dawki graniczne dla różnych grup ludności przedstawione zostały w Tabeli 1.

Limity narażenia dla różnych grup ludności.

	Pracownicy <i>(osoby pracujące w narażeniu na promieniowanie jonizujące)</i> ORAZ Uczniowie, studenci i praktykanci <i>(w wieku 18 lat i powyżej)</i>	Uczniowie, studenci i praktykanci <i>(w wieku od 16 do 18 lat)***</i>	Uczniowie, studenci i praktykanci <i>(w wieku poniżej 16)***</i> ORAZ Osoby z ogółu ludności	Kobiety w ciąży
DAWKA GRANICZNA	$E_H=20 \text{ mSv}^*$	$E_H=6 \text{ mSv}$	$E_H=1 \text{ mSv}^{**}$	$E_H=1 \text{ mSv}$ <i>(dot. dawki otrzymanej przez dziecko podczas całego czasu trwania ciąży)</i>
Dla soczewek oczu	$H_{T,R}=150 \text{ mSv}$	$H_{T,R}=50 \text{ mSv}$	$H_{T,R}=15 \text{ mSv}$	
Dla skóry	$H_{T,R}=500 \text{ mSv}$	$H_{T,R}=150 \text{ mSv}$	$H_{T,R}=50 \text{ mSv}$	
Dla dłoni, przedramion, stóp i podudzi	$H_{T,R}=500 \text{ mSv}$	$H_{T,R}=150 \text{ mSv}$	-	

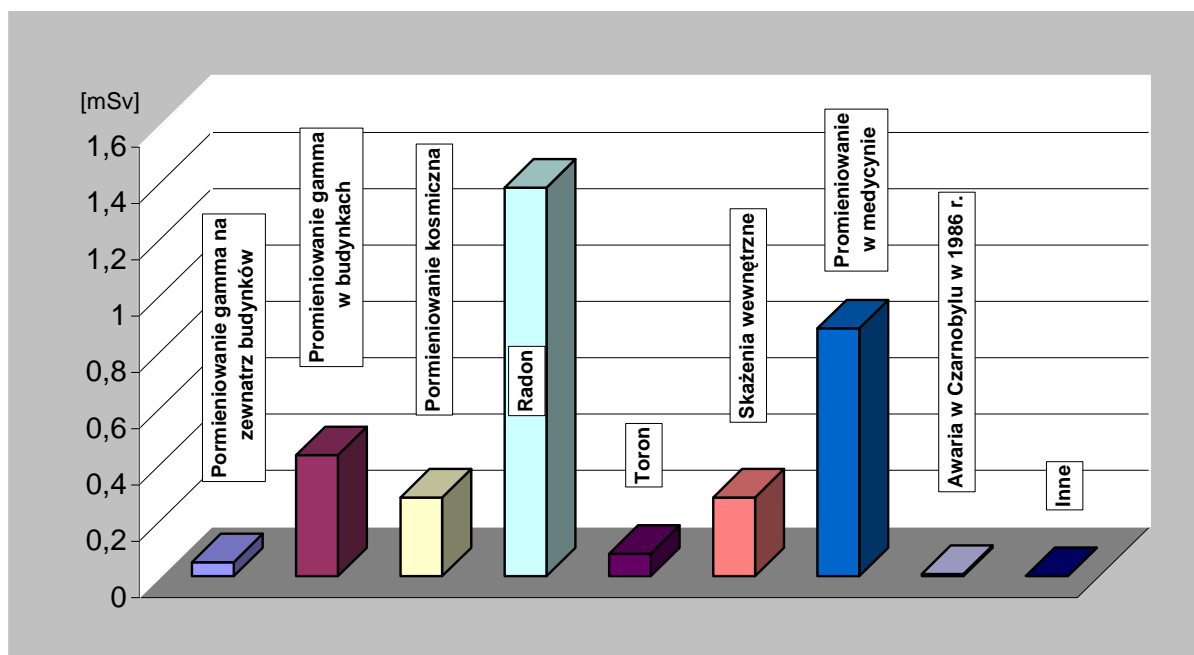
*Dawka graniczna może być w danym roku kalendarzowym przekroczona do wartości 50 mSv, pod warunkiem, że w ciągu kolejnych pięciu lat kalendarzowych jej sumaryczna wartość nie przekroczy 100 mSv.

**Dawka graniczna może być w danym roku kalendarzowym przekroczona, pod warunkiem, że w ciągu kolejnych pięciu lat kalendarzowych jej sumaryczna wartość nie przekroczy 5 mSv.

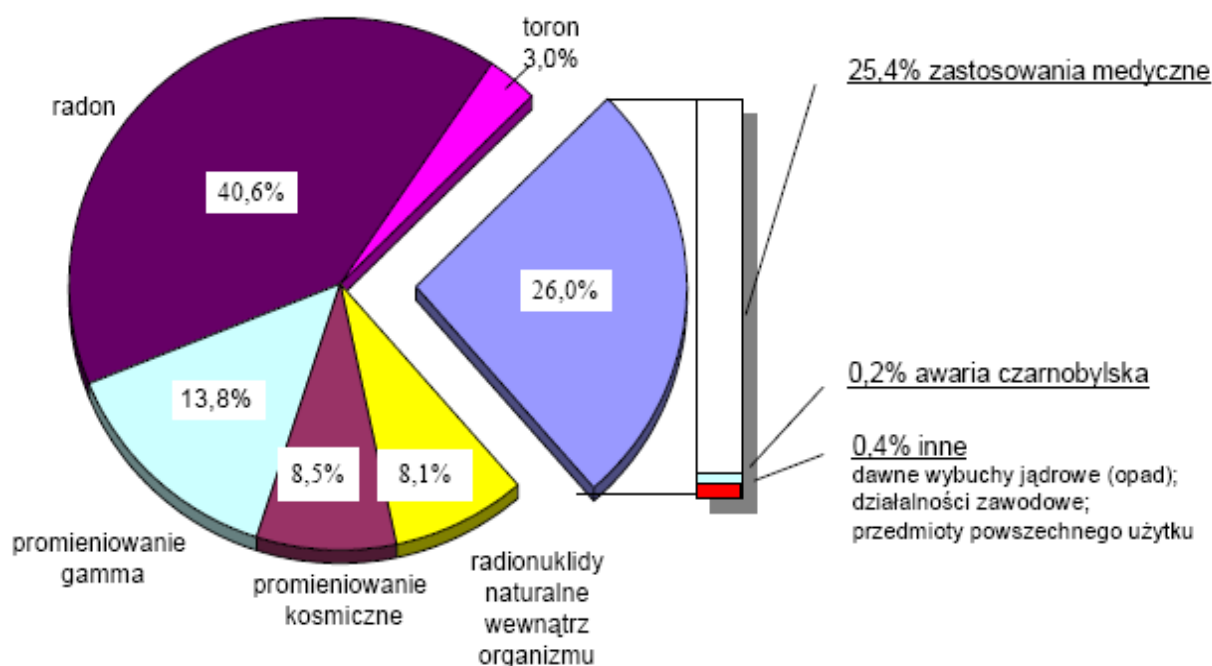
***Osoby w wieku poniżej 18 lat mogą być zatrudnione w warunkach narażenia jedynie w celu nauki lub przyuczenia do zawodu.

Ocenia się, że roczna dawka skuteczna promieniowania jonizującego otrzymywana przez statystycznego mieszkańca Polski od naturalnych i sztucznych źródeł promieniowania stosowanych w procedurach medycznych wynosi średnio 3,35 mSv (udział różnych źródeł promieniowania przedstawiają rysunki poniżej).

Średnia roczna dawka skuteczna otrzymywana przez statystycznego mieszkańca Polski od różnych źródeł promieniowania jonizującego.



Procentowy udział promieniowania w rocznej dawce dla statystycznego mieszkańca Polski.



Jak już wspomniano, dawki graniczne nie obejmują narażenia na promieniowanie naturalne, tj. pochodzenia od:

- radonu i produktów jego rozpadu,
- promieniowania kosmicznego,
- promieniowania ziemskiego, tzn. promieniowania emitowanego przez naturalne radionuklidy znajdujące się w nienaruszonej skorupie ziemskiej,
- naturalnych radionuklidów wchodzących w skład ciała ludzkiego.

Przedstawione wyżej. dane – wynikające z pomiarów przeprowadzonych w ostatnich kilku latach – wskazują, że w Polsce – podobnie jak w wielu krajach europejskich – narażenie od źródeł naturalnych stanowi ok. 74% całkowitego narażenia radiacyjnego i, wyrażone jako tzw. dawka skuteczna, wynosi ok. 2,5 mSv/rok. Największy udział w tym narażeniu ma radon i produkty jego rozpadu, od których statystyczny mieszkaniec Polski otrzymuje dawkę wynoszącą ok. 1,36mSv/rok. Należy również zaznaczyć, że narażenie statystycznego mieszkańca polski od źródeł naturalnych jest około 1,5-2 razy niższe niż mieszkańca Finlandii, Szwecji, Rumunii czy Włoch.

Zawartość izotopu Cs-137 w powietrzu i w mleku stanowi podstawowy wskaźnik reprezentujący skażenie promieniotwórcze materiałów środowiskowych oraz artykułów spożywczych sztucznymi izotopami promieniotwórczymi. Wyniki pomiarów uzyskane ze stacji i placówek wykonujących pomiary skażeń promieniotwórczych kształtują się następująco:

Moc dawki -	66 – 155 nSv/h	(nanosiwertów na godzinę) (średnio 97 nSv/h)
Cs-137 w powietrzu –	0,1 – 6,7 mBq/m ³	(mikrobekereleli na m ³) (średnio 1,1 mBq/m ³)
Cs-137 w mleku -	0,26 – 1,0 Bq/dm ³	(bekerela na dm ³) (średnio 0,5 Bq/dm ³)

Dane te wskazują, że narażenie osób z ogółu ludności kraju powodowane obecnym w środowisku i w żywności sztucznymi izotopami promieniotwórczymi utrzymuje się na bardzo niskim poziomie stanowiącym jedynie kilka procent wartości dawki granicznej dla ogółu ludności wynoszącej 1 mSv w ciągu roku.

Zastosowanie medyczne promieniowania jonizującego

W medycynie wykorzystuje się promieniowanie jonizujące głównie wytworzone przez człowieka. Podstawowym źródłem promieniowania jonizującego są tu izotopy promieniotwórcze i urządzenia emitujące promieniowanie – aparatura rentgenowska.

Aparatura rentgenowska jest jednym z głównych źródeł wykorzystywanych w diagnostyce obrazowej człowieka. Zaliczamy tu aparaty mammograficzne, tomografy komputerowe, densytometry, stomatologiczne aparaty rentgenowskie czy tradycyjne aparaty rentgenowskie do zdjęć klatki piersiowej, kończyn, itp. Wśród wszystkich aparatów rentgenowskich wyróżnia się również terapeutyczne aparaty rentgenowskie stosowane do terapii powierzchniowej i schorzeń nienowotworowych.

Izotopy promieniotwórcze wykorzystywane są przez odrębną gałąź medycyny – medycynę nuklearną – do leczenia i diagnozowania chorób. Do takich technik leczenia zalicza się radioterapię, w tym teleradioterapię i brachyterapię. Natomiast wśród metod obrazowania przy pomocy izotopów promieniotwórczych wyróżnia się m.in. scyntyografię i PET (ang Positron Emission Tomography) – pozytonową emisyjną tomografię komputerową.

III. ZAGROŻENIA ŚRODOWISKOWE

III_A. ŚRODOWISKO PRACY

W 2009 roku w ewidencji pionu nadzoru higieny pracy województwa małopolskiego znajdowało się 8402 zakłady pracy zatrudniające ogółem 281090 pracowników, z czego 94 % (7862) to zakłady zatrudniające do 100 pracowników.

Skontrolowano 3503 zakłady pracy (42 % wszystkich zewidencjonowanych) zatrudniające ogółem 199446 osób (tj. 71 % ogółu zatrudnionych).

Prowadzone czynności kontrolne dotyczyły warunków pracy – oceny narażenia zawodowego pracowników na czynniki szkodliwe dla zdrowia w środowisku pracy (chemiczne, fizyczne, biologiczne), jak również przestrzegania przez podmioty gospodarcze przepisów dot. substancji i preparatów chemicznych, detergentów, prekursorów narkotykowych kat. 2 i 3 oraz produktów biobójczych.

W 485 zakładach pracy (tj. 14 % skontrolowanych zakładów) stwierdzono występowanie czynników szkodliwych dla zdrowia w stężeniach i natężeniach przekraczających najwyższe dopuszczalne wartości (NDS i NDN). W takich warunkach w 2009 r. pracowało 13024 zatrudnionych, co stanowiło 7 % pracowników zatrudnionych w skontrolowanych zakładach pracy, z czego 54 % stanowili zatrudnieni w 3 klasach działalności (PKD 05, PKD 24 i PKD 25), a mianowicie: 3192 osoby (25% ogółu narażonych) stanowili zatrudnieni w przemyśle górniczym, 2153 osób (16%) to zatrudnieni w przemyśle metalurgicznym, a 1750 osób (13 %) – zatrudnieni w przemyśle metalowym (wyroby metalowe).

Narażenie na czynniki szkodliwe w latach 2007-2009

Rok	Liczba zakładów z przekroczeniami NDS i NDN	Liczba pracowników pracujących w przekroczeniach			
		NDS i NDN ogółem	NDS czynników chemicznych	NDS pyłów	NDN czynników fizycznych
2007	492	14016	110	3660	12110
2008	506	14038	159	3604	11788
2009	485	13024	153	4032	10646

W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba narażonych pracowników spadła o 7%. Zmianie uległa struktura narażenia: liczba narażonych na czynniki chemiczne utrzymuje się na podobnym poziomie, natomiast wzrosła liczba narażonych na pyły – o 428 osób i spadła liczba narażonych na czynniki fizyczne - ogółem o 1142. Liczba pracowników, którym w wyniku prowadzonego nadzoru bieżącego poprawiono warunki pracy poprzez obniżenie stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy wynosiła 920.

W 254 skontrolowanych w 2009 r. zakładach pracy, w których występują czynniki rakotwórcze stwierdzono, że w narażeniu na te czynniki zatrudnionych było 27445 osoby (w tym 19746 kobiet), z czego 82% (22594 osoby) stanowili pracownicy opieki zdrowotnej, narażeni na wirus zapalenia wątroby (WZW) typu B i C.

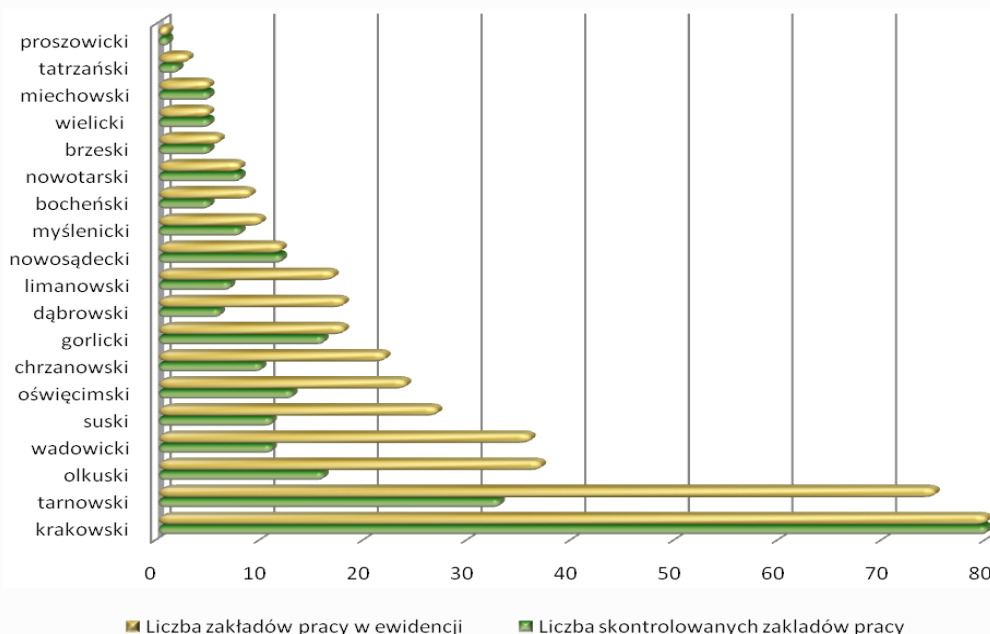
Nadzór nad zakładami pracy, w których na stanowiskach pracy występowały substancje, preparaty, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym:

l.p.	Lata	Liczba zakładów pracy w ewidencji	Liczba zatrudnionych	Liczba kontroli	Liczba wydanych decyzji
1	2007	287	11537	259	34
2	2008	326	9453	248	34
3	2009	413	27445	338	81

Gwałtowny wzrost w roku 2009 liczby zatrudnionych w narażeniu na czynniki rakotwórcze wynika ze zmiany interpretacji narażonych na biologiczny czynnik rakotwórczy (WZW typu B i C).

W latach poprzednich do narażonych na biologiczny czynnik rakotwórczy zaliczano osoby, które przebyły zakażenie wirusami WZW typu B lub C, natomiast od 2009 r. do narażonych zalicza się wszystkie osoby pracujące w warunkach stwarzających możliwość zakażenia wirusem WZW typu B i C.

Liczba zakładów pracy, w których na stanowiskach pracy występowały substancje, preparaty, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz działalność kontrolna w roku 2009



Najczęściej stwierdzane uchybienia w zakresie przestrzegania przepisów dotyczących czynników rakotwórczych to:

- brak rejestru prac i pracowników narażonych na czynniki rakotwórcze,
- brak pomiarów czynników rakotwórczych na stanowiskach pracy,
- brak informacji przesyłanych corocznie do właściwego PWIS.

Głównym zadaniem działalności w zakresie higieny pracy jest ochrona zdrowia pracujących przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiska pracy oraz zapobieganie powstawaniu chorób zawodowych. Realizacja tego zadania odbywa się poprzez sprawowanie bieżącego nadzoru sanitarnego w ramach którego prowadzone są kontrole zakładów pracy pod kątem przestrzegania przepisów dot. warunków zdrowotnych środowiska pracy, m. in. ogólnych warunków BHP, badań profilaktycznych pracowników, badań i pomiarów czynników szkodliwych występujących na stanowiskach pracy, oceny ryzyka zawodowego, zapewnienia środków ochrony zbiorowej i indywidualnej. W 2009 r. skontrolowano 3503 zakładów pracy przeprowadzając ogółem 5700 kontroli.

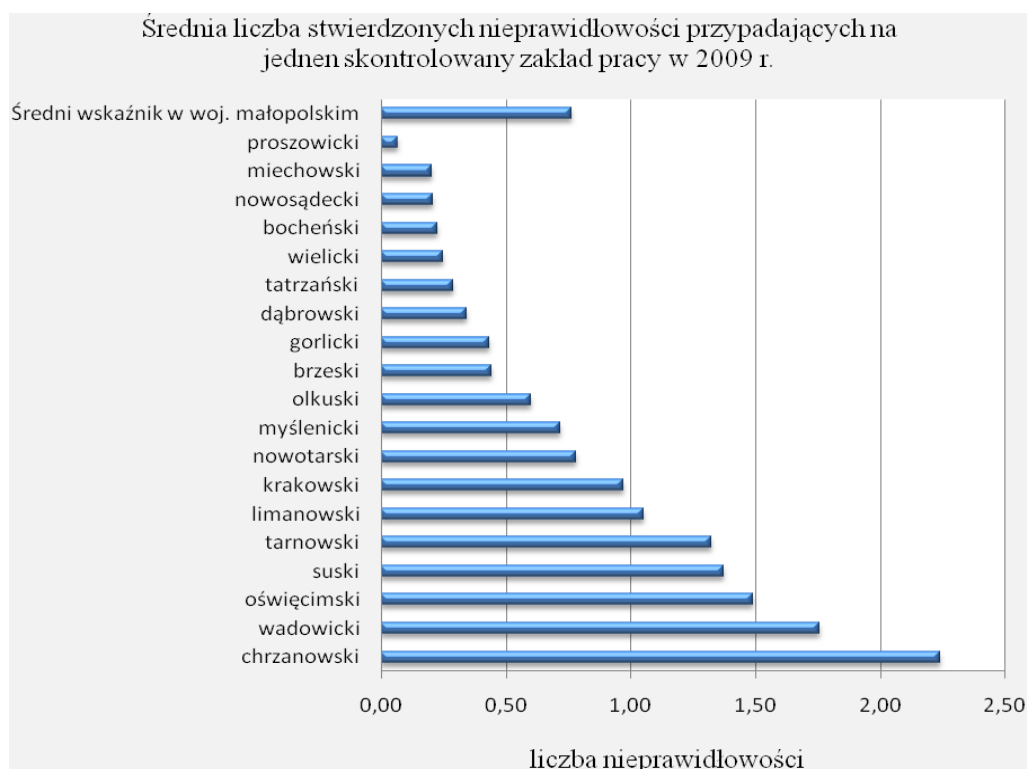
Kontrole w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w roku 2009 r.:

Zakres kontroli	Liczba kontroli
Ogółem	5700
Czynniki chemiczne ogółem, w tym:	1642
- <i>Substancje i preparaty chemiczne</i>	1360
- <i>Produkty biobójcze</i>	189
- <i>Prekursory narkotyków kategorii 2 i 3</i>	75
- <i>Detergenty</i>	18
Czynniki biologiczne	417
Czynniki rakotwórcze	338
Inne	3303

W 2009 r. w ewidencji pionu Higieny Pracy PSSE województwa małopolskiego znajdowało się 8402 zakładów pracy, z czego skontrolowano 3503 zakłady, w których stwierdzono 2661 nieprawidłowości.

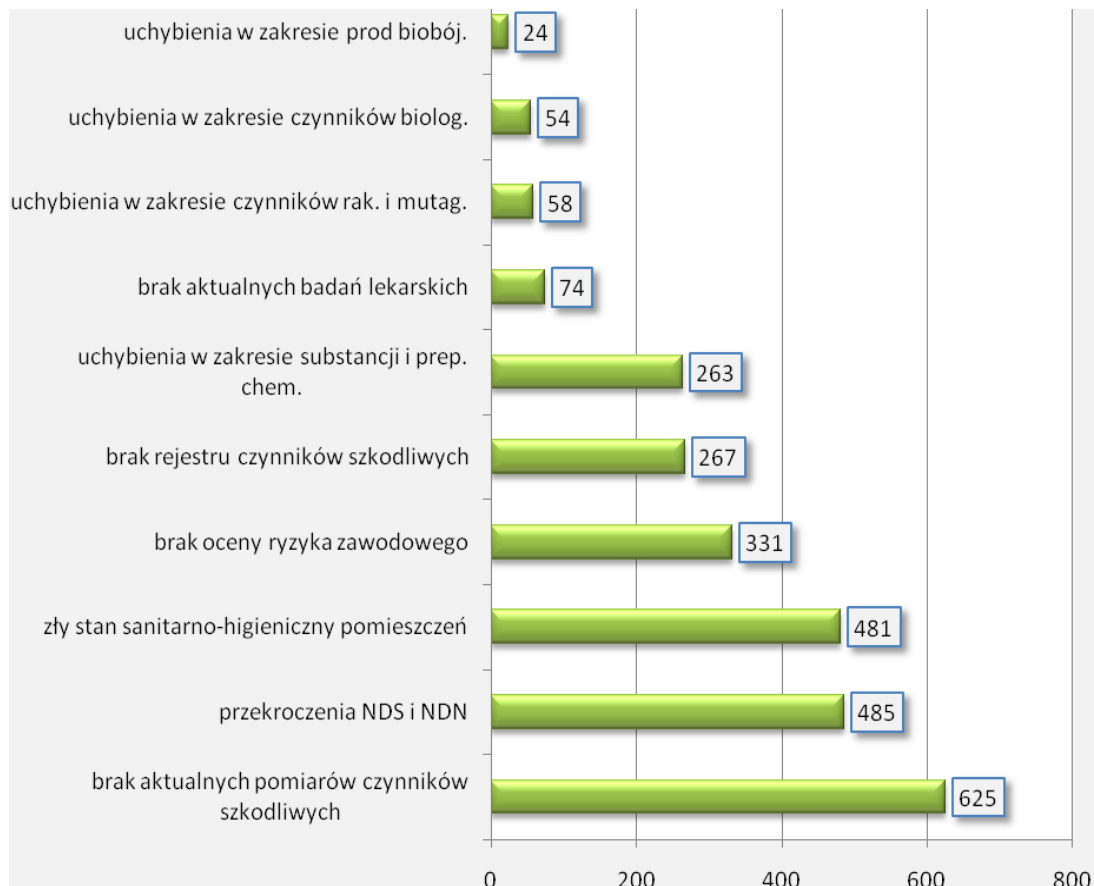
l.p.	powiat	liczba zakładów w ewidencji	liczba zakładów skontrolowanych w 2009 r.	liczba stwierdzonych nieprawidłowości	wskaźnik*
1	chrzanowski	396	83	186	2,24
2	wadowicki	929	172	302	1,76
3	oświęcimski	274	82	122	1,49
4	suski	223	70	96	1,37
5	tarnowski	649	171	226	1,32
6	limanowski	322	76	80	1,05
7	krakowski	1120	995	966	0,97
8	nowotarski	1030	158	123	0,78
9	myślenicki	179	179	128	0,72
10	olkuski	382	115	69	0,60
11	brzeski	300	98	43	0,44
12	gorlicki	450	302	130	0,43
13	dąbrowski	468	70	24	0,34
14	tatrzański	55	28	8	0,29
15	wielicki	157	97	24	0,25
16	bocheński	248	120	27	0,23
17	nowosądecki	845	348	71	0,20
18	miechowski	135	99	20	0,20
19	proszowicki	240	240	16	0,07
20	Razem	8402	3503	2661	0,76

* średnia liczba nieprawidłowości przypadająca na jeden skontrolowany zakład pracy.



Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w 2009 r.:

Lp.	Rodzaj nieprawidłowości	Liczba zakładów, w których stwierdzono nieprawidłowości
1	brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych	625
2	przekroczenia NDS i NDN	485
3	zły stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń	481
4	brak oceny ryzyka zawodowego	331
5	brak rejestru czynników szkodliwych	267
6	uchybień w zakresie substancji i preparatów chemicznych	263
7	brak aktualnych badań lekarskich	74
8	uchybień w zakresie czynników rakotwórczych i mutagennych	58
9	uchybień w zakresie czynników biologicznych	54
10	uchybień w zakresie produktów biobójczych	24



Uchybienia w zakresie substancji i preparatów chemicznych:

- brak spisu oraz kart charakterystyk stosowanych substancji i preparatów chemicznych,
- nie zapoznanie pracowników stosujących substancje i preparaty niebezpieczne z treścią kart charakterystyk,
- nie zgłoszenie PPIS faktu zakupu substancji i preparatów niebezpiecznych sklasyfikowanych jako R 35,
- nie prowadzenie ewidencji rozchodu preparatu sklasyfikowanego jako żrący zwrotem R 35,
- nieprawidłowe oznakowanie opakowań substancji i preparatów chemicznych,
- brak instrukcji określających sposób składowania chemikaliów,
- brak natrysku ratunkowego oraz urządzenia do przemywania oczu,
- niezgodne z przepisami karty charakterystyki,
- nie uwzględnienie w instrukcjach stanowiskowych informacji zawartych w kartach charakterystyki,
- brak właściwego oznakowania miejsc, gdzie przechowuje się niebezpieczne substancje i preparaty chemiczne.

Uchybienia w zakresie produktów biobójczych:

- wprowadzanie do obrotu środka biobójczego zawierającego niedozwoloną substancję czynną,
- wprowadzanie do obrotu produktów biobójczych bez ważnego pozwolenia.

Uchybienia w zakresie czynników biologicznych:

- brak wykazu czynników biologicznych występujących w zakładzie pracy,
- nie uwzględnienie w ryzyku zawodowym narażenia związanego z występowaniem czynnika biologicznego,
- nie przeszkolenie pracowników narażonych na czynniki biologiczne,
- brak prawidłowego oznakowania ostrzegającego przed zagrożeniem biologicznym,
- brak rejestru prac i pracowników narażonych na działanie czynników biologicznych,
- brak znaku ostrzegawczego przed zagrożeniem biologicznym,
- brak właściwego zbierania, usuwania i utylizacji materiału biologicznego.

Uchybienia w zakresie czynników rakotwórczych:

- nie przekazanie właściwemu PWIS corocznej informacji o substancjach, preparatach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- brak rejestru prac oraz pracowników narażonych na czynniki rakotwórcze,
- nie uwzględnienie w ryzyku zawodowym narażenia związanego z występowaniem czynnika rakotwórczego,
- brak instrukcji postępowania na wypadek awarii lub innych nieprzewidzianych sytuacji związanych ze stosowaniem substancji o działaniu rakotwórczym,
- przekroczenia stężenia pyłu drewna twardego.

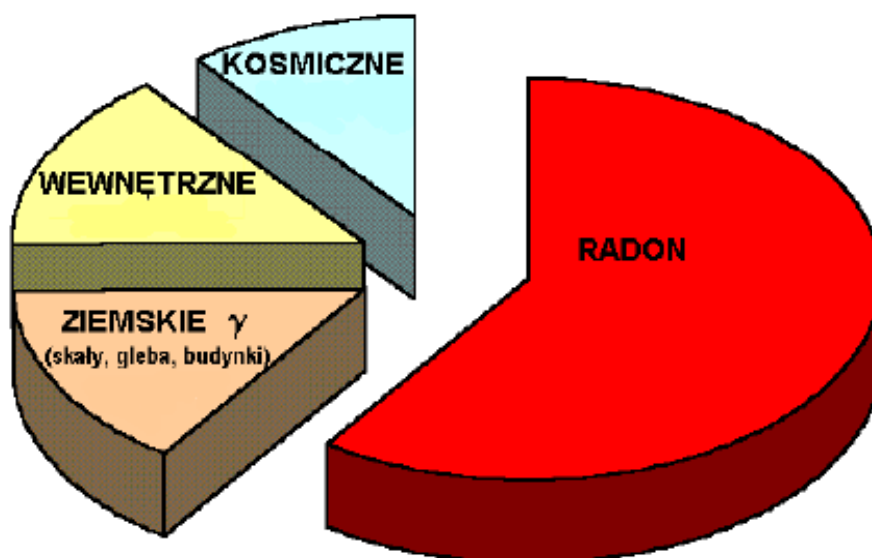
III_B. ŚRODOWISKO ZAMIESZKANIA

Radon jako naturalne źródło promieniowania

Przez całe życie towarzyszy nam naturalne promieniowanie jonizujące. Składa się na nie:

- ✓ promieniowanie ziemskie, które wynika z występowania w skorupie ziemskiej i glebie naturalnych izotopów promieniotwórczych: uran-238, tor-232 (ich okres półtrwania jest porównywalny z wiekiem ziemi),
- ✓ promieniowanie kosmiczne, które stanowi strumień cząstek docierających z przestrzeni kosmicznej do zewnętrznych warstw atmosfery,
- ✓ promieniotwórcze jądra atomów zawartych w organizmie człowieka: ^{40}K , ^{226}Ra , ^{218}Po ,
- ✓ radon – ze względu na swoje specyficzne własności środowiskowe, występuje niemal wszędzie: glebie, wodach, powietrzu i budynkach.

Poszczególne składowe promieniowania naturalnego



Zarówno w Polsce jak i na świecie, największy wkład w dawkę od źródeł naturalnych promieniowania jonizującego ma właśnie radon i jego pochodne. Dawka od radonu stanowi 40,6% (1,36 mSv/rok) rocznej dawki skutecznej, która dla statystycznego mieszkańca Polski wynosi ok. 3,36 mSv/rok.

Radon jest niepalnym, bezbarwnym i bezzapachowym gazem promieniotwórczym, naturalnie występującym w przyrodzie. Pochodzi z rozpadu radu (^{226}Ra) – nuklidu występującego we wszystkich naturalnych szeregach promieniotwórczych. Jest 7,6 razy cięższy od powietrza. Łatwo rozpuszcza się w wodzie, ale lepiej w alkoholach i innych rozpuszczalnikach organicznych. Z substancji łatwiej usuwany jest po ich podgrzaniu do temperatury wrzenia, dlatego rozpuszczony w wodzie może łatwo z niej emanować np. podczas korzystania z prysznicy. Posiada 35 izotopów promieniotwórczych o różnym czasie półrozpadu, jednak tylko 3 z nich występuje w środowisku naturalnym (^{219}Ra , ^{220}Ra , ^{222}Ra). Pozostałe są wytwarzane sztucznie.



Radon po rozpadzie promieniotwórczym tworzy krótkożyciowe produkty rozpadu takie jak: polon (^{218}Po , ^{214}Po), ołów (^{214}Pb), bizmut (^{214}Bi), występujące w powietrzu jako niezwiązane, dodatnio naładowane jony, które w czasie od 10 do 100 sekund łączą się z cząsteczkami pyłu tworząc promieniotwórcze areozole. Zarówno radon jak i niektóre produkty jego rozpadu (^{218}Po), emitują mało przenikliwe, ale o dużej zdolności do jonizacji, promieniowanie alfa. Sam radon wnosi nieznaczny procent do dawki na układ oddechowy, dlatego, że w postaci gazowej nie jest w stanie przyczepić się do ścian układu oddechowego. Natomiast produkty jego rozpadu, tworząc promieniotwórcze aerozole, łatwo osadzają się w nosie, krtani, a nawet w oskrzelach; co stanowi główną przyczynę dawek promieniowania jonizującego otrzymywanych przez drogi oddechowe człowieka. Stwierdzono, że nadmierna ekspozycja może powodować powstanie nowotworów płuc i krtani np. u górników w kopalniach głębinowych, a zwłaszcza w kopalniach uranu. W badaniach epidemiologicznych, potwierdzono również synergistyczne (potęgujące) działanie radonu z paleniem tytoniu. U osób palących występuje dziesięciokrotnie większe prawdopodobieństwo zachorowalności na raka płuc niż w grupie niepalącej.

RADON W ATMOSFERZE

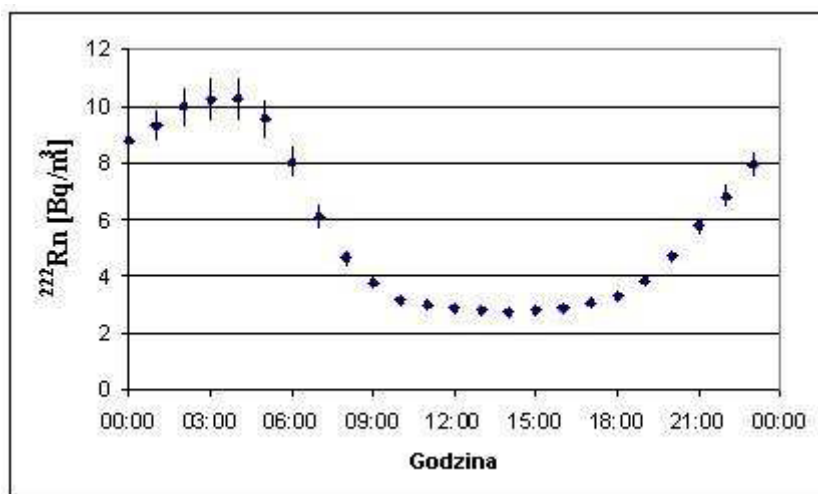
Głównym źródłem radonu w powietrzu atmosferycznym jest radon wydostający się z gleby, którego stężenie maleje wraz z wysokością.

Źródła występowania radonu w atmosferze przedstawia tabela poniżej

Źródła radonu	Produkcja radonu na rok (10^6Bq)
Gleba	9000
Rośliny i wody gruntowe	<200
Oceany	90
Budynki	3
Gaz naturalny	0,02
Węgiel kamienny	0,002

Stężenie radonu w atmosferze ulega ciągłym zmianom. Jest ono bowiem zależne od: ciśnienia atmosferycznego, kierunku i siły wiatru, wilgotności, obecności pokrywy śnieżnej, a nawet pory dnia czy roku. Maksymalne stężenie obserwuje się w okresie letnim (lipiec-sierpień), a minimalne (nawet 3 razy mniejsze) w okresie zimowym. Zaobserwowano również, że podczas gorącego lata wydziela się z podłoża znacznie więcej radonu, niż podczas lata wilgotnego, z dużą ilością opadów. Jeśli rozpatrywać zmianę stężenia radonu w okresie dobowym (rys.4.) to jest ono ok. północy, a min. w południe.

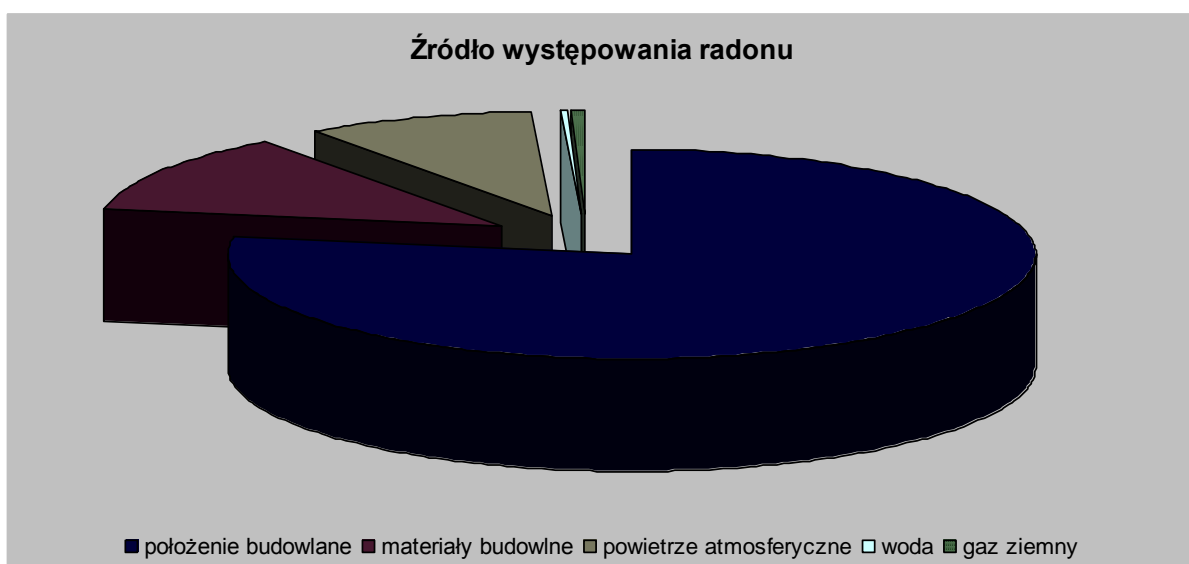
Dobowe zróżnicowanie stężenia radonu.



Na terenie Polski wartości średnich rocznych stężeń radonu w powietrzu, na wysokości 1m nad powierzchnią ziemi, w zależności od miejsca pomiaru, wynosiły od 0,7 do 12,6 Bq/m³ (średnia wartość to 5,1 Bq/m³).

RADON W BUDYNKACH

Głównym źródłem radonu w budynkach jest grunt (podłoże), na którym ten budynek jest umiejscowiony oraz materiały, z jakich on powstał. Poniższa tabela przedstawia udział procentowy poszczególnych źródeł stężenia radonu.



Radon wnika do budynków poprzez szczeliny w fundamentach, ścianach, spoinach między ścianami, poprzez przewody kanalizacyjne, wodociągowe, elektryczne itp. Wewnątrz budynków powstaje różnica ciśnień, która działa jak pompa ssąca, zasysająca radon z gruntu - mówimy wtedy o tzw. efekcie kominowym. Stężenie radonu zależy również od rodzaju

podpiwniczenia, poziomu kondygnacji (im wyżej tym większy wpływ na stężenie radonu mają materiały budowlane), szczelności budynków, wentylacji pomieszczeń oraz od stężenia radonu w wodzie używanej w tym budynku. Konieczne staje się zatem zwrócenie uwagi na zapewnienie ciągłego wietrzenia mieszkań.

Jeśli zaś chodzi o materiały budowlane to niską zawartość naturalnych radionuklidów zawiera drewno, naturalny gips i piasek z rzek.

Stężenia radionuklidów naturalnych w wybranych surowcach i materiałach budowlanych

Rodzaj surowca lub materiału budowlanego	Stężenie radionuklidów w Bq/kg		
	Potas-40	Rad-226	Tor-228
<i>Surowce pochodzenia naturalnego</i>			
Marmur	7 – 51	1 – 10	1 – 7
Kreda	24 – 295	3 – 32	1 – 13
Gips	13 – 279	1 – 54	1 – 30
Wapno	1 – 331	1 – 47	1 – 13
Piasek	3 – 686	1 – 27	1 – 76
Glina	161 – 938	20 – 161	25 – 127
<i>Surowce pochodzenia przemysłowego</i>			
Popioły lotne	33-1634	1 – 329	1 – 181
Żużel kotłowy	1 – 1046	2 – 275	1 – 183
Żużel wielkopiecowy	44 – 825	11 – 351	12 – 102
Fosofogips	1 – 680	19 – 620	4 – 48
<i>Materiały budowlane</i>			
Cement	1 – 430	4 – 154	1 – 38
Beton	179 – 974	14 – 171	18 – 65
Ceramika	60 – 1430	1 – 190	1 – 119

W Polsce brak jeszcze jednoznacznych przepisów określających dopuszczalne poziomy stężenia radonu-222 w budynkach mieszkalnych. Istnieje Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 stycznia 2007r (Dz. U. Nr 4, poz.29) określające m.in. zawartość naturalnych izotopów promieniotwórczych w surowcach i materiałach stosowanych do budowy mieszkań. Komisja Europejska w swoich rekomendacjach podała dopuszczalny poziom stężenia radonu dla budynków istniejących tj. 400Bq/m^3 i 200Bq/m^3 dla budynków nowopowstających, jednak nie zostało to objęte polskim ustawodawstwem. Tabela poniżej przedstawia Polskę na tle innych krajów, pod względem zawartości radu-226 w różnych materiałach budowlanych.

Rodzaj materiału budowlanego	²²⁶ Ra[Bq/kg]
Beton	Norwegia 28
	Polska 13
Cegła	Norwegia 63
	Polska 18
Fosfogipsy	Floryda 1222
	Polska 437
Materiały oparte na popiołach lotnych z elektrowni	USA 19
	Polska 96

RADON A POŁUDNIOWA CZĘŚĆ POLSKI

Terytorium Polski jest szczególnie interesujące z punktu widzenia badań geotermalnych. Wynika to z budowy geologicznej. Polska mianowicie leży na wschodnioeuropejskiej platformie prekambryjskiej, platformie paleozoicznej ze skonsolidowanym podłożem wieku kaledońskiego i hercyńskiego stref fałdowań alpejskich, do których należą Tatry, Pieniny i Karpaty fliszowe. Paleozoiczne fałdowania obejmują Sudety i Góry Świętokrzyskie.

Południowa część Polski (Karpaty i zapadlisko podkarpackie) to obszar to obszar fałdowań alpejskich, osadów kenozoicznych: kaledonidy i waryscydy oraz o rogenicznych waryscyjskich zapadlisk (Sudety i zapadlisko śląsko – krakowskie). Właśnie w strefach orogénów waryscyjskich potwierdza się występowanie wód radonowych i wysokoradonowych oraz osadów zawierających podwyższoną zawartość uranu. Ze względu na stan wiedzy o geochemii uranu i radu w Polsce obszarów z występowaniem wód radonowych można spodziewać się również na obszarze Karpat, zapadliska przedkarpackiego, Gór Świętokrzyskich i obszaru monokliny przedsudeckiej i śródsudeckiej, oraz niecki śród- i północnosudeckiej. W Karpatach podwyższona koncentracja uranu związana jest z występowaniem bitumicznych łupków menilitowych oligocenu, w Górach świętokrzyskich z utworami paleozoicznymi i triasowymi. Szczególną rolę odgrywa tu występowanie skał bogatych w alkalia i krzemionkę, przede wszystkim magmowych i metamorficznych oraz skał osadowych, w których stwierdzono punkty mineralizacji uranowej lub samych złóż uranu. Struktura tektoniczna Polski.⁹

Kwestia oceny narażenia ludności na radon i produkty jego rozpadu nie została jeszcze do końca poznana ani prawnie uregulowana. Jednak niebagatelną kwestią jest wpływ radonu na zdrowie ludzi. Jest on bowiem drugim (po paleniu tytoniu) co do wielkości czynnikiem odpowiedzialnych za powstawanie nowotworów płuc. Ochrona przed nowotworem ma więc szczególne znaczenie w przypadku osób palących.

Sami kosztem niewielkich nakładów, możemy chociażby zabezpieczyć dom; wybierając odpowiedni teren pod jego budowę, kontrolując materiał budowlany i sam proces kontroli tj. szczelność fundamentów, instalacji i odpowiedniej wentylacji.

⁹ Radiologiczny atlas Polski 1997, J.Jagielska, M. Biernacka, J. Heuschke, A. Sońska, Biblioteka Monitoringu Środowiska, Warszawa 1998r.

III_C. ŚRODOWISKO SZPITALNE

W 2009 r. w województwie małopolskim funkcjonowało 14 szpitali (tj. 21,9% wszystkich szpitali w województwie) posiadające Centralne Sterylizatornie spełniające wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z dnia 10 listopada 2006r.).

L.p.	Nazwa szpitala	Adres
1.	Szpital Powiatowy	32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16
2.	Zespół Opieki Zdrowotnej	33-200 Dąbrowa Tarnowska, ul. Szpitalna 1
3.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	31-202 Kraków, ul. Prądnicka 80
4.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera	31-826 Kraków, os. Złota Jesień 1
5.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego	31-913 Kraków, os. Na Skarpie 66
6.	SP ZOZ Krakowskie Centrum Rehabilitacji z Polikliniką	30-224 Kraków, ul. Modrzewiowa 22
7.	Scanmed Szpital św. Rafała	30-693 Kraków, ul. Bochenka 12
8.	SP ZOZ Szpital im. Dr J. Dietla	33-380 Krynica Zdrój, ul. Kraszewskiego 142
9.	SP ZOZ Szpital św. Anny	32-200 Miechów, ul. Szpitalna 3
10.	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	34-400 Nowy Targ, ul. Szpitalna 14
11.	ZOZ Sucha Beskidzka Szpital Rejonowy im. Dr Jana Gawlika	34-200 Sucha Beskidzka, ul. Szpitalna 22
12.	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza w Tarnowie SP ZOZ	33-100 Tarnów, ul. Lwowska 178a
13.	Specjalistyczny Szpital im. Edwarda Szczeklika	33-100 Tarnów, ul. Szpitalna 13
14.	Szpital Powiatowy im. Dr Tytusa Chałubińskiego	34-500 Zakopane, ul. Kamieniec 10

Stan sanitarno – porządkowy nadzorowanych szpitali nie budził większych zastrzeżeń. W zakresie sterylizacji w pojedynczych przypadkach jako nieprawidłowości stwierdzono przeterminowany i niewłaściwie przechowywany sprzęt po sterylizacji. W zakresie zabiegów dezynfekcyjnych nie stwierdzono poważnych nieprawidłowości. W dwóch oddziałach brak było pojemników na roztwory robocze środków dezynfekcyjnych, w pojedynczych przypadkach zbyt długo przetrzymywano roztwór roboczy środka dezynfekcyjnego przeznaczony do dezynfekcji basenów oraz zbyt rzadko poddawano dezynfekcji strefy dotykowe i powierzchnie małe.

Liczba badań mikrobiologicznych w zakładach lecznictwa zamkniętego na podstawie raportu rocznego dotyczącego drobnoustrojów alarmowych w województwie małopolskim.

Oddziały	Liczba badań /łóżko/rok			Liczba badań/pacjenta*		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
AiIT dor.	67	109	132	1	2	3
AiIT dz. i nowor.	71	189	277	2	7	9
zabieg. chirurg. dor.	10	343	228	-	14	8
ortop./traumat.	9	32	35	-	1	-
niezabiegowe	14	32	34	-	1	-
hematol./onkol.	43	49	51	1	1	-
położ.- ginekol.	10	20	23	-	-	-
noworod.	16	21	17	-	-	-
patol. nowor.	48	2	49	2	-	2
pediatria	23	36	42	1	1	1
chirurgia dz.	18	30	38	-	1	-
psychiatra	1	6	6	-	1	-
rehabilitacja	1	2	2	-	-	-
okulistyka	12	14	20	-	-	-
ZOL	2	2	2	-	-	-
oparzeniowy	124	180	253	5	7	11
zakaźny	30	44	52	1	1	1
hemodializy	25	33	45	-	-	-
inne	11	71	48	-	1	-
ogółem	13	28	29	0,34	0,63	0,57

* podano tylko wartości.

Oddziały	Liczba Oddziałów			<i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)			ESBL+ (<i>Klebsiella spp.</i> + <i>E. Coli</i>)			<i>Pseudomonas spp.</i>			<i>Acinetobacter spp.</i>		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
AiIT dor.	143	40	37	189	248	227	190	174	319	283	310	201	391	490	489
AiIT dz.	16	8	8	11	12	16	17	27	36	2	2	6	8	5	2
zabieg. chirurg. Dor.	139	60	68	175	177	171	128	105	159	146	143	119	111	108	138
ortop./traumat.	46	21	23	64	77	56	27	12	29	32	25	18	58	51	46
niezabiegowe	139	109	117	223	290	210	302	255	384	172	256	210	208	212	257
hematol./onkol.	6	15	19	6	9	4	13	17	34	9	12	4	13	11	19
położ. - ginekol.	15	34	36	17	21	16	11	14	14	14	7	6	10	4	0
noworod.	25	29	29	27	17	11	51	16	16	16	11	3	6	1	1
patologia noworod.	2	2	3	3	1	1	2	0	6	0	0	0	3	0	0
pediatria	94	45	46	52	45	83	101	69	81	94	104	59	8	3	2
chirurgia dz.	13	16	18	16	10	14	23	15	15	7	5	8	2	1	3
psychiatra	0	41	38	0	1	2	2	3	6	0	5	0	0	0	3
rehabilitacja	6	20	23	5	10	13	11	15	33	9	11	18	6	4	14
okulistyka	5	9	6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
ZOL	13	20	15	19	12	17	36	43	24	9	27	10	5	13	9
oparzeniowy	7	2	2	7	2	3	8	10	9	14	7	3	18	37	32
zakaźny	13	20	18	14	54	20	29	27	21	5	13	5	4	6	8
hemodializy	15	12	14	8	11	9	18	2	2	13	1	1	6	0	0
inne	16	4	6	16	1	4	2	0	1	12	0	0	21	1	0
łącznie	714	507	427	852	998	877	971	804	1190	838	939	671	878	947	1023

Częstość występowania drobnoustrojów alarmowych w oddziałach w zakładach lecznictwa zamkniętego z terenu województwa małopolskiego w latach 2007-2009

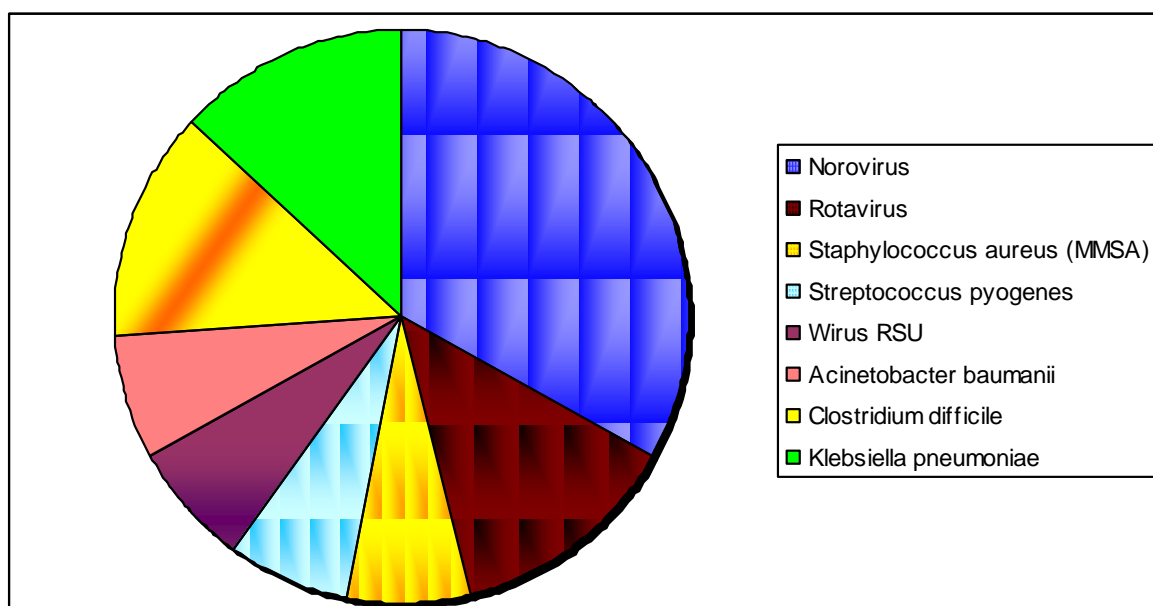
W roku 2009:

- zgłoszono 15 ognisk epidemicznych o ustalonym czynniku alarmowym potwierdzonych wynikami badań, tym samym ilość ognisk epidemicznych w porównaniu do 2008r. utrzymała się na tym samym poziomie
- nie odwołano żadnego ogniska epidemiczne go
- określono czynnik alarmowego we wszystkich ogniskach epidemicznych

Udział drobnoustrojów alarmowych w ogniskach epidemicznych w 2009r.

Drobnoustrój alarmowy w ognisku epidemicznym	Ilość ognisk	udział w %
<i>Norowirus</i>	5	33
<i>Rotavirus</i>	2	13
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	7
<i>Staphylococcus aureus (MSSA)</i>	1	7
<i>Clostridium difficile</i>	2	13
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	13
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	7
wirus RSV	1	7
razem	15	100%

Udział drobnoustrojów alarmowych w ogniskach epidemicznych w 2009r.



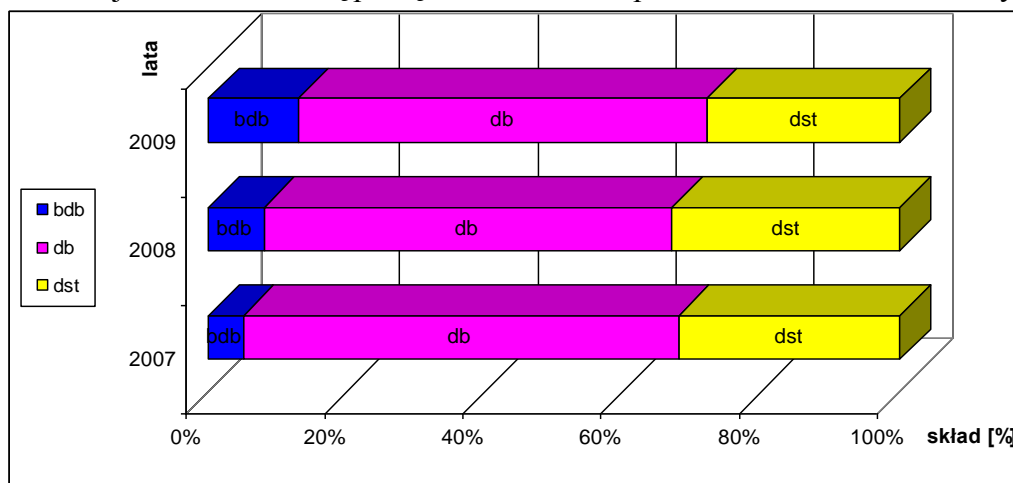
W 2009 r. w województwie małopolskim funkcjonowało łącznie 5557 zakładów opieki zdrowotnej, w tym 64 szpitale, 1873 obiektów leczenia otwartego, 3484 indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz 132 inne placówki (Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze, Hospicja, Sanatoria) objęte nadzorem przez pracowników powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

W porównaniu z 2008r. z 61 do 64 wzrósł stan ilościowy szpitali. W 2009 r. powstały :

1. Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu
2. Scanmed Szpital św. Rafała w Krakowie
3. NZOZ ORTOPEDICUM w Krakowie

Analiza stanu sanitarno – technicznego szpitali wskazuje, że w 2009r. uległ on nieznacznej poprawie, w porównaniu do roku 2008.

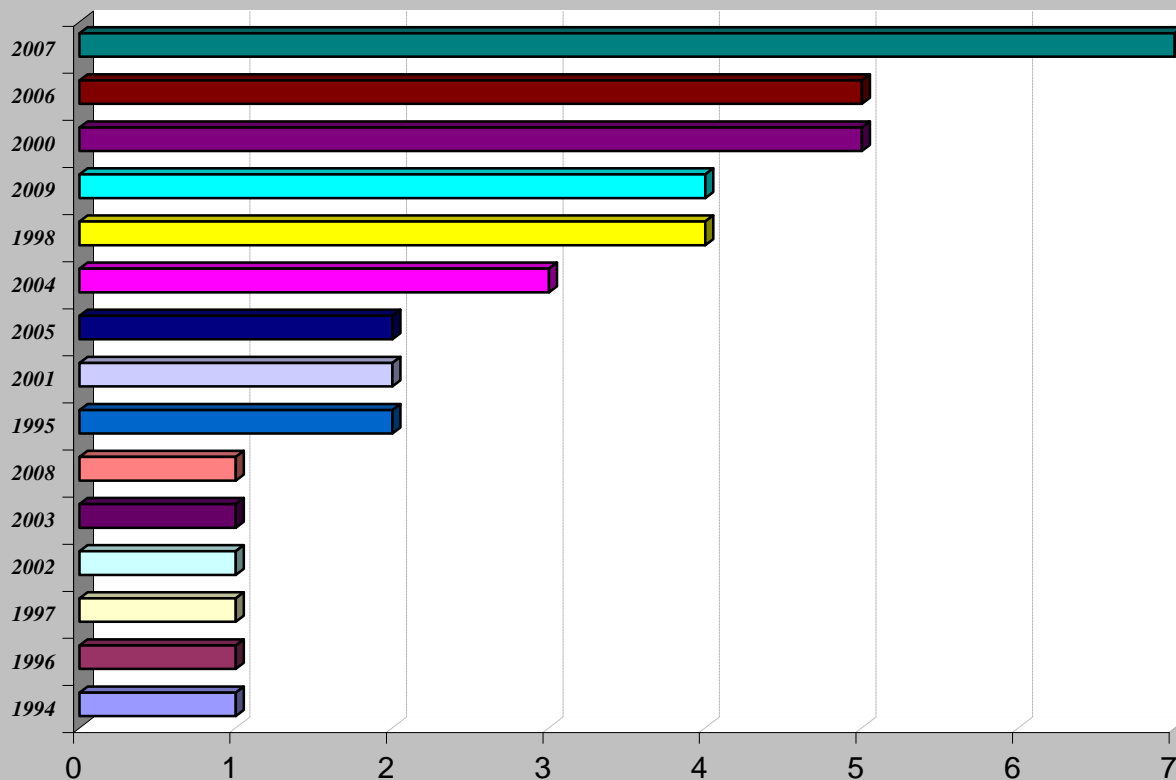
Nowo powstałym szpitalom wystawiono ocenę bardzo dobrą. Placówki ocenione jako bardzo dobre, to placówki dostosowane do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. (Dz. U. Nr 213, poz. 1568) realizujące wszystkie wymagane procedury, w których oceniono także jako bardzo dobrą pracę komitetów i zespołów ds. zakażeń zakładowych.



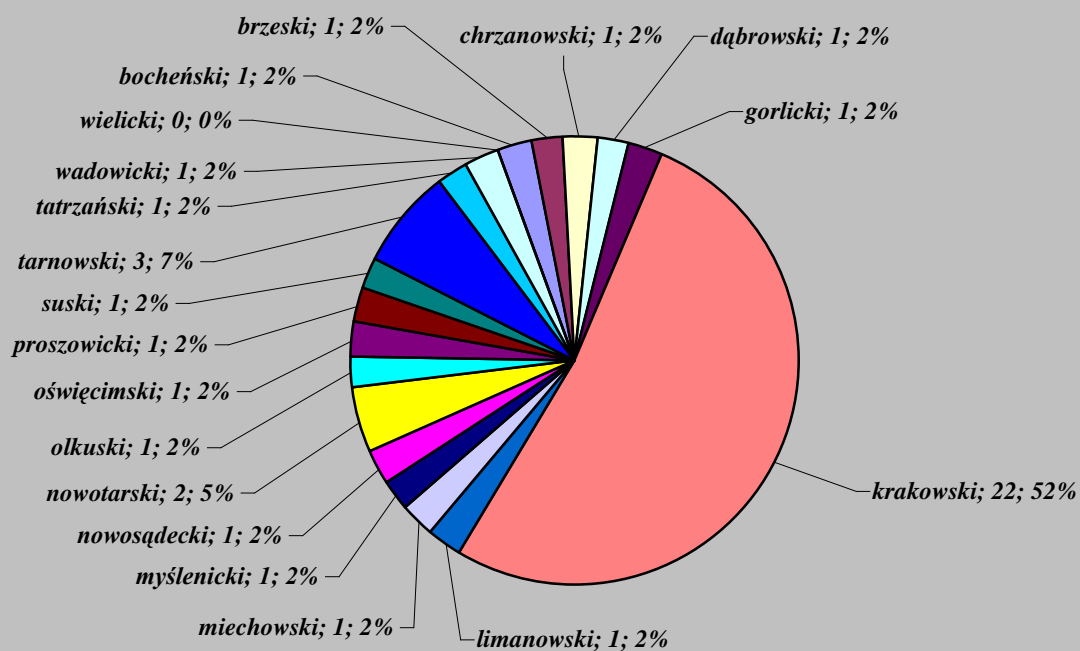
Podczas przeprowadzanych kontroli sanitarnych w szpitalach w pojedynczych przypadkach stwierdzono niewielkie uchybienia dotyczące stosowanych procedur, w tym procedury dot. dezynfekcji (brak opisów na pojemnikach na roztwory dezynfekcyjne, zbyt długo przetrzymywany roztwór roboczy środka dezynfekcyjnego przeznaczony do dezynfekcji basenów oraz zbyt rzadkie poddawanie dezynfekcji stref dotykowych i powierzchni małych), procedury dot. sterylizacji (niewłaściwie przechowywany sprzęt po sterylizacji, względnie jego przeterminowanie), oraz procedury dot. postępowania z odpadami (stosowanie worków do zbiórki odpadów o niewłaściwym kodzie kolorystycznym).

Spośród wszystkich aparatów rentgenowskich największy procent stanowią aparaty wykorzystywane w diagnostyce stomatologicznej, pozostałe 34% to aparaty wykorzystywane do radiologii ogólnej i zabiegowej.

Mammografy wg roku produkcji działające na terenie województwa małopolskiego w 2009 r.



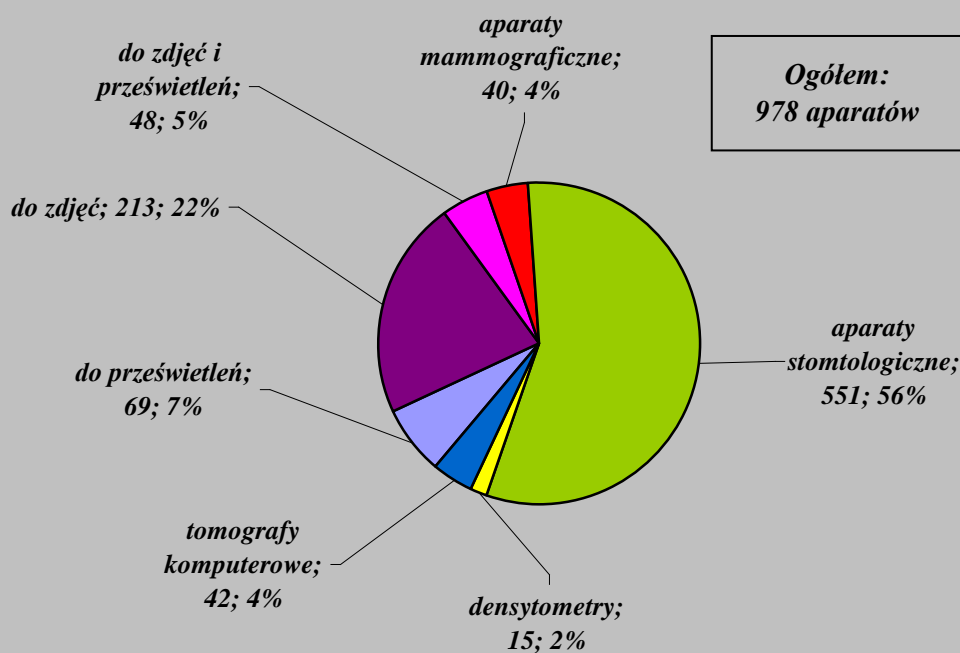
Tomografy komputerowe działające na terenie województwa małopolskiego w 2009 r.



Aparaty rentgenowskie w województwie małopolskim w 2009r. (Dane pochodzą z MZ-52 sprawozdanie z zakresu Higieny Radiacyjnej za 2009r.)

Rodzaj aparatu rtg	Liczba aparatów		
	wg ewidencji	skontrolowanych w 2009r.	wydanych nowych zezwoleń
do prześwietleń	69	43	19
do zdjęć	213	90	20
do zdjęć i prześwietleń	48	18	2
mammografy	40	23	8
tomografy komputerowe	42	23	9
densytometry	15	7	3
stomatologiczne	551	157	73

Aparaty rentgenowskie działające na terenie województwa małopolskiego w 2009r.



Porównanie stosowanych dawek promieniowania podczas różnych procedur medycznych:

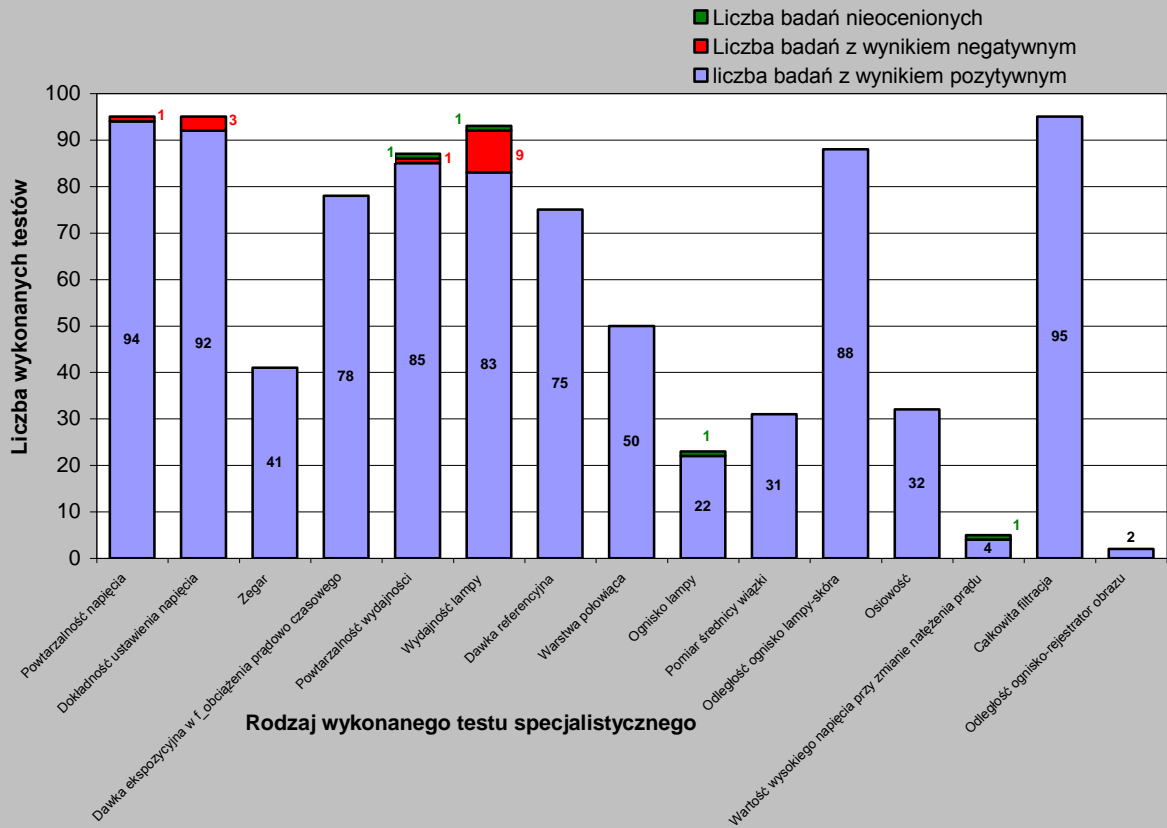
Lp.	Rodzaj badania	Dawka referencyjna
		[mGy]
1	Radiografia klatki piersiowej	
	- projekcja AP	0,3
	- projekcja LAT	1,5
2	Radiografia czaszki	
	- projekcja AP/PA	5
	- projekcja LAT	3
3	Radiografia kręgosłupa lędźwiowego	
	- projekcja AP/PA	10
	- projekcja LAT	30
	- projekcja LAT stawu lędźwiowo-krzyżowego	40
4	Radiografia miednicy	
	- projekcja AP	10
5	Radiografia układu moczowego	
	projekcja AP zwykle zdjęcie lub przed podaniem środka kontrastowego	10
6	Radiografia zębów	5
7	Mammografia	10

Testy kontroli fizycznych parametrów zestawów rentgenowskich w 2009r.

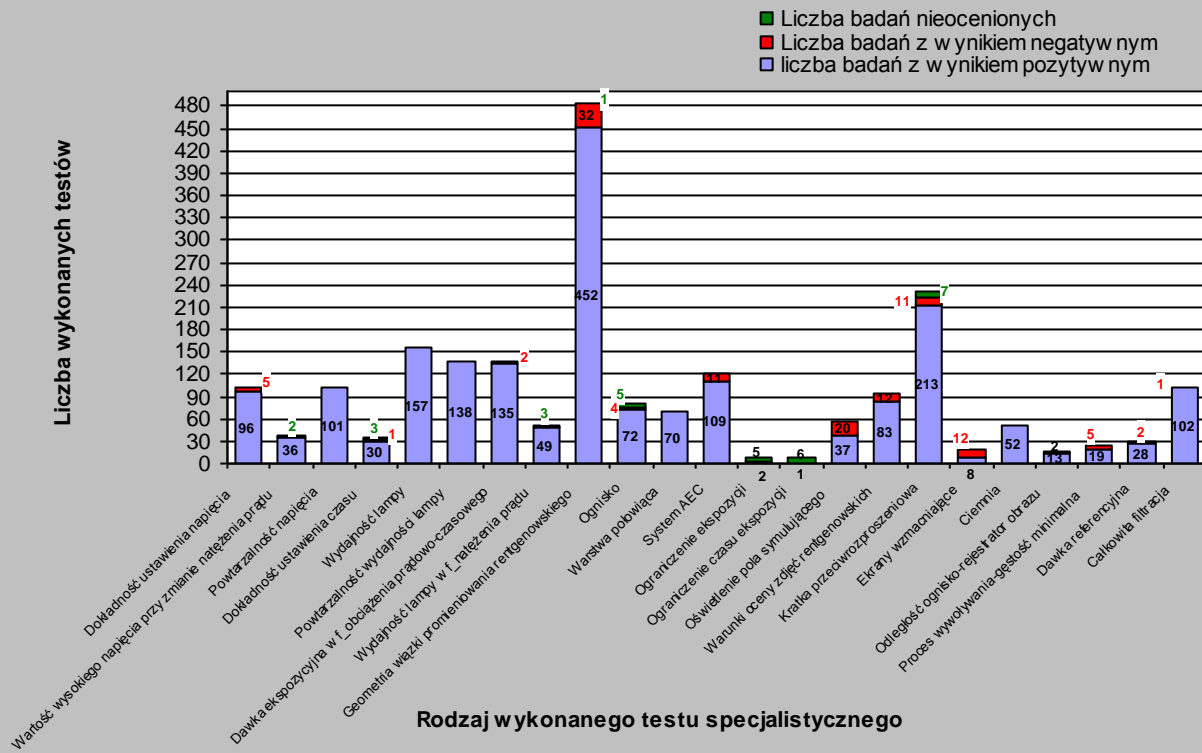
badanie jakości parametrów fizycznych - mammografia - testy specjalistyczne				
1	Dokładność ustawienia napięcia	19	-	1
2	Powtarzalność napięcia	19	-	-
3	Wydajność lampy	20	-	-
4	Kolimacja	10	8	1
5	Ognisko	7	-	-
6	Warstwa poowiąca	5	-	-
7	Ocena AEC przy zmianie grubości fantomu	12	4	-
8	Ocena AEC przy zmianie wysokiego napięcia	11	4	-
9	Praca AEC dla różnych poziomów zaczer	4	2	-
10	Powtarzalność ekspozycji dla AEC	15	-	-
11	Natężenie oświetlenia zewnętrznego powierzchni negatoskopu	7	1	-
12	Jednorodność powierzchni negatoskopu	11	-	-
13	Luminancja w środku negatoskopu	7	4	-
14	Kratka przeciwrozproszeniowa	6	-	-
15	Ekrany wzmacniające-zakres gęstości optycznej	10	1	-
16	Ekrany wzmacniające-odchylenie obciążenia prądowo-czasowego	11	-	-
17	Szczelność ciemni	6	-	-
18	Oświetlenie robocze ciemni	5	1	-
19	Dawka wejściowa	20	-	-
20	Gęstość optyczna w punkcie ref	15	1	-
21	Siła kompresji	6	-	-
22	Ust symetryczne płytki uciskowej	9	1	1
23	Ust niesymetryczne płytki uciskowej	10	-	1
24	Moc dawki dla lampy rtg	17	-	-
25	Odległość ognisko-błona	3	-	-
26	Czas ekspozycji	10	-	-
27	Bezpiecznik czasowy	2	4	-
28	Ocena kasety kontrolnej	6	-	-
29	Rozdzielczość przestrzenna	6	-	-
30	Progowy kontrast obrazu	5	-	-
31	Proces wywoływania	5	-	-
32	Przepust	-	-	3
33	Położenie krawędzi kratki względem krawędzi błony	3	-	-

1	Ekran	8	12	-
2	Szczelność ciemni	26	-	-
3	Oświetlenie robocze ciemni	26	-	-
4	Odległość ognisko-rejestrator obrazu	13	-	2
5	Proces wywoływania-gęstość minimalna	19	5	-
6	Dawka referencyjna	28	2	-
7	Całkowita filtracja	102	1	-
Badanie jakości parametrów fizycznych - fluoroskopia - testy specjalistyczne (w tym aparaty do zdjęć i prześwietleń oraz do prześwietleń)				
1	Dokładność ustawienia napięcia	39	-	1
2	Wartość wysokiego napięcia przy zmianie natężenia prądu	9	-	-
3	Powtarzalność napięcia	39	-	-
4	Dokładność ustawienia czasu	9	1	-
5	Wydajność lampy	57	-	-
6	Powtarzalność wydajności lampy	44	-	-
7	Dawka ekspozycyjna w f_ obciążenia prądowo-czasowego	43	-	-
8	Wydajność lampy w f_ natężenia prądu	17	-	-
9	Prostopadłość osi wiązki promieniowania	33	1	1
10	Kolimacja	28	2	-
11	Zgodność środka pola rtg z_ środkiem pola świetlnego	27	1	-
12	Ograniczenie ręcznej kolimacji	2	-	-
13	Zgodność sr pola świetlnego ze sr rejestratora	2	-	-
14	Zgodność osi wiązki prom rtg ze sr rejestratora	2	-	-
15	Kolimacja automatyczna	4	1	-
16	Ognisko	32	-	2
17	Warstwa połowiąca	30	-	-
18	Ocena AEC przy zmianie natężenia	4	-	-
19	Ocena AEC przy zmianie grubości fantomu	9	2	-
20	Ocena czułości komór systemu AEC	8	4	-
21	Ocena AEC przy zmianie wysokiego napięcia	12	-	-
22	Ograniczenie ekspozycji	1	-	-
23	Ograniczenie czasu ekspozycji	1	-	-
24	Oświetlenie pola symulującego	5	4	-
25	Natężenie oświetlenia zewnętrznego powierzchni negatospku	6	-	-
26	Luminancja w środku negatospku	4	2	-
27	Jednorodność powierzchni negatospku	6	-	-
28	Kratka przeciwrozproszeniowa - ocena obrazu kratki	12	-	1
29	Kratka przeciwrozproszeniowa - ocena obrazu kratki ruchomej	9	5	-
30	Kratka przeciwrozproszeniowa - jednorodność obrazu kratki	17	-	-
31	Ekran		5	-
32	Kaseta kontrolna	1	-	-
33	Szczelność ciemni	3	-	-
34	Oświetlenie robocze ciemni	3	1	-
35	Odległość ognisko-rejestrator obrazu	4	-	-
36	Proces wywoływania-gęstość minimalna	6	-	-
37	Dawka referencyjna	11	-	-
38	Całkowita filtracja	62	-	-
39	Moc dawki na pow fantomu	30	1	-
40	Moc dawki na we wzmacniacza	19	1	-
41	Rozdzielczość wysokokontrastowa obrazu	47	3	-
42	Progowy kontrast obrazu	46	6	-
43	Zgodność pola prom z polem widzenia wzmacniacza	33	16	-
44	Zegar	4	-	3

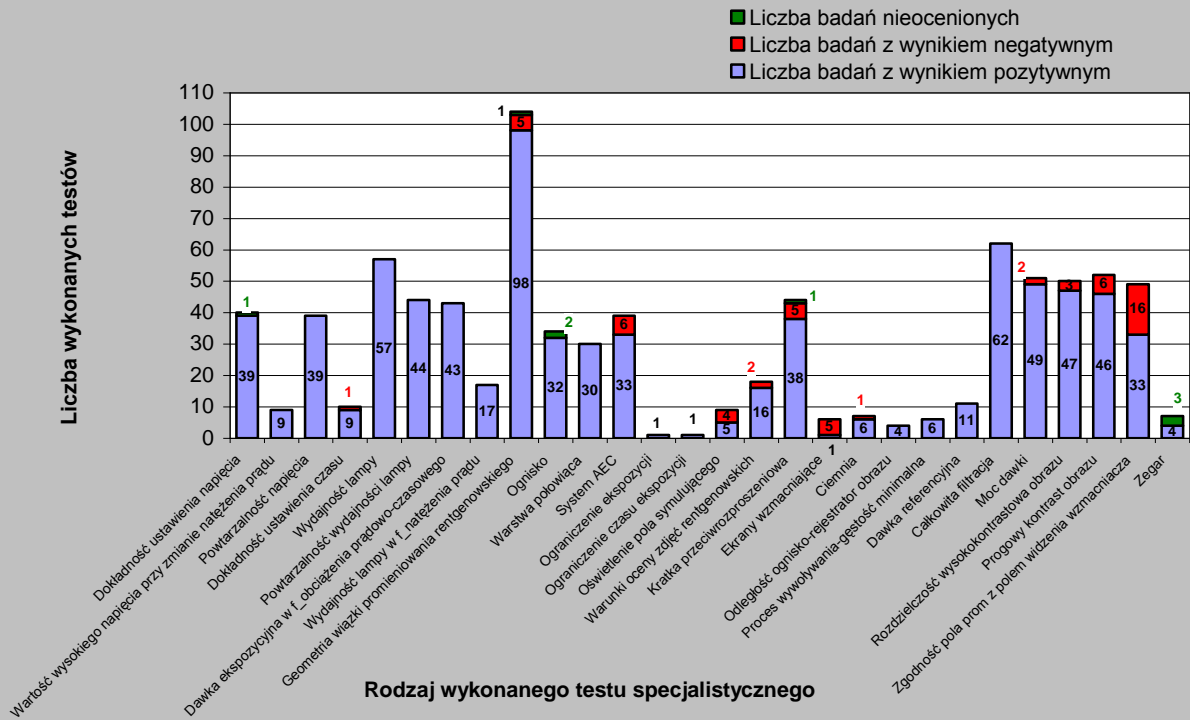
Ilość nieprawidłowości w stosunku do zmierzonych aparatów stomatologicznych w woj. małopolskim w 2009r.



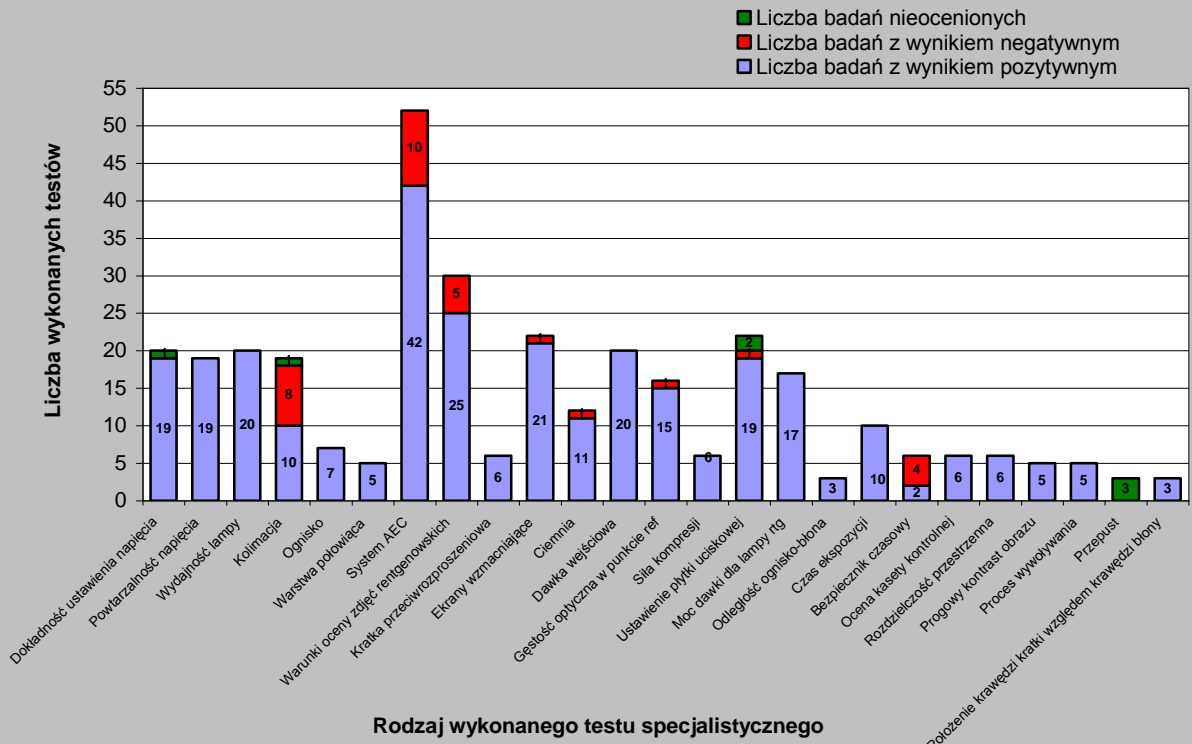
Ilość nieprawidłowości w stosunku do zmierzonych aparatów ogólnodiagnostycznych w woj. małopolskim w 2009r.



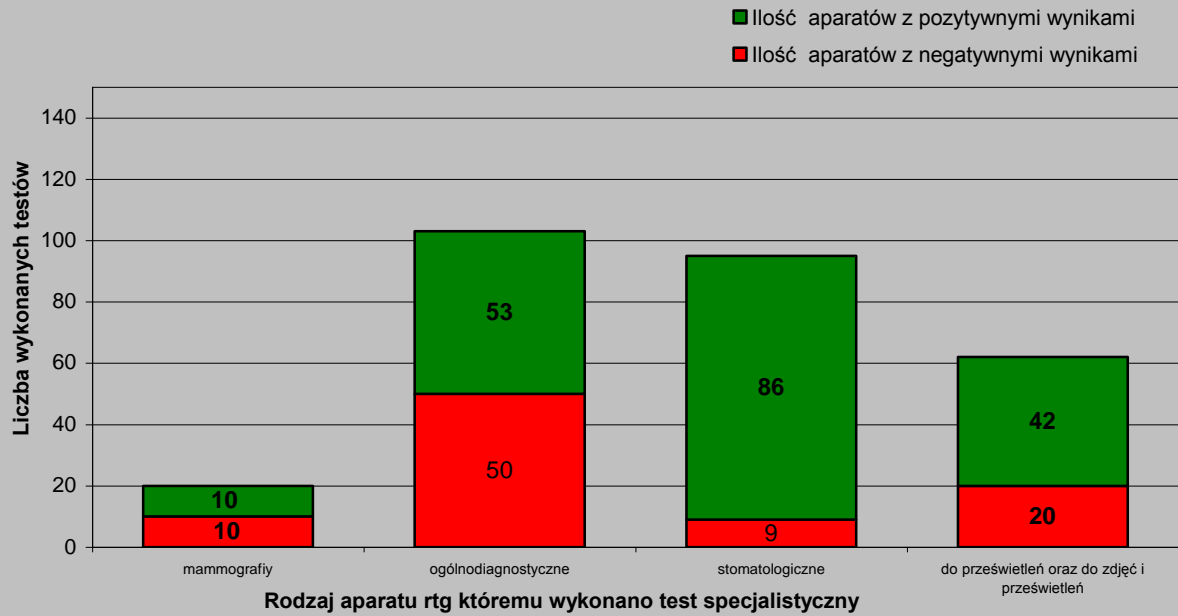
Ilość nieprawidłowości w stosunku do zmierzonych aparatów do
prześwieceń oraz do zdjęć i prześwieceń w woj. małopolskim w 2009r.



Ilość nieprawidłowości w stosunku do zmierzonych mammografów
w woj. małopolskim w 2009r.



Ilość nieprawidłowości w stosunku do zmierzonych aparatów rtg w woj. małopolskim w 2009r.



IV. PRZECIWDZIAŁANIE

IV_A. Szczepienia profilaktyczne

SZCZEPIENIA OBOWIĄZKOWE

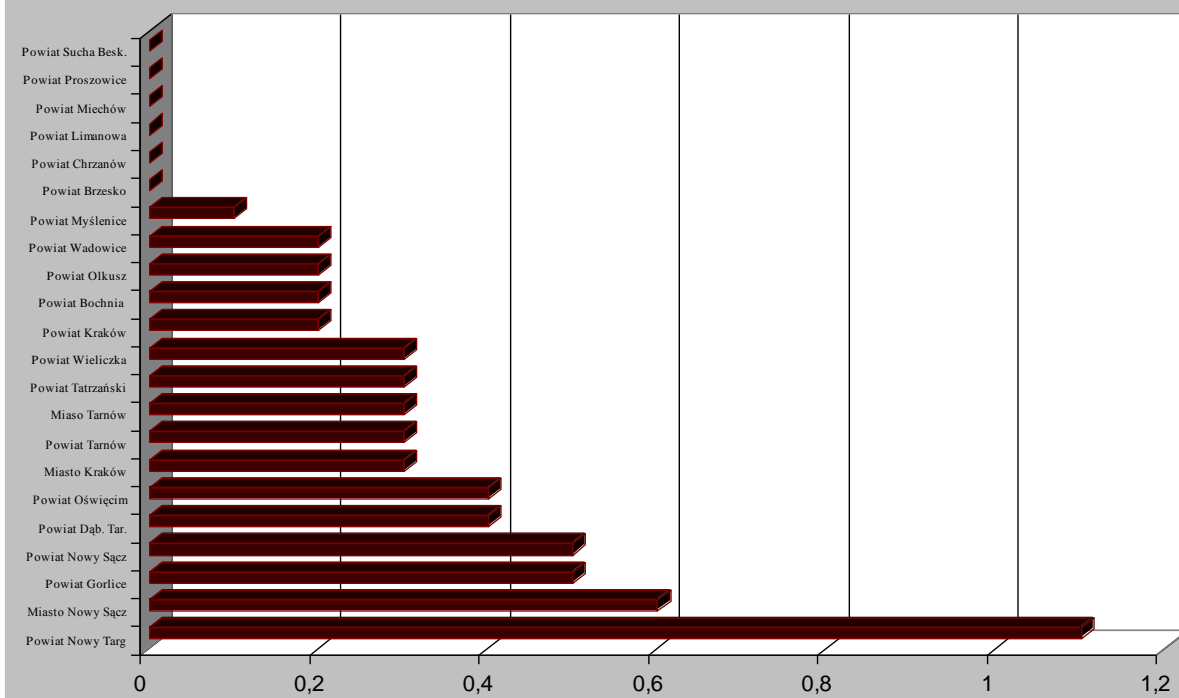
Preparaty pochodzenia biologicznego, zawierające żywe oraz o osłabionej zjadliwości lub martwe drobnoustroje chorobotwórcze lub fragmenty ich struktury; stosowane w celu wywołania tzw. odporności poszczepiennej to szczepionki. Są one stosowane w celach profilaktycznych oraz leczniczych. Na terenie Polski obowiązek szczepień obejmuje ludzi do czasu ukończenia 19 roku życia oraz u osób szczególnie narażonych oraz w sytuacjach związanych z sytuacją epidemiologiczną. Główny Inspektor Sanitarny sporządza i wprowadza tzw. Programu Szczepień Ochronnych na każdy rok. Wykaz zawiera spis szczepień obowiązkowych i zalecanych.

Szczepienia obowiązkowe mają charakter szczepień masowych, wykonywanych według długoterminowych strategii lub mają charakter szczepień indywidualnych ograniczających się do uodpornienia tylko i wyłącznie osób w szczególności narażonych na ryzyko zakażenia.

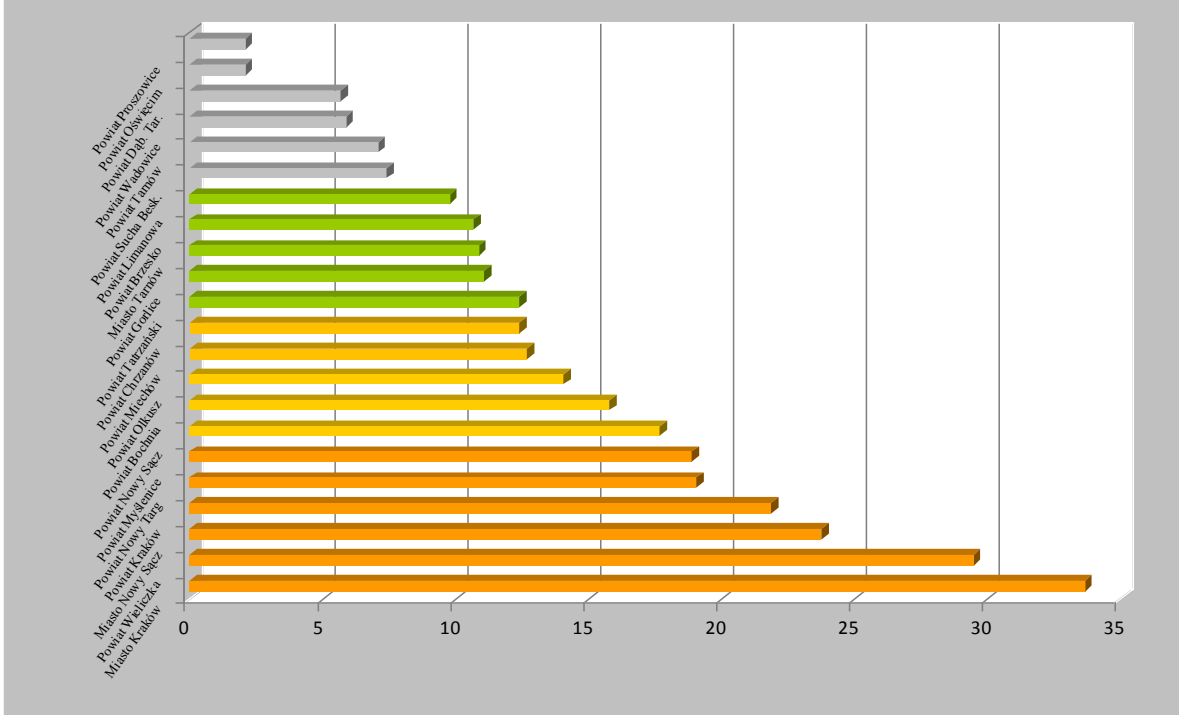
Uzasadnienie dla masowych szczepień ma w większości przypadków charakter społeczny. Szczepienia te są charakterystycznym przykładem solidarności społecznej. Celem szczepień jest zachowanie wysokiego poziomu zaszczepienia warunkującego nie tylko ochronę indywidualną osób szczepionych, ale również osiągnięcie odporności zbiorowiskowej.

Odporności zbiorowiskowa zwana także grupową to odporność społeczną na daną chorobę zakaźną. Wraz ze wzrostem liczby uodpornionych osób w populacji na określoną chorobę, zmniejsza się ryzyko zachorowania na nią nieuodpornionej osoby. Pojęcie to ma zastosowanie do chorób szerzących się drogą zakażenia jednych osobników przez drugich, czyli do chorób zaraźliwych. W epidemiologii chorób zakaźnych, których czynnik etiologiczny jest szeroko rozpowszechniony w środowisku i które nie przenoszą się z człowieka na człowieka, pojęcie odporności zbiorowiskowej nie ma zastosowania. Szczepienia masowe realizowane w odniesieniu do chorób, gdzie człowiek jest jedynym rezerwuarem zarazka, pozwalają nie tylko na poprawę sytuacji epidemiologicznej ale również na eliminację lub nawet eradykację tych chorób.

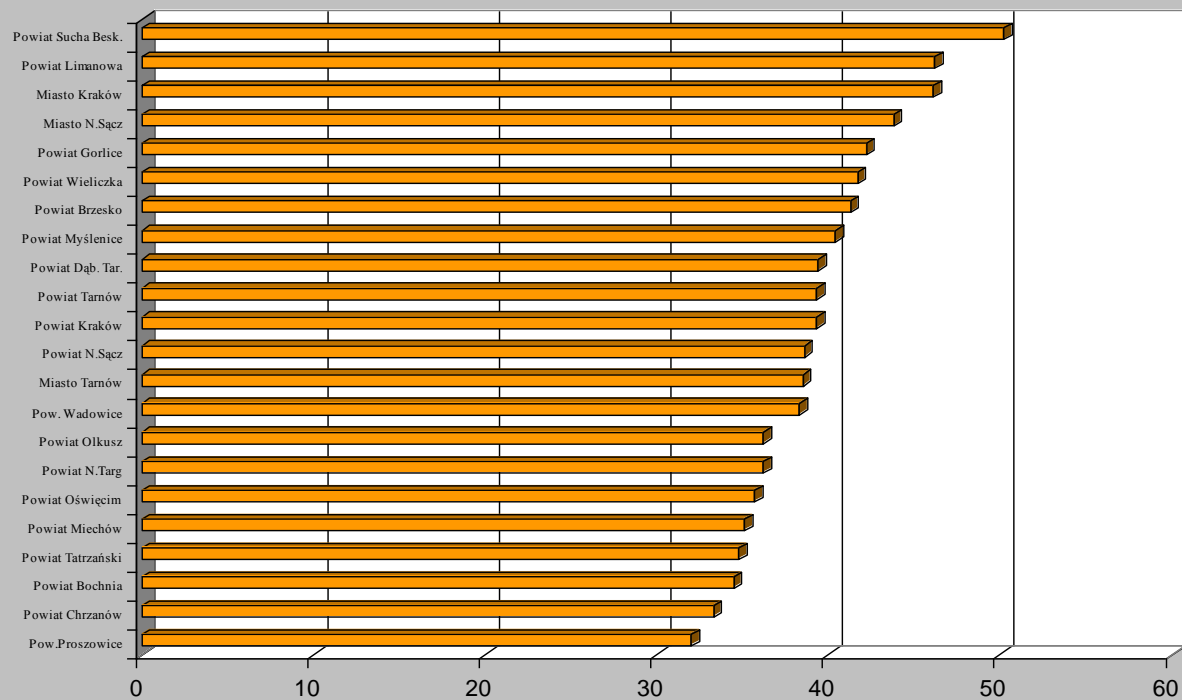
Odsetek dzieci w 6 r. ż. niezaszczepionych p/ko gruźlicy w poszczególnych powiatach województwa małopolskim w 2009 roku



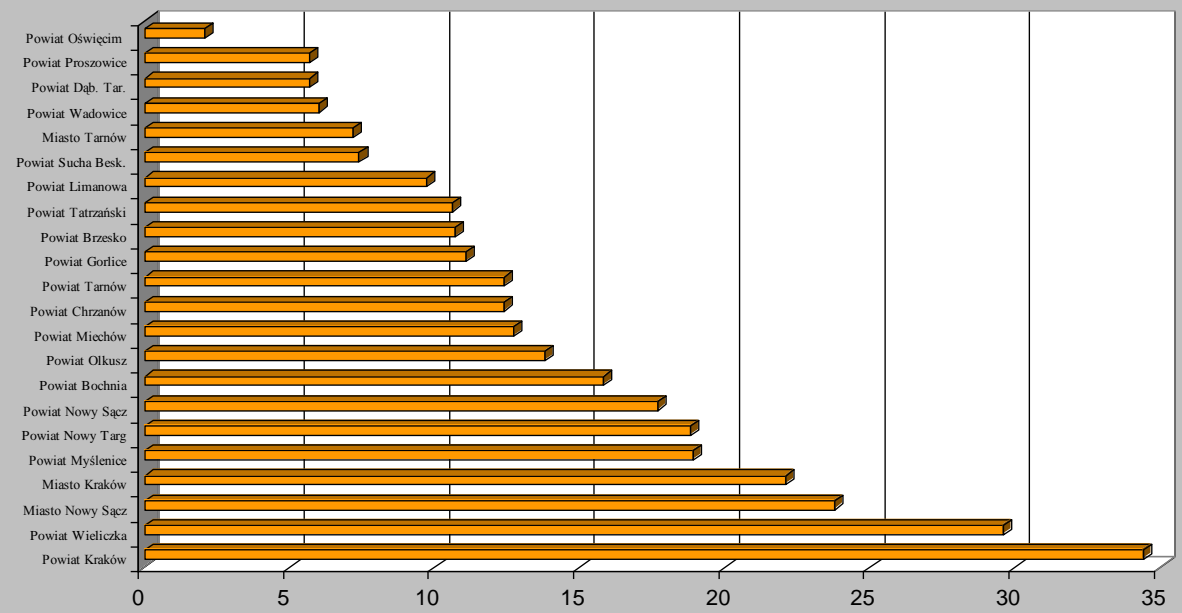
Odsetek dzieci w 6 r.ż. niezaszczepionych p/ko krztuścowi w poszczególnych powiatach województwa małopolskiego w 2009 roku



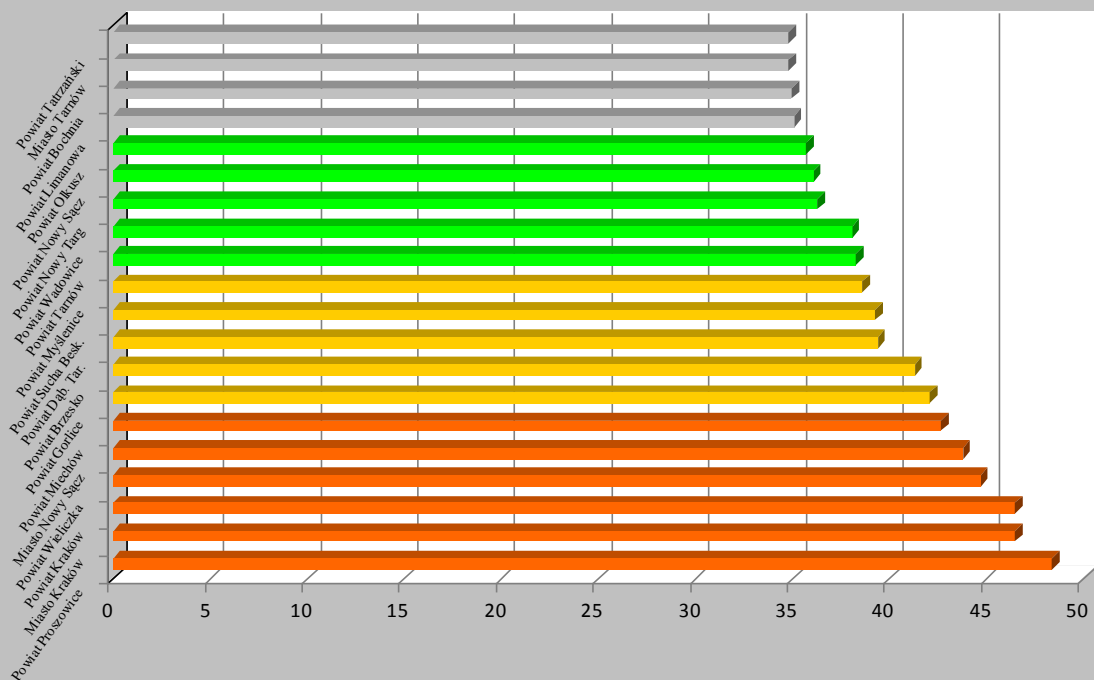
Odsetek dzieci w 1 r.ż. niezaszczepionych p/ko poliomyelitis w poszczególnych powiatach województwa małopolskiego w 2009 roku



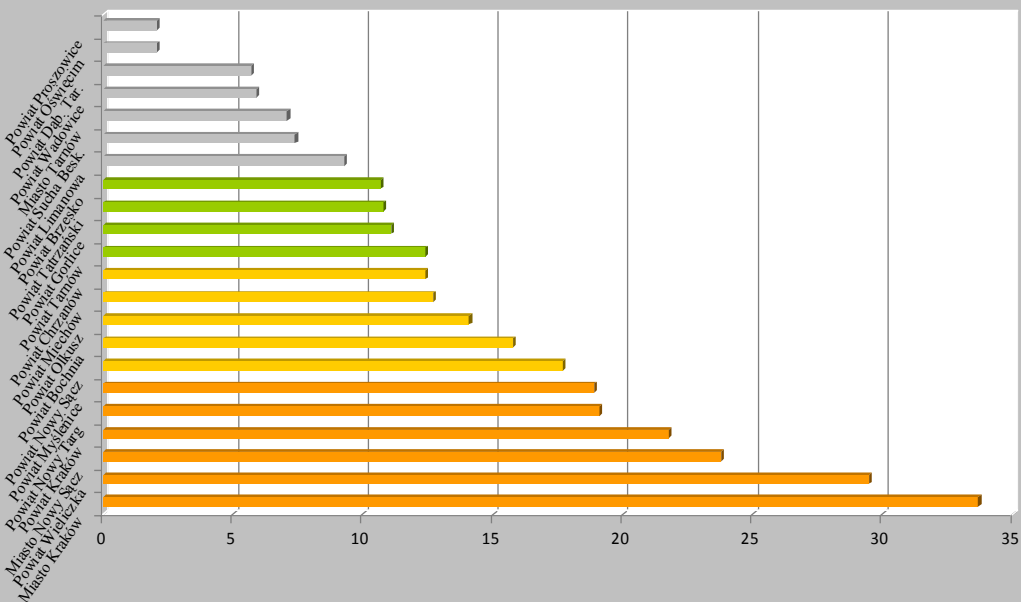
Odsetek dzieci w 6 r.ż. niezaszczepionych p/ko poliomyelitis (czwartą dawką) w poszczególnych powiatach województwa małopolskiego w 2009 roku



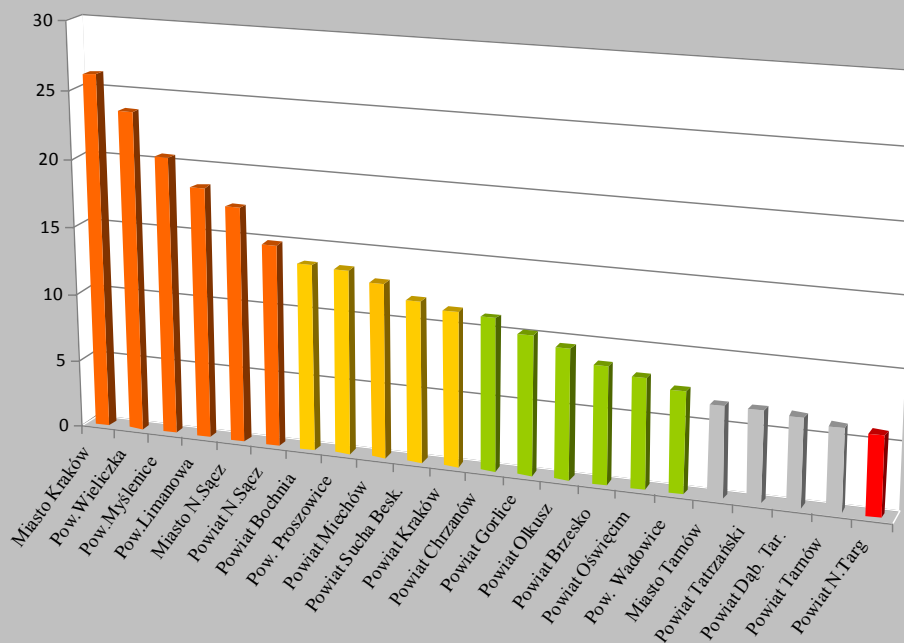
Odsetek dzieci w 1 r.ż. niezaszczepionych p/ko błonicy, tężcowi i krztuścowi w poszczególnych powiatach województwa małopolskiego w 2009 roku



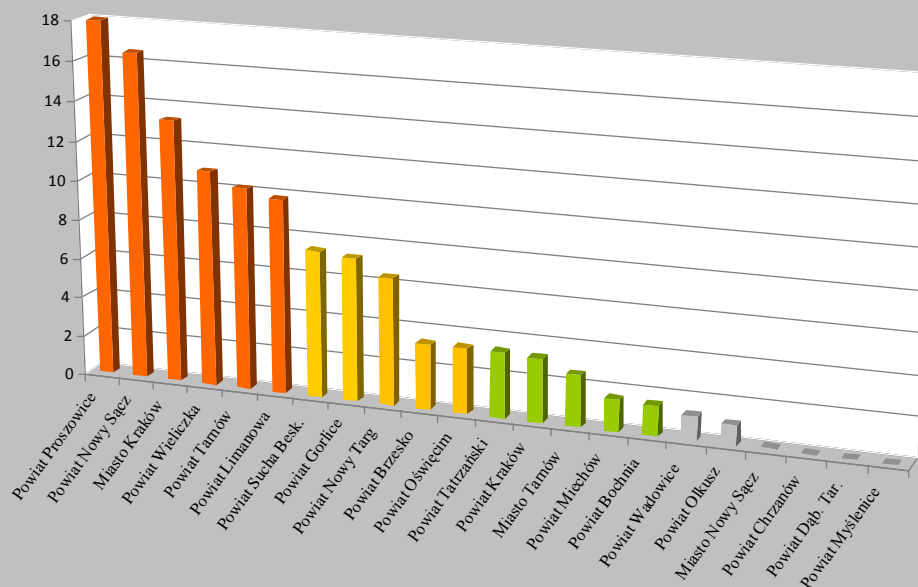
Odsetek dzieci w 6 r.ż. niezaszczepionych p/ko błonicy i tężcowi (piątą dawką) w poszczególnych powiatach województwa małopolskiego w 2009 roku



Odsetek dzieci w 2 r.ż. niezaszczepionych p/ko odrze, śwince i różyczce w poszczególnych powiatach województwa małopolskiego w 2009 roku



Odsetek dzieci w 10 r.ż. niezaszczepionych p/ko odrze, śwince i różyczce w poszczególnych powiatach województwa małopolskiego w 2009 roku



Osiągnięcie znaczącej poprawy sytuacji epidemiologicznej z ograniczeniem ryzyka zakażenia wymaga właściwego podejścia do szczepień. Nieuzasadnione zwolnienia ze szczepień z powodów nie będących przeciwwskazaniami do ich zastosowania stanowi wyłom w solidarności społecznej. Osoba taka korzysta z ochrony, jaką daje odporność zbiorowiskowa, ale nie uczestniczy w jej tworzeniu. Jeżeli tego rodzaju wyłomów w programie szczepień jest wiele, odporność zbiorowiskowa może zostać zakłócona i może

nastąpić nawrót epidemii ze wszystkimi tego konsekwencjami, szczególnie dla osób nie szczepionych. Dlatego tego rodzaju szczepienia są obejmowane szczególnym nadzorem ponieważ ich realizacja ma strategiczne znaczenie dla całego społeczeństwa.

Szczepienia obowiązkowe realizowane w grupach wysokiego ryzyka zakażenia mają istotne znaczenie dla osób szczepionych, chroniąc je przed poważnymi chorobami lub ich powikłaniami. Nie mają większego wpływu na sytuację epidemiologiczną i ryzyko zakażenia dla pozostałych osób.

SZCZEPIENIA ZALECANE

Szczepienia to najlepszy sposób na profilaktykę przeciwko chorobom zakaźnym. Szczepienia zalecane stanowią pewne zwiększenie możliwości profilaktyki tych chorób. Zalecane są głównie dla określonych grup ryzyka, chociaż ich indywidualny charakter jest często bardziej warunkowany ekonomicznie. W tym przypadku koszt preparatu szczepionkowego pokrywa osoba szczepiona. Jest to sposób wprowadzania nowych szczepionek, które dopiero po pewnym czasie stosowania jako zalecane, przy uzasadnieniu epidemiologicznym wprowadzane są jako szczepienia obowiązkowe. Szczepienia zalecane nie mają większego wpływu na sytuację epidemiologiczną, natomiast stanowią dobrą ochronę indywidualną przed zachorowaniem lub jego powikłaniami dla osób szczepionych.

SZCZEPIENIA INTERWENCYJNE

Szczepienie interwencyjne to szczepienie zastosowane jako środek do zwalczania chorób w sytuacji pojawienia się jednego lub więcej ognisk. Mają one swoje uzasadnienie najczęściej w sytuacji zagrożenia epidemicznego na danym terenie w sytuacji gdzie dany czynnik zakaźny nie stanowił większego problemu. Często związane jest to ze zawleczeniem zachorowań lub zaistnieniem nowej sytuacji, sprzyjającej szerzeniu się zakażeń na danym terenie np. kataklizmów takich jak powodzie czy trzęsienia ziemi. Ich celem jest zapobieganie epidemii chorób w zagrożonej populacji. Szczepienia interwencyjne bez jakichkolwiek sytuacji nadzwyczajnych mają zastosowanie w przypadku realizacji programów eliminacji chorób zakaźnych.

SZCZEPIENIA PRZECIW CHOROBYM TROPIKALNYM

Szczepieniem przeciw chorobom tropikalnym o znaczeniu praktycznym jest szczepienie przeciw żółtej gorączce. Jest ono zalecane przy wyjeździe do państw endemicznego występowania zachorowań. Ma to na celu indywidualną ochronę osoby podróżującej. Nie ma to natomiast znaczenia dla populacji osób pozostających w Polsce ponieważ u nas nie ma warunków do przenoszenia się tej choroby (brak wektora zakażenia). Szczepienia te mają również znaczenie dla państw, w których istnieje ryzyko transmisji ponieważ osoba zaszczepiona nie będzie źródłem zakażenia. Jest to uzasadnieniem do obowiązkowych szczepień, które ma miejsce w odniesieniu do kilkunastu państw. Warunkiem wjazdu jest posiadanie ważnego świadectwa szczepienia przeciw żółtej gorączce. Istnieje jeszcze trzecie uzasadnienie, które obejmuje największą liczbę państw, w których nie ma zachorowań ale istnieją potencjalne warunki do szerzenia się choroby w populacji. Państwa te wymagają świadectwa szczepienia od osób przybywających na ich terytorium ze strefy endemicznej zachorowań, tak aby zabezpieczyć się przed zawleczeniem wirusa na swoje terytorium. Brak

takiego świadectwa skutkuje obowiązkiem kwarantanny przed wjazdem na terytorium danego państwa.

MIĘDZYNARODOWY PUNKT SZCZEPIEŃ

We wrześniu 2008r. w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Krakowie otwarto Międzynarodowy Punkt Szczepień przy ul. Prądnickiej 76 (pokój 15). Szczepienia potwierdzone są wydanym zaświadczeniem lub wpisem do Międzynarodowej Książeczki



Szczepień.

W ramach działalności Międzynarodowego Punktu Szczepień prowadzone jest bezpłatne poradnictwo w zakresie szczepień oraz zagrożeń zdrowotnych dla osób wyjeżdżających zagranicę. Punkt służy w celu zasięgnięcia informacji na temat występowania chorób w odwiedzanych krajach i możliwości zapobiegania im. Ryzyko zachorowania zależy od częstości występowania choroby na danym terenie oraz od kilku innych czynników, takich jak wiek, płeć, ogólny stan zdrowia, odporność oraz

charakter wyjazdu (różne ryzyko dla wyjazdów do pracy, pobytu w luksusowych hotelach, trekkingu). Na podstawie indywidualnej oceny ryzyka, lekarz może zdecydować o potrzebie szczepień oraz udzielić porad jak ustrzec się przed zachorowaniem. Zakres szczepień w każdym przypadku dostosowywany jest indywidualnie i w zależności od historii wcześniejszych szczepień, odwiedzanych krajów, charakteru podróży oraz czasu jaki pozostał przed wyjazdem.

Po zaszczepieniu organizm potrzebuje pewnego czasu na wytworzenie ochronnego poziomu przeciwciał. Okres ten jest różny w zależności od typu szczepionki, koniecznej ilości dawek oraz uprzedniej historii szczepień. Z tego względu zaleca się wizytę u lekarza co najmniej 6 tygodni przed planowanym wyjazdem. Dużą część szczepień można jednak wykonać nawet jeśli do wyjazdu pozostało już niewiele czasu.

Odpłatne szczepienia dla dorosłych:

- przeciwko żółtej gorączce
- przeciwko WZW typu A oraz B
- przeciwko grypie
- przeciwko durowi brzuszemu
- przeciwko błonicy, tężcowi
- przeciwko poliomyelitis
- przeciwko ospie wietrznej
- przeciwko odrze, śwince i różyczce
- przeciwko zakażeniom meningokokowym
- przeciwko zakażeniom pneumokokowym
- przeciwko odkleszczowemu zapaleniu mózgu
- przeciwko zakażeniom wirusami HPV
- przeciwko wścieklicznie

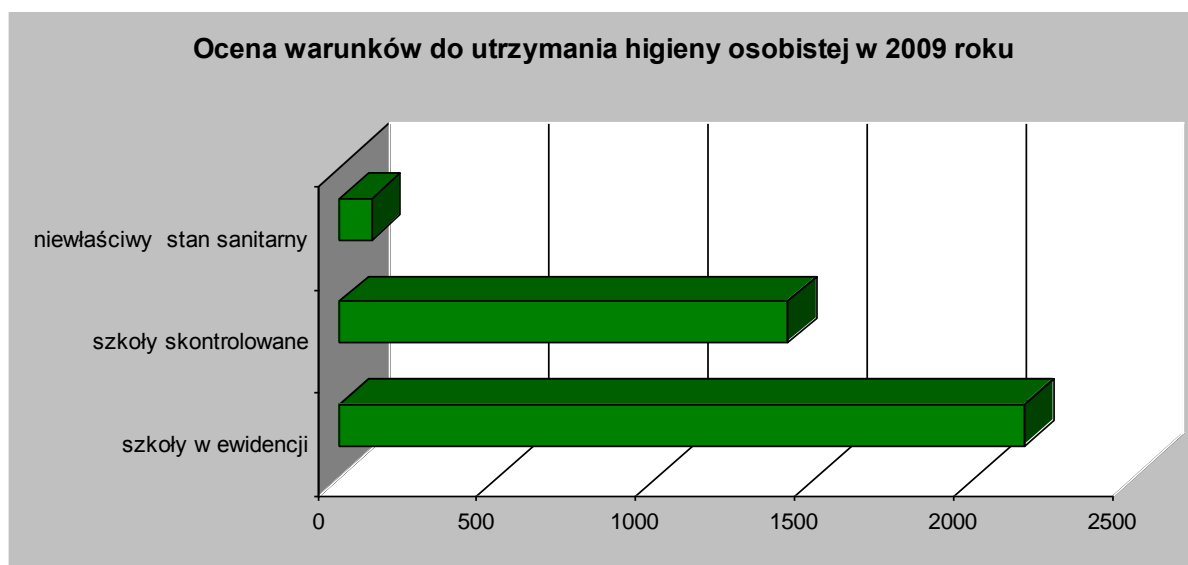
Punkt czynny jest w poniedziałki w godzinach od 12:00 do 18:00 oraz od wtorku do piątku w godzinach od 12:00 do 15:00.

Informacje o szczepieniach i porady w zakresie szczepień udzielane są telefonicznie w poniedziałki w godzinach od 8:00 do 18:00, a od wtorku do piątku w godzinach od 8:00 do 15:00.

IV_B. NADZÓR PROFILAKTYCZNY

Profilaktyka grypy w województwie małopolskim

W związku z zagrożeniem wirusem A/H1N1 i potrzebą wzmożonej profilaktyki, przeprowadzono kontrole sanitarne oceniając warunki do utrzymania higieny osobistej uczniów szkół wszystkich typów, w tym zaopatrzenie w ciepłą bieżącą wodę i środki do utrzymania higieny osobistej. Skontrolowano 1409 szkół z 2156 będących w ewidencji. Stwierdzono, iż w 1308 placówkach zapewniono właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej. W 101 odnotowano uchybienia w tym zakresie, tj.: 29 obiektów bez bieżącej ciepłej wody, w 43 obiektach stwierdzono brak mydła w dozownikach, brak suszarki lub ręczników jednorazowych w 55 placówkach. Kontrole stwierdziły w 14 szkołach brak dostępu do papieru toaletowego przy lub w kabinach WC. W szkołach, w których stwierdzono zaniedbania w zakresie warunków do utrzymania higieny osobistej, wydano decyzje administracyjne lub zalecenia pokontrolne.



Zdecydowanej poprawie uległa gospodarka substancjami i preparatami chemicznymi w szkolnych pracowniach chemicznych. Przeteterminowane substancje i preparaty chemiczne sukcesywnie przekazywane są do utylizacji.

Prowadzone akcje, *piaskownice są dla dzieci* oraz *warunki do utrzymania higieny osobistej w szkołach*, przyczyniły się do zwrócenia szczególnej uwagi dyrektorów placówek, jak również władz samorządowych na znaczenie higieny i profilaktyki chorób zakaźnych.

UZGODNIENIA ŚRODOWISKOWE - SEPSA

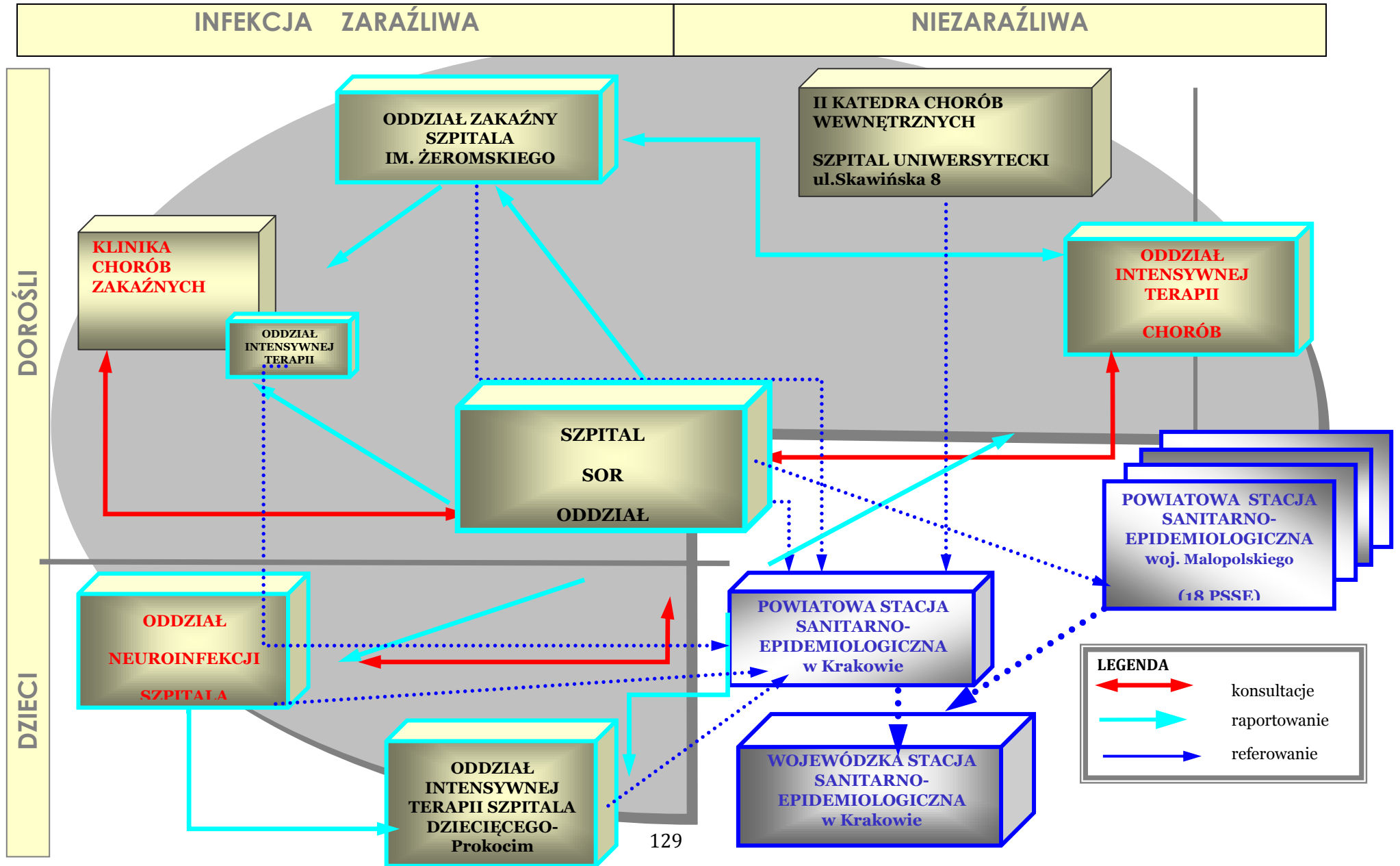
Z inicjatywy Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego zostało zorganizowane szkolenie dla lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych i zakaźnych, na którym wypracowano zasady postępowania i kierowania pacjentów z podejrzeniem sepsy do wytypowanych oddziałów szpitalnych.

Jednostki konsultujące i referencyjne w przypadku sepsy w woj. małopolskim

	sepsa zakaźna	sepsa niezakaźna
dzieci	Oddział Neuroinfekcji Neurologii Dziecięcej Szpital im. Jana Pawła II, Kraków, 1 Prądnicka 80 ordynator: dr Ryszard Konior tel.:614-20-00	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy Kraków, ul. Wielicka 265 Ordynator: doc. dr hab. Krzysztof Kobylarz tel.: 12 658 20 11
dorośli	1/ Szpital Uniwersytecki Klinika Chorób Zakaźnych Kraków, ul. Kopernika 36 Ordynator: dr hab. med. Aleksander Garlicki tel.: 12 424 73 40 2/ Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego Kraków, oś. Na Skarpie 66 Ordynator: dr med. Barbara Postawa-Kłosińska tel.: 12 644 01 44	Oddział Intensywnej Terapii II Katedry Chorób Wewnętrznych Kraków, ul. Skawińska 8 dr Wiesław Królikowski tel.: 430 52 66

Pacjent ze szpitalnego oddziału ratunkowego, u którego podejrzewana jest sepsa zostaje skierowany do jednego z wyżej wymienionych oddziałów w zależności od rozpoznania.

Sieć współpracy dla zwalczania sepsy w Małopolsce.



IV_C. OŚWIATA ZDROWOTNA

Działalność pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia jest realizacją zadań określonych w art. 6 ustawy o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej* oraz działań, które wynikają z zaleceń *Światowej Organizacji Zdrowia, Komisji Europejskiej, Ministerstwa Zdrowia*, a także sytuacji epidemiologicznej i bieżących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Oddział Oświaty Zdrowotnej podejmuje zadania, których podstawowym celem jest ochrona zdrowia ludzkiego w formie realizacji programów edukacyjnych adresowanych do dzieci i młodzieży oraz działań informacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa.

W roku 2009 realizowano:

1) Programy edukacyjne

- *na poziomie krajowym:*

- Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2008-2011 w ramach którego realizowany jest program edukacji przedszkolnej „Czyste powietrze wokół nas”,
- „Trzymaj Formę!”,
- Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007-2011.

- *na poziomie wojewódzkim:*

- „Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie”,
- „Radosny Uśmiech – Radosna Przyszłość”,
- „Wybierz Życie – Pierwszy Krok”.

2) Działania w ramach profilaktyki chorób zakaźnych i niezakaźnych.

„CZyste Powietrze Wokół Nas”

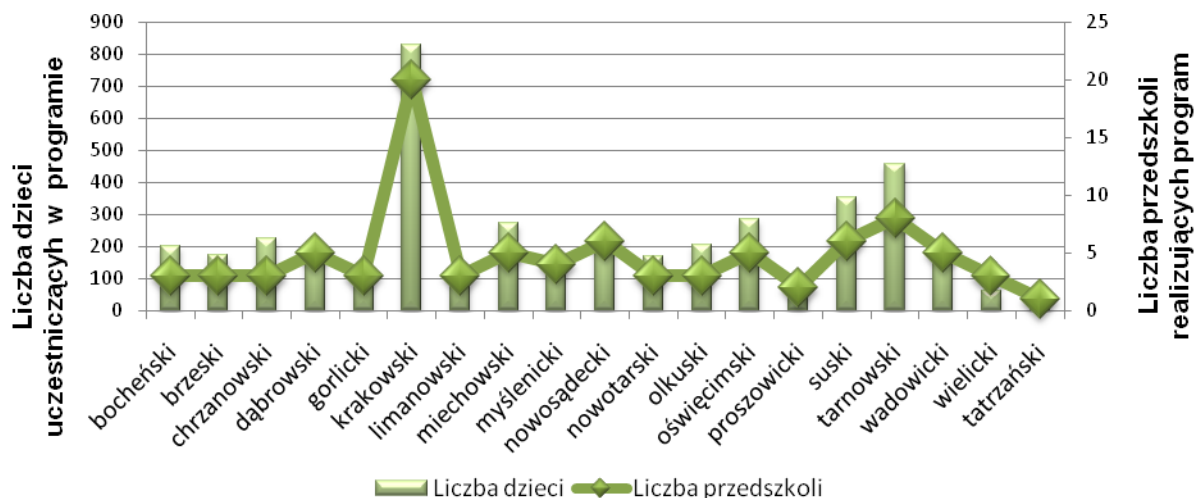
Skala biernego narażenia na dym tytoniowy wśród polskich dzieci jest ogromna. Według danych ok. 48% dorosłych Polaków przyznało, że pali i paliło w obecności dzieci, a 27% czyni to także w obecności kobiet w ciąży. Szacunkowo, co roku ok. 4 mln polskich dzieci narażonych jest na mimowolne wdychanie dymu tytoniowego, czyli na palenie bierne.¹⁰

W 2009 roku realizowano I edycję krajowego programu edukacyjnego „Czyste powietrze wokół nas” skierowanego do dzieci przedszkolnych - 5 i 6 letnich, ich rodziców i opiekunów. Celem programu jest ochrona dzieci przed szkodliwym wpływem dymu tytoniowego poprzez zwiększenie wiedzy na temat skutków palenia papierosów oraz zwiększenia wrażliwości dzieci na miejsca, w którym mogą być narażone na dym. Oddziaływaniami programowymi objęto 10% przedszkoli (w stosunku do wszystkich placówek przedszkolnych na terenie województwa), tj. 4 415 dzieci z 96 placówek oświatowo-wychowawczych.



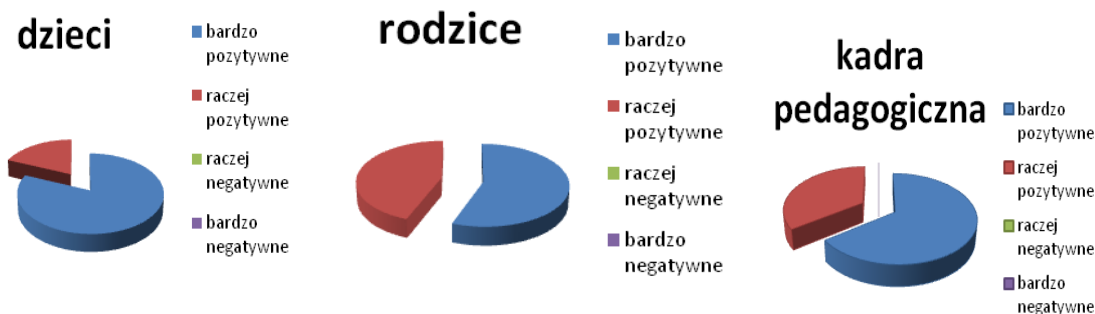
¹⁰ Raport stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce, WHO, Warszawa 2009, s. 30.

Liczba dzieci i liczba przedszkoli realizujących program „Czyste powietrze wokół nas”.



Program został bardzo pozytywnie odebrany zarówno przez dzieci i ich rodziców/opiekunów jak i przez osoby realizujące powyższe zagadnienia w przedszkolach.

Opinie realizatorów oraz odbiorców (dzieci, rodzice/opiekunowie) o programie „Czyste powietrze wokół nas”.



TRZYMAJ FORMĘ!

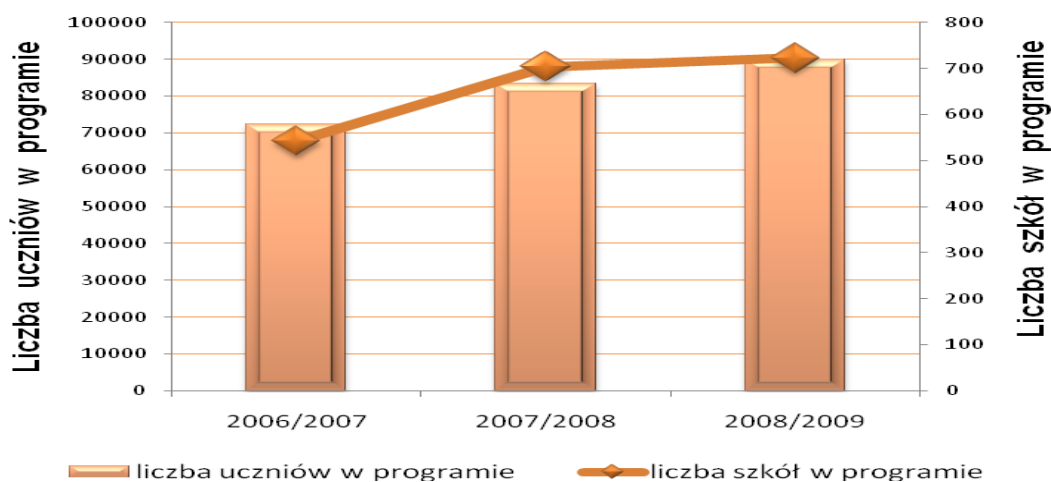
Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!” został opracowany z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego, jako realizacja zadań strategii Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia oraz Narodowej Strategii opracowanej przez Instytut Żywności i Żywienia.

Celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Grupą docelową programu są uczniowie wszystkich klas gimnazjów oraz V i VI klasy szkoły podstawowej i ich rodzice.

Realizacja programu oparta jest na metodzie projektu, dzięki której uczniowie wspólnie z nauczycielami, rodzicami i środowiskiem lokalnym opracowują najlepsze i najciekawsze metody propagowania zasad zdrowego stylu życia zarówno w szkole jak i w rodzinie.

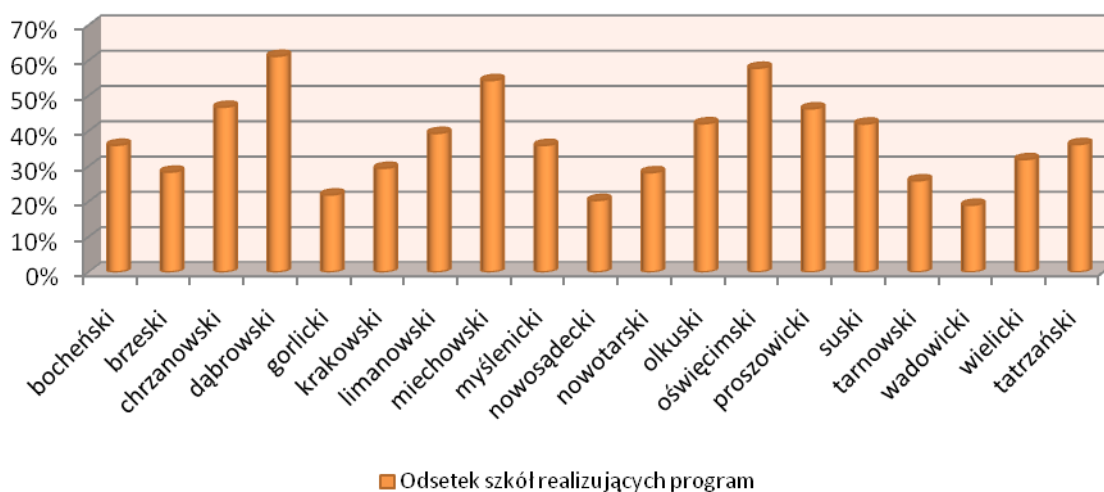
Program realizowany jest od roku szkolnego 2006/2007. Corocznie liczba szkół uczestniczących w programie zwiększa się, a młodzi ludzie chętnie angażują się w jego realizację.

Liczba uczniów i szkół województwa małopolskiego realizujących program „Trzymaj Formę!” w trzech edycjach.



Program przyczynił się do zwiększenia wiedzy w zakresie racjonalnego odżywiania się oraz wpływu aktywności fizycznej na zdrowie. Według oceny nauczycieli wpłynął również na wzrost zainteresowania rodziców problematyką higieny odżywiania oraz potrzeby aktywności fizycznej dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Placówki oświatowo-wychowawcze zyskały nowe doświadczenie oraz ciekawe i przydatne w edukacji materiały dydaktyczne. Sukcesem trzech edycji „**Trzymaj Formę!**” jest deklarowana przez większość szkół kontynuacja realizacji programu.

W. Odsetek szkół realizujących program „Trzymaj Formę!” w powiatach województwa małopolskiego.



Tematykę programu realizowano stosując różne formy pracy np.:

- międzyszkolne i szkolne olimpiady i konkursy wiedzy, informatyczne, na najlepszą prezentację multimedialną,
- konkursy plastyczne (np. na logo programu, na plakat),
- konkursy praktyczne (np. wykonanie piramid zdrowia, sporządzenie zdrowych sałatek, kanapek, deserów, napojów, itp.),
- happeningi, rajdy, turnieje sportowe itd.

Przykłady realizacji programu „Trzymaj Formę!” w województwie małopolskim:

Konkursy zręcznościowe



Degustacja szaszłyków owocowych, ciast



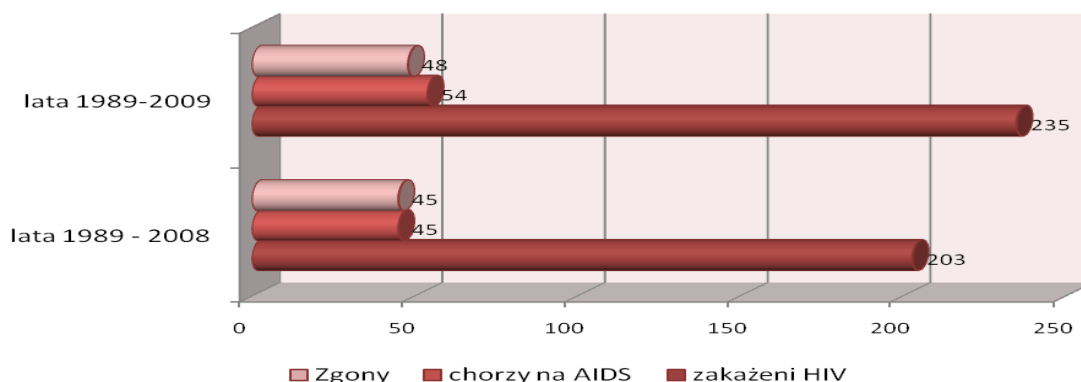
Zespół Szkół Stara Wieś II pow. limanowski – Happening „Warzywa i owoce są na 5” (zdjęcia 3 i 4)

KRAJOWY PROGRAM ZWALCZANIA AIDS I ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV NA LATA 2007 - 2011

Działania prewencyjne w zakresie HIV/AIDS rozpoczęto w latach dziewięćdziesiątych. Podstawą realizacji są wytyczne zawarte w Krajowych Programach Zapobiegania HIV/AIDS, które opracowuje Krajowe Centrum ds. AIDS. Obecnie Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia realizuje program na lata 2007-2011. Podobnie jak poprzednio za cel główny stawia sobie ograniczenie liczby nowych przypadków zakażeń wirusem HIV m.in. poprzez wzrost wiedzy społeczeństwa, zmianę postaw i zachowań zdrowotnych zwłaszcza ludzi młodych oraz poprawę jakości życia ludzi dotkniętych problemem HIV/AIDS.

Na przełomie 2008/2009 przeprowadzono kampanię edukacyjną pod hasłem „Wróć bez HIV”. W roku 2009 roku odnotowano: 32 przypadków zakażeń wirusem HIV, 9 przypadków chorych na AIDS oraz 3 zgony na AIDS.





HIV/AIDS w województwie małopolskim w latach 1989-2009

Wybór odbiorców w/w grupy wiekowej był spowodowany zwiększeniem migracji ludności (grupa wiekowa w wieku 18 – 39 lat, podróżujących po Polsce lub wyjeżdżających poza jej granice, nie posiadające stałego partnera seksualnego) a w związku



z tym częstymi zmianami partnerów seksualnych.

Główne przekazy kampanii „Wróć bez HIV” to:

- HIV/AIDS może dotyczyć każdego z nas,
- unikaj ryzykownych zachowań i kontaktów seksualnych zwłaszcza z osobami przygodnie poznanymi, wykorzystaj wiedzę o HIV/AIDS w praktyce,
- zadbaj o bezpieczeństwo własne i swojego partnera,
- rozmawiaj o przeszłości seksualnej partnera, negocjuj techniki bezpieczniejszego seksu,
- zrób test na HIV, dowiedz się jaki jest status serologiczny Twój i Twojego partnera.

O skuteczności działań kampanijnych świadczy m.in. fakt wciąż wzrastającej liczby osób zgłaszających się na badania testowe do Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego w Krakowie.

Liczba osób zgłaszających się na badania testowe w kierunku HIV/AIDS w latach 2007-2009.

Rok	Liczba osób zgłaszających się na badania testowe w kierunku HIV/AIDS
2009	862
2008	850
2007	720

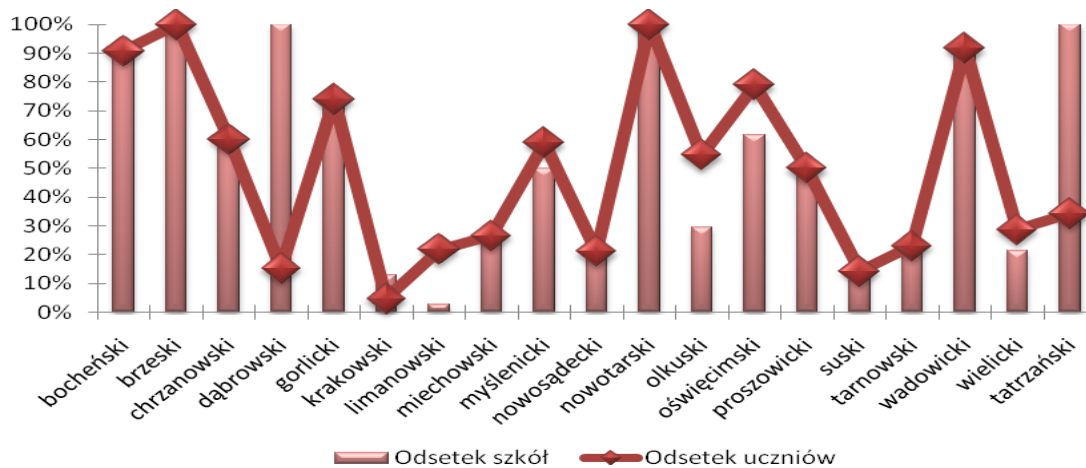
Kampania adresowana była do ogółem 436 004 osób w tym:

- 413 501 osób, to: pracownicy biur podróży i ich petenci, osoby podróżujące będące pasażerami PKS, PKP, LOT, biura pośrednictwa pracy, prywatni przewoźnicy,
- 3 000 studentów,
- 19 503 młodzieży szkół ponadgimnazjalnych.

Rozdano 23 432 szt. materiałów edukacyjnych. Na przeprowadzenie akcji w woj. małopolskim przeznaczono kwotę 6 998,04zł z tego PIS wydał 2 747,71zł. Największy procent zachorowań i zgonów na AIDS w województwie małopolskim odnotowano się

w grupie osób przyjmujących środki psychoaktywne oraz w grupie mężczyzn o orientacji homoseksualnej.

Odsetek szkół ponadgimnazjalnych realizujących działania skierowane w kierunku profilaktyki HIV/AIDS w powiatach województwa małopolskiego.

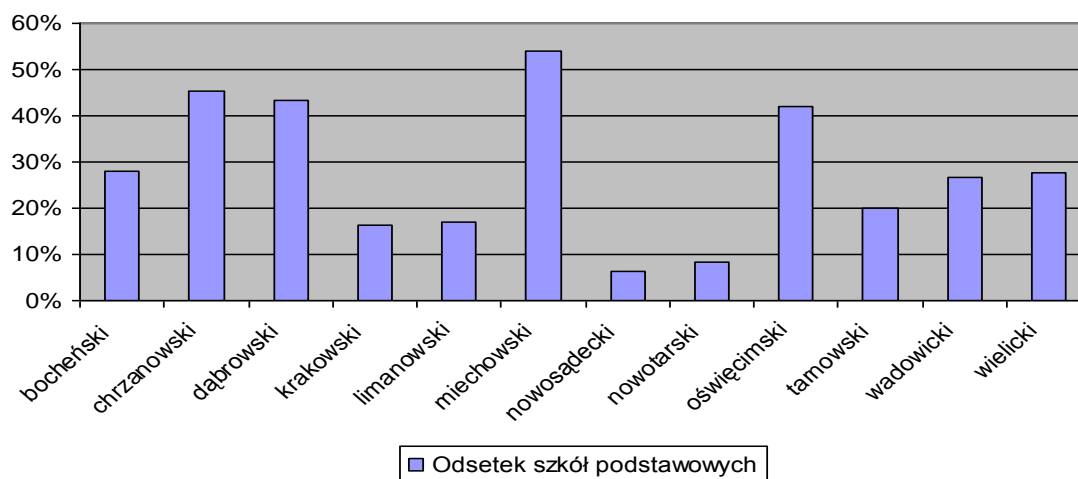


WOLNOŚĆ ODDECHU – ZAPOBIGAJ ASTMIE

Astma jest chorobą cywilizacyjną, według Światowej Organizacji Zdrowia cierpi na nią około 100-150 mln osób, czyli ok. 6% dorosłej populacji. W Europie problem astmy dotyka 10% dzieci, natomiast w Polsce – 8,6% (co stanowi około 1 mln dzieci). W 2009 roku Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji zdrowia realizował na poziomie wojewódzkim Program „Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie”. Podstawowym celem programu jest uświadomienie rodzicom i opiekunom dzieci znaczenia wczesnej profilaktyki astmy oraz stworzenie dzieciom zagrożonym chorobą możliwości optymalnej jakości życia. Astma jest jedną z głównych przyczyn nieobecności dzieci w szkole, wpływa negatywnie na sprawność fizyczną dziecka, a także jakość życia całej rodziny chorego. Należy jednak podkreślić, że wczesne rozpoznanie i prawidłowo prowadzona terapia astmy pozwala na uniknięcie powyższych problemów, dlatego też ważne jest podjęcie działań edukacyjnych skierowanych do rodziców i opiekunów dzieci.



Adresatem programu byli uczniowie klas I-III szkół podstawowych, ich rodzice i wychowawcy. Program realizowany był w 12 powiatach województwa małopolskiego. Odsetek szkół realizujących program „Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie” w 12 powiatach województwa małopolskiego.



W roku szkolnym 2008/2009 do realizacji programu przystąpiło 243 szkoły co stanowiło ok. 25% wszystkich szkół w 12 powiatach województwa. Edukacją objęto 15 780 uczniów (ok. 15%) i 15 100 rodziców/opiekunów.

W czerwcu 2009 zakończono realizację programu.

RADOSNY UŚMIECH – RADOSNA PRZYSZŁOŚĆ

Próchnica jest chorobą zakaźną o szerokim zasięgu występowania, dlatego zaliczana jest do chorób społecznych. Szczególnie intensywnie rozwija się u dzieci i młodzieży. Dane epidemiologiczne próchnicy jednoznacznie pokazują, że stan uzębienia dzieci w Polsce jest bardzo zły. W 2009 roku kontynuowano działania edukacyjne w ramach profilaktyki próchnicy zębów skierowane do uczniów klas II szkoły podstawowej, ich rodziców i opiekunów. Głównym celem programu „**Radosny Uśmiech – Radosna Przyszłość**” było promowanie i upowszechnianie wśród dzieci szkół podstawowych zasad higieny jamy ustnej, ze szczególnym uwzględnieniem dbałości o zęby oraz zachęcanie rodziców/opiekunów do współdziałania z dziećmi na rzecz profilaktyki próchnicy zębów. Działania edukacyjne dążyły do wykształcenia nawyku prawidłowego szczotkowania zębów, a także dostarczenia wiedzy na temat czynników wpływających na zdrowie jamy ustnej. Do realizacji programu w roku szkolnym 2008/2009 przystąpiły 782 szkoły (12 940 uczniów) co stanowiło 62% wszystkich szkół podstawowych w województwie małopolskim.



Odsetek szkół podstawowych realizujących program „Radosny Uśmiech – Radosna Przyszłość” w powiatach województwa małopolskiego.



Program prowadzony był z dużym zaangażowaniem realizatorów szkolnych, uczniowie chętnie uczestniczyli w zajęciach poświęconych profilaktyce próchnicy.

Efektom realizacji programu było podniesienie poziomu wiedzy uczniów i ich rodziców na temat higieny jamy ustnej oraz chęć kontynuowania podjętych działań.

W czerwcu 2009 roku zakończono realizację programu.

WYBIERZ ŻYCIE - PIERWSZY KROK

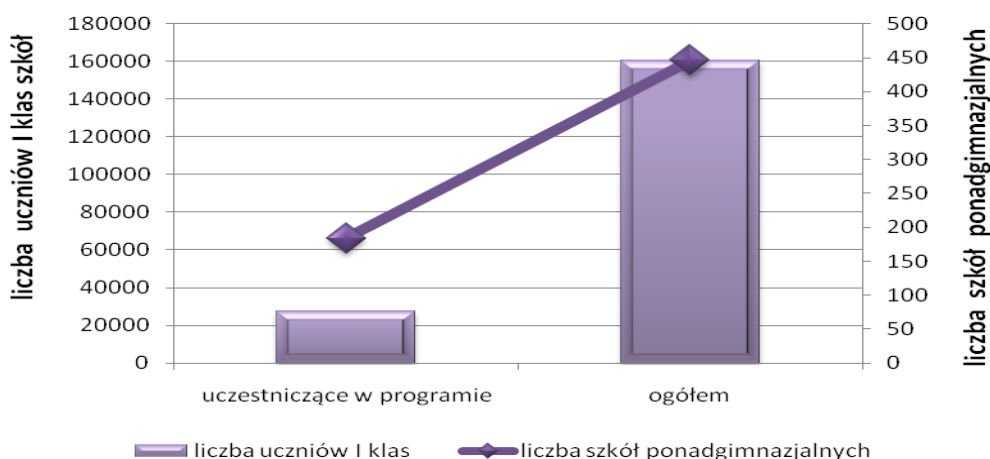
Rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości występowania u kobiet, po nowotworach piersi, złośliwym guzem powodującym co roku w Polsce około 4000 nowych zachorowań i 2000 zgonów. Główną przyczyną powstawania raka szyjki macicy jest powszechnie występujący wirus brodawczaka ludzkiego (HPV). W roku szkolnym 2009/2010 w szkołach ponadgimnazjalnych województwa małopolskiego rozpoczęto realizację programu edukacyjnego „Wybierz Życie – Pierwszy Krok”. Województwo małopolskie jest jednym z sześciu realizujących ten program w Polsce.



Podstawowym celem programu jest zmniejszenie występowania raka szyjki macicy i umieralności na tę chorobę. Program oparty jest na następujących założeniach:

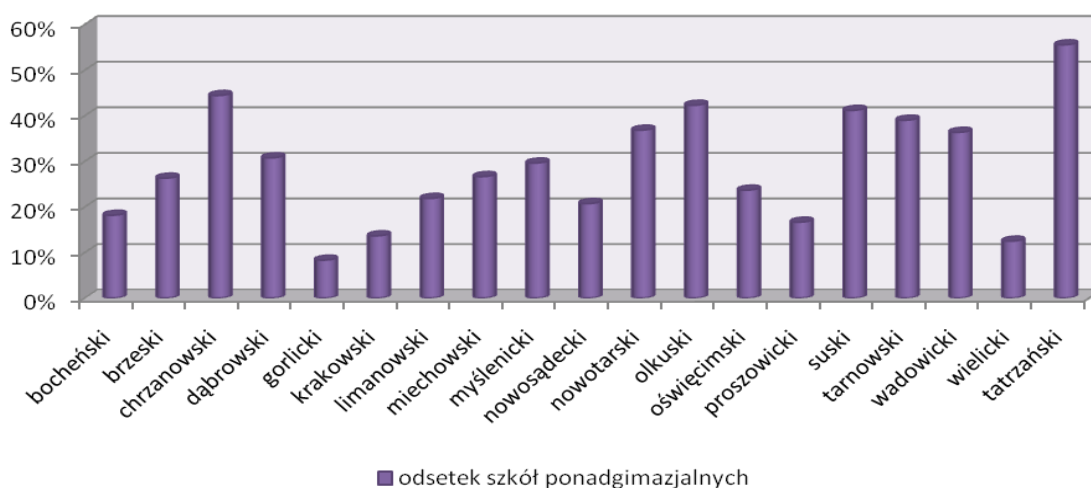
- stworzenie świadomości zagrożenia i zwiększenie poziomu wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy i roli wirusa HPV w jego powstawaniu,
- upowszechnienie pierwotnej (szczepienia profilaktyczne) i wtórnej (badania cytologiczne) profilaktyki raka szyjki macicy.

Liczba uczniów I klas szkół ponadgimnazjalnych uczestniczących w programie do liczby wszystkich szkół tego typu w województwie małopolskim



Działania edukacyjne skierowano do uczniów szkół ponadgimnazjalnych, ich rodziców i opiekunów, a także kadry pedagogicznej. Metodyka „Wybierz Życie – Pierwszy Krok” daje możliwość dostosowania treści do pracy metodą projektu, która zakłada zaplanowane i koordynowane przez nauczyciela, a wykonywane samodzielnie przez uczniów zadanie albo cykl zadań z określonej tematyki. Program może być realizowany w ramach międzyprzedmiotowej ścieżki edukacyjnej jak i również w trakcie lekcji przedmiotowych takich jak: biologia i wychowanie do życia w rodzinie oraz w czasie innych zajęć np. godziny wychowawczej.

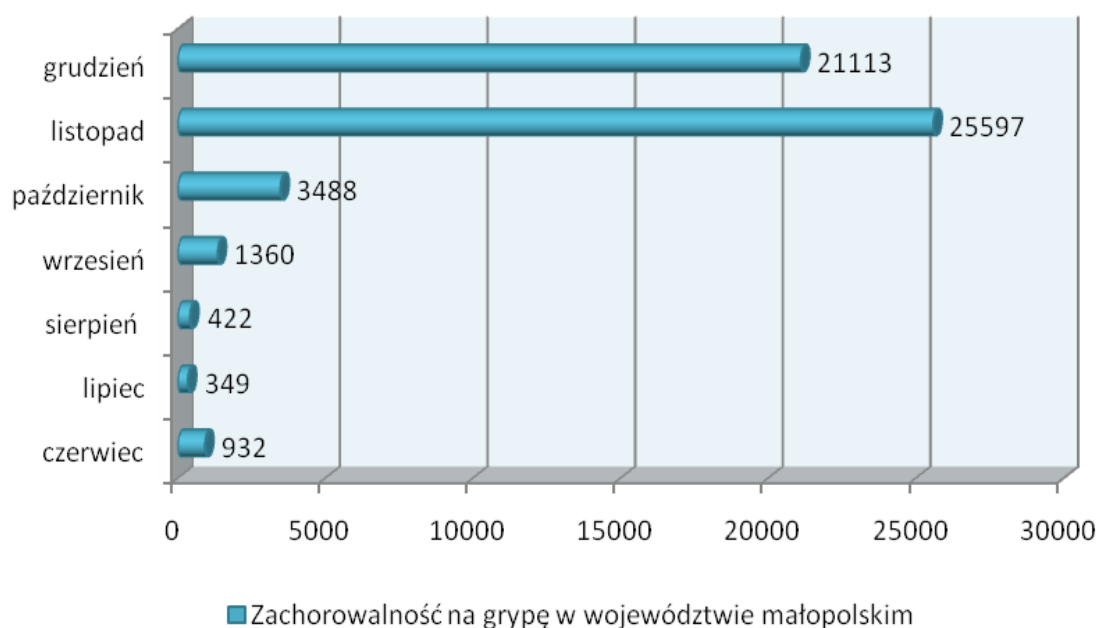
Odsetek szkół ponadgimnazjalnych uczestniczących w programie „Wybierz Życie – Pierwszy Krok” w powiatach województwa małopolskiego.



PROFILAKTYKA GRYPY, W TYM GRYPY WYWOŁANEJ WIRUSEM A/H1N1

Grypa sezonowa jest chorobą zakaźną o wysokiej zapadalności, najczęściej nasilającej się w okresie jesienno-zimowym. Według Światowej Organizacji Zdrowia rocznie zapada na tę chorobą około 100 milionów ludzi, z czego umiera od 500 tys. do 1 miliona. Zachorowalność na grypę w województwie małopolskim była najwyższa na przełomie listopada i grudnia.

Zachorowalność na grypę w województwie małopolskim (czerwiec - grudzień 2009).



Oddział Oświaty i Promocji Zdrowia w okresie od czerwca do grudnia 2009 podejmował działania informacyjno-edukacyjne dotyczące sposobów zapobiegania zakażeniom wywołanych wirusem grypy (w tym grypy A/H1N1). Opracowano materiały edukacyjne dotyczące profilaktyki grypy (ulotki i plakat), które przekazano za pośrednictwem powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych zainteresowanym odbiorcom.

5 SPOSOBÓW ZAHAMOWANIA GRYPY

<p>1</p>  <p>CZĘSTO MYJ RĘCE</p> <p>Wirusy grypy mogą żyć krótko na dłoniach. Dotykając różnych przedmiotów, podając dłoń może dojść do przenoszenia wirusa. Myj ręce mydłem i ciepłą wodą przez co najmniej 20 sekund.</p>	<p>2</p>  <p>ZAWSZE UŻYWAJ CHUSTECZEK HIGIENICZNYCH</p> <p>Noś przy sobie chusteczki higieniczne. Zastanaj usta oraz nos chusteczką kiedy kaszlesz lub kichasz, aby chronić innych przed zarażeniem się gripą.</p>	<p>3</p>  <p>ZUŻYTA CHUSTECZKĘ WRZUĆ DO KOSZA NA ŚMIECI</p> <p>Pozbaw się raz użytej chusteczki higienicznej w odpowiedni sposób. Upewnij się, że zużyta przez Ciebie chusteczka nie zagraża innym kontaktem ze znajdującym się na niej wirusem i znalazła się w koszu na śmieci.</p>
<p>4</p>  <p>JEŻELI NIE MASZ CHUSTECZKI, KICHAJĄC ZASLANIAJ USTA I NOS</p> <p>Jeśli nie masz chusteczki podczas kichania lub kaszlu zasłoń usta i nos rękawem w okolicy powyżej łokcia a nie dłońmi. Jeśli kichniesz we własne dłonie - natychmiast je umyj!</p>	<p>5</p>  <p>ZOSTAŃ W DOMU KIEDY JESTEŚ CHORY</p> <p>Najbardziej zarażasz gripą, gdy poczujesz jej pierwsze objawy: nagły wzrost temperatury ciała, bóle mięśni, ból głowy, ból gardła, kaszel, dreszcze, osłabienie. Niekiedy pojawia się biegunka.</p>	

UNIKAJ KONTAKTU Z OSOBAMI, KTÓRE KICHAJĄ I KASZLĄ. PRZEBYWAJ W CZASIE WOLNYM NA ŚWIEŻYM POWIETRZU. GDY POCZUJESZ SIĘ ZŁE POWIADOM O TYM RODZICÓW, OPIEKUNÓW BĄDŹ NAUCZYCIELA.



PRZYGOTOWANO W OPARCIU O ZALECENIA GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO
ODDZIAŁ OŚWIATY ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA
WOJEWÓDZKIEJ STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ W KRAKOWIE

ECDC 17183 Stockholm / Sweden - Phone: +46(0)8 586 01000 - www.ecdc.europa.eu



Ulotka informacyjna na temat profilaktyki grypy

IV_D. DZIECI I MŁODZIEŻ

MAŁOPOLSKA - ATRAKCYJNY REGION NA WYPOCZYNEK DZIECI I MŁODZIEŻY

Warto odwiedzić Małopolskę, aby zrozumieć polską historię, tradycję, poznać piękno polskiej przyrody. Województwo małopolskie zachęca do wypoczynku jako obszar bardzo zróżnicowany krajobrazowo. Na południu regionu piętrzy się łańcuch Tatr, jedynych polskich gór typu alpejskiego. Beskidy to łagodne pasma gór z pięknymi lasami, polami i utworzonymi w dolinach zalewami. Inny charakter mają wapienne Pieniny. Za linią Wisły ciągnie się jurajska Wyżyna Krakowsko-Częstochowska. Jej atrakcją są wapienne ostańce, wąwozy i jaskinie. Na wyżynie tej znajduje się też jedyna w Europie, Pustynia Błędowska. Przyrodnicze walory województwa chroni 6 parków narodowych: Babiogórski, Gorczański, Magurski, Ojcowski, Pieniński i Tatrzański, oraz blisko 100 rezerwatów przyrody i parków krajobrazowych.

Naturalne zasoby i warunki klimatyczne wykorzystywane są w terapii rozmaitych schorzeń. Do najslynniejszych uzdrowisk należą: Krynica, Muszyna i Piwniczna, Rabka - ośrodek uzdrowiskowy dla dzieci oraz Szczawnica z Krościenkiem. Wykorzystuje się tutaj lecznicze właściwości wód mineralnych. W ostatnich latach mikroklimat dwóch kopalń soli kamiennej: w Wieliczce i w Bochni, jest wykorzystywany do celów terapeutycznych.

Centrum historycznym i artystycznym pozostaje Kraków - dawna stolica Polski, miasto rezydencjonalne królów, miejsce ich koronacji i wiecznego spoczynku.

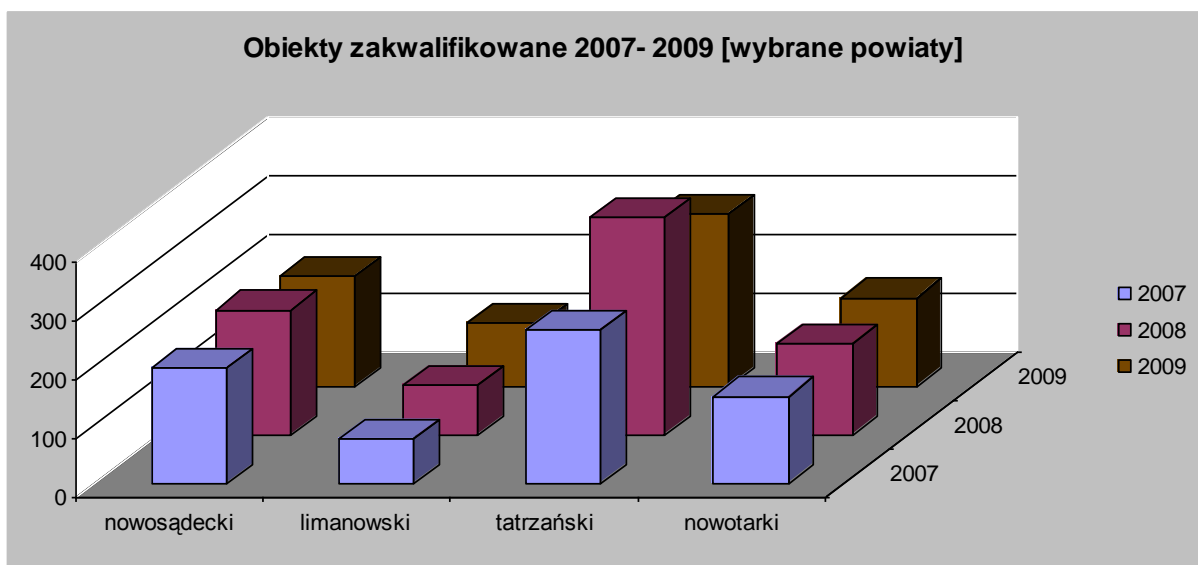
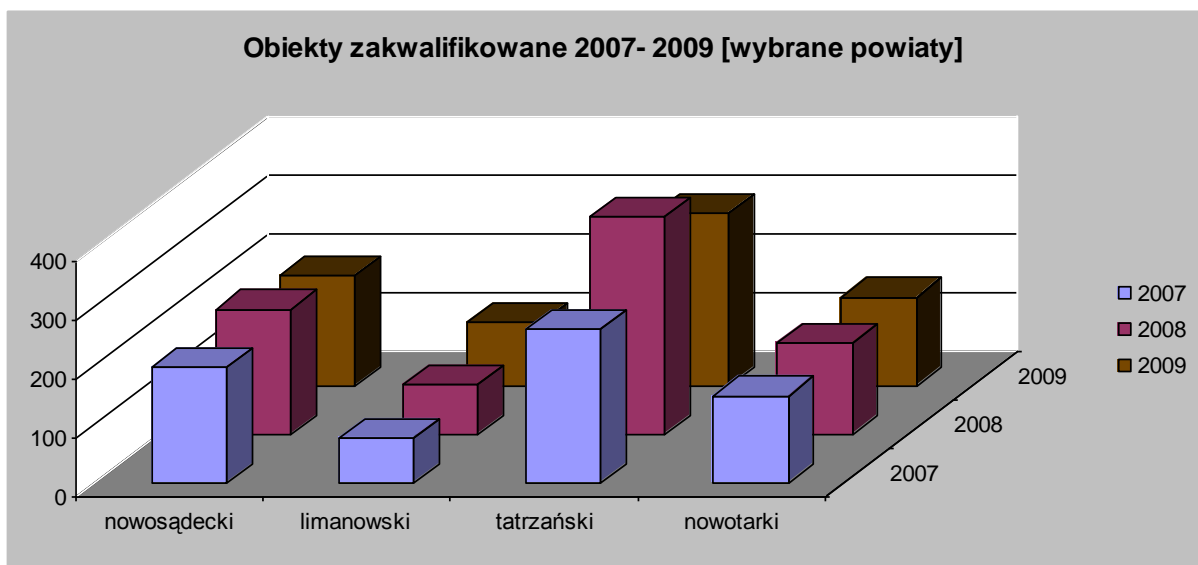
Małopolska to obszar na którym napotkamy wiele wspaniałych dworów, kościołów, ruin zamków i malowniczych miejscowości. Do tego należy dodać piękne lasy, bystre górskie rzeki, zadziwiające formy skalne. Osobliwości na światową skalę.

Bogactwu geograficznemu i historycznemu towarzyszy różnorodność etniczna i kulturowa. Dostępność terenów turystyczno-rekreacyjnych i zabytków województwa małopolskiego zapewnia dobra infrastruktura komunikacyjna. Atrakcyjność turystyczna województwa małopolskiego przyciąga coraz liczniejsze rzesze odwiedzających, co czyni z turystyki ważny dział wojewódzkiej gospodarki. Atrakcje turystyczne jakże czekają na każdego wypoczywającego w naszym regionie, a zwłaszcza najmłodszego to; zamki, pałace, dwory, skanseny, muzea, galerie, historyczne ruiny, muzea, trasy rowerowe, tereny wspinaczkowe, tereny narciarskie, szlaki turystyczne.

W 2009 r. wypoczywało w naszym województwie 41 352 dzieci ze wszystkich regionów Polski. Zakwalifikowano 981 obiektów wypoczynku dzieci i młodzieży w tym 553 obiektów wypoczynku letniego oraz 388 obiektów wypoczynku zimowego. Najwięcej obiektów wypoczynku zimowego i letniego odnotowano na terenie powiatu tatrzańskiego, nowosądeckiego, nowotarskiego i limanowskiego. Z roku na rok sytuacja techniczno – sanitarna placówek ulega poprawie.

powiat	2007	2008	2009
	Liczba uczestników wypoczynku		
nowosądecki	8064	11579	8414
limanowski	6568	6221	5944
tatrzański	6202	6237	5492
nowotarski	4315	4678	4209
	Liczba zakwalifikowanych obiektów		
nowosądecki	196	212	186
limanowski	76	83	107
tatrzański	260	368	292
nowotarski	147	154	150

źródło: sprawozdania statystyczne MZ-53 Oddziału Higieny i Młodzieży WSSE w Krakowie



PROFILAKTYKA ZDROWOTNA DZIECI I MŁODZIEŻY

Pracownicy pionu Higieny Dzieci i Młodzieży woj. małopolskiego w ramach nadzoru nad warunkami pobytu dzieci i młodzieży przeprowadzają kontrole kompleksowe i tematyczne w obiektach zajmowanych przez placówki nauczania i wychowania, opieki, rekreacji i wypoczynku, szkoły wyższe. Zapobiegawczy i bieżący nadzór zmierza do podwyższenia standardów sanitarno-higienicznych środowiska pobytu dzieci i młodzieży. Prowadzone są również kontrole interwencyjne oraz akcyjne. W roku ubiegłym realizowano akcje w zakresie : ważenia tornistrów, oceny warunków do utrzymania higieny osobistej uczniów, ocena stanu sanitarnego piaskownic. Monitorowany jest na bieżąco (lato, zima) stan sanitarno-higieniczny w placówkach wypoczynku dzieci i młodzieży.

W roku 2009 skontrolowano 3714 placówek stałych i sezonowych, tj. 80% z 4683 będących w ewidencji. Łącznie przeprowadzono 7180 kontroli kompleksowych i tematycznych.

Stan techniczny placówek pobytu dzieci i młodzieży ulega sukcesywnej poprawie, m.in. w związku z realizacją decyzji wydanych w latach ubiegłych, a także pozyskiwaniem przez samorządy lokalnych funduszy z programów unijnych. Liczba placówek zlokalizowanych w budynkach nieprzystosowanych do procesów nauczania uległa zmniejszeniu w stosunku do lat ubiegłych, za sprawą przeniesienia tych placówek do nowych pomieszczeń, a także dzięki pracom modernizacyjnym istniejących budynków. W 2009 roku 30 budynków uznano za nieprzystosowane (w 2008 - 38 budynków, w 2007 – 45 budynków). W złym stanie technicznym funkcjonowały w 2009 roku 53 budynki (w 2008 roku – 74 budynki, w 2007 – 91 budynków).

powiat	budynki zajmowane przez placówki oświatowo-wychowawcze	
	nieprzystosowane*	w złym stanie technicznym**
bocheński	-	2
chrzanowski	-	10
dąbrowski	9	11
gorlicki	3	10
krakowski	10	4
limanowski	-	5
miechowski	5	-
nowosądecki	1	-
nowotarski	2	2
tarnowski	-	12

* obiekty, które były budowane z przeznaczeniem innym niż działalność dydaktyczno-wychowawcza

**budynki wymagające kapitalnego lub częściowego remontu

źródło: sprawozdania statystyczne MZ-53 Oddziału Higieny i młodzieży WSSE w Krakowie

Roku 2009, w odniesieniu do lat ubiegłych przyniósł poprawę w zakresie zapewnienia uczniom higienicznych warunków nauczania i wychowania. Zmniejszyła się liczba placówek oświatowo – wychowawczych o niedostatecznym stanie sanitarno – higienicznym, złym stanie technicznym oraz liczba placówek, w których stwierdza się ponadnormatywną liczbę

uczniów na urządzenia ustępowe. Poprawa stanu sanitarno – technicznego placówek związana jest z wykonaniem dużego zakresu prac remontowych (2007 r. - 141, 2008 r. - 122, 2009 r. – 130 remontów generalnych), a także z oddaniem do użytku 63 placówek w nowo wybudowanych obiektach (60 w 2008 r.) i otwarciem 92 placówek w obiektach już istniejących zmodernizowanych (50 w roku 2008). Ponadto na terenie województwa małopolskiego w 2009 r. (podobnie jak w roku 2008) wśród skontrolowanych placówek nie odnotowuje się tych, w których brak jest wodociągu, kanalizacji, a uczniowie korzystaliby z ustępów zewnętrznych.

W związku z zagrożeniem wirusem A/H1N1 i potrzebą wzmożonej profilaktyki, przeprowadzono kontrole sanitarne oceniając warunki do utrzymania higieny osobistej uczniów szkół wszystkich typów, w tym zaopatrzenie w ciepłą bieżącą wodę i środki do utrzymania higieny osobistej. Skontrolowano 1409 szkół z 2156 będących w ewidencji. Stwierdzono, iż w 1308 placówkach zapewniono właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej. W 101 odnotowano uchybienia w tym zakresie, tj.; 29 obiektów bez bieżącej ciepłej wody, w 43 obiektach stwierdzono brak mydła w dozownikach, brak suszarki lub ręczników jednorazowych w 55 placówkach. Kontrole stwierdziły w 14 szkołach brak dostępu do papieru toaletowego przy lub w kabinach WC. W szkołach, w których stwierdzono zaniedbania w zakresie warunków do utrzymania higieny osobistej, wydano decyzje administracyjne lub zalecenia pokontrolne.

Ocena warunków do utrzymania higieny osobistej w 2009	
szkoły w ewidencji*	2156
szkoły skontrolowane	1409
niewłaściwy stan sanitarny	101

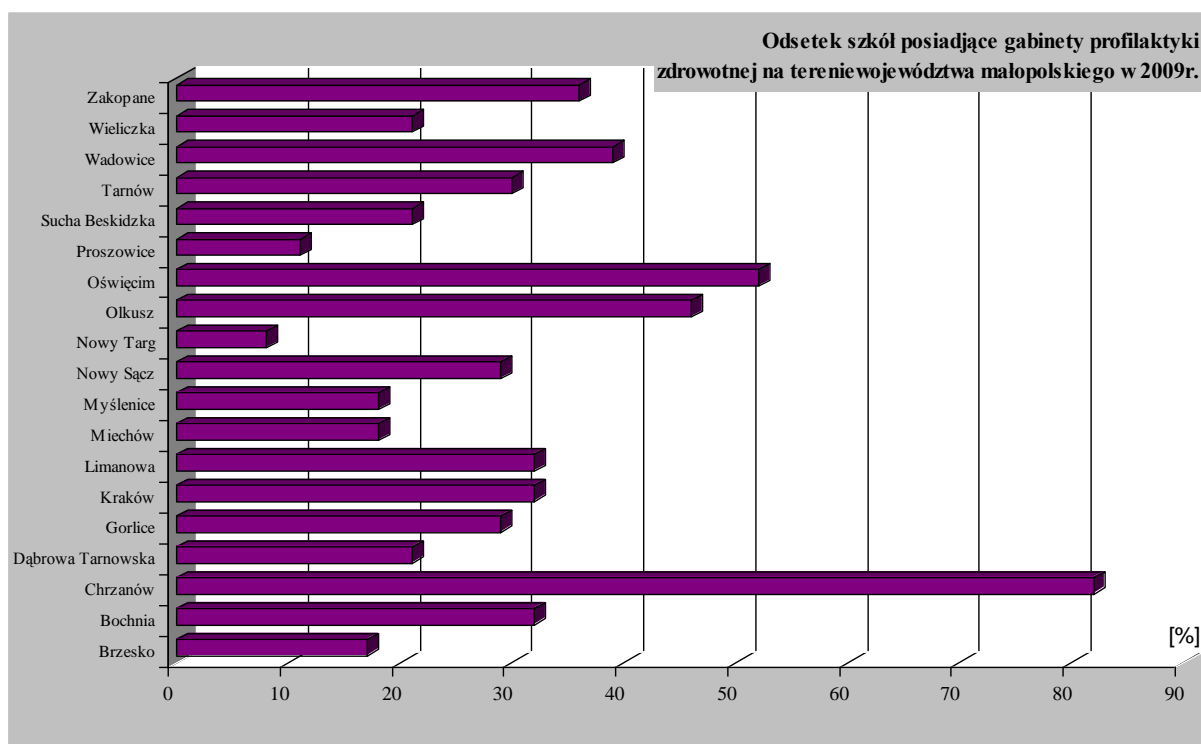
*z wyłączeniem szkół policealnych, filii szkół gimnazjalnych korzystających z budynków z inną szkołą
 źródło: sprawozdania statystyczne MZ-53 Oddziału Higieny i młodzieży WSSE w Krakowie

Zdecydowanej poprawie uległa gospodarka substancjami i preparatami chemicznymi w szkolnych pracowniach chemicznych. Przeterminowane substancje i preparaty chemiczne sukcesywnie przekazywane są do utylizacji.

Prowadzone akcje, piaskownice są dla dzieci oraz warunki do utrzymania higieny osobistej w szkołach, przyczyniły się do zwrócenia szczególnej uwagi dyrektorów placówek, jak również władz samorządowych na znaczenie higieny i profilaktyki chorób zakaźnych.

PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI

W 2009 r. uległ poprawie stan sanitarno-techniczny funkcjonujących w szkołach gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. W znacznym stopniu związane jest to z realizacją programu *Poprawa infrastruktury lokalowo sprzętowej gabinetów profilaktyki zdrowotnej w placówkach oświatowych*. Program ten w dalszym ciągu jest kontynuowany, w gabinetach na bieżąco prowadzone są prace remontowe. Podczas kontroli przeprowadzonych w 1819 szkołach odnotowano, iż tylko 660 (36,3%) szkół posiada gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Z tego 582 placówki posiadają gabinety do wyłącznej dyspozycji. Wspólnie z inną placówką w tym samym obiekcie korzysta z gabinetu profilaktycznej opieki zdrowotnej 78 szkół. Ponadto w 505 szkołach pozna zapewniona jest w pomieszczeniach zastępczych na terenie placówki. Dla 490 szkół pozna świadczona jest poza terenem placówki.

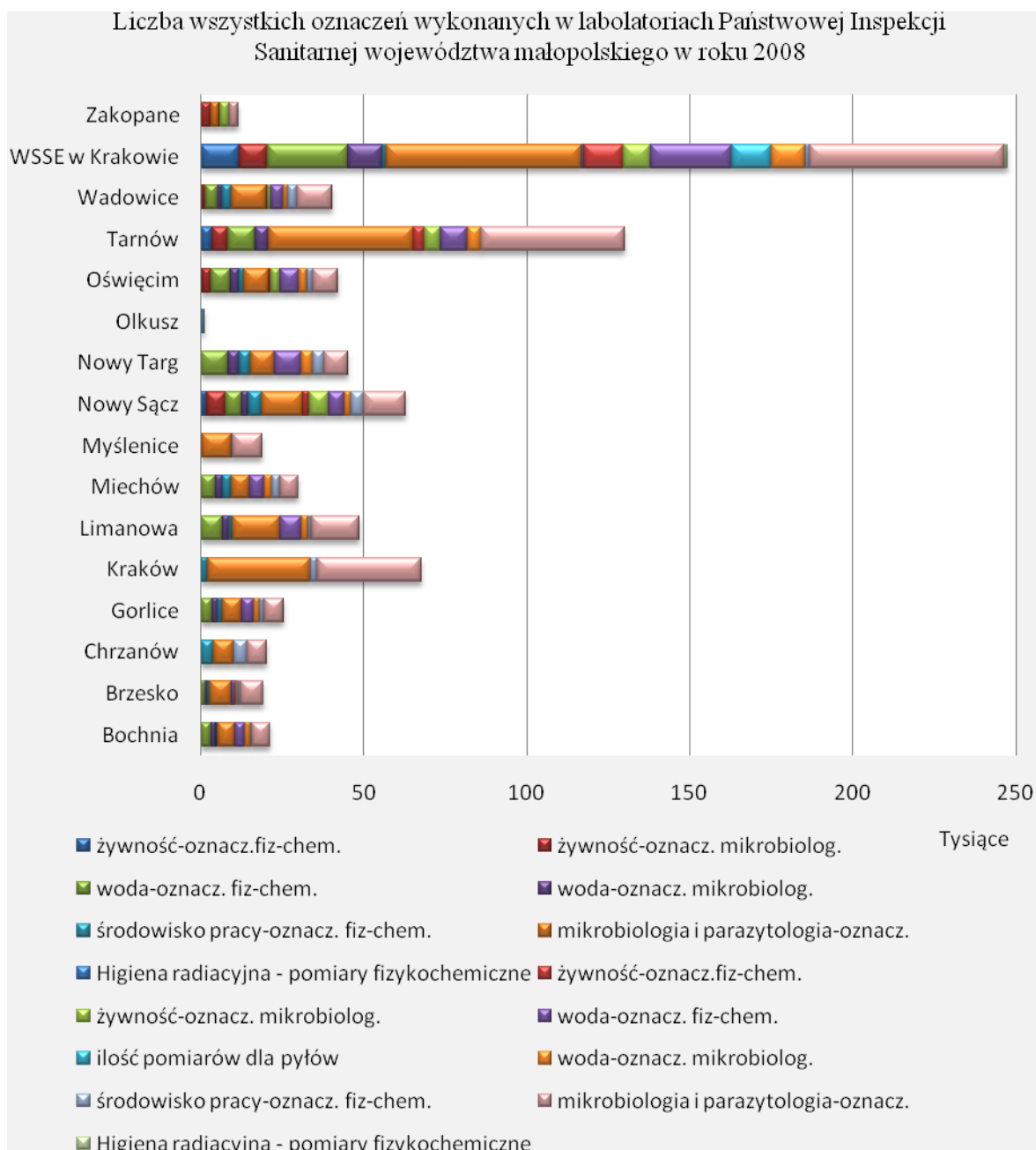


Lp.	Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna	Liczba szkół W ewidencji (szkoły podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne, policealne)	Liczba szkół skontrolowanych	Liczba szkół posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej	Odsetek szkół posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej*
1.	Brzesko	74	74	12	16,2
2.	Bochnia	72	39	13	33,3
3.	Chrzanów	59	58	48	82,7
4.	Dąbrowa Tarnowska	47	47	10	21,3
5.	Gorlice	87	63	18	28,6
6.	Kraków	463	421	252	59,8
7.	Limanowa	107	99	32	32,3
8.	Miechów	41	41	7	17,1
9.	Myślenice	100	70	12	17,1
10.	Nowy Sącz	261	206	58	28,1
11.	Nowy Targ	178	149	11	7,4
12.	Olkusz	73	65	30	46,1
13.	Oświęcim	77	74	39	52,7
14.	Proszowice	35	35	4	11,4
15.	Sucha Beskidzka	57	56	12	21,4
16.	Tarnów	247	105	31	29,5
17.	Wadowice	96	96	37	38,5
18.	Wieliczka	78	71	16	22,5
19.	Zakopane	52	50	18	36,0
	Ogółem	2204	1819	660	36,3

źródło: sprawozdania statystyczne MZ-53 Oddziału Higieny i Młodzieży WSSE w Krakowie

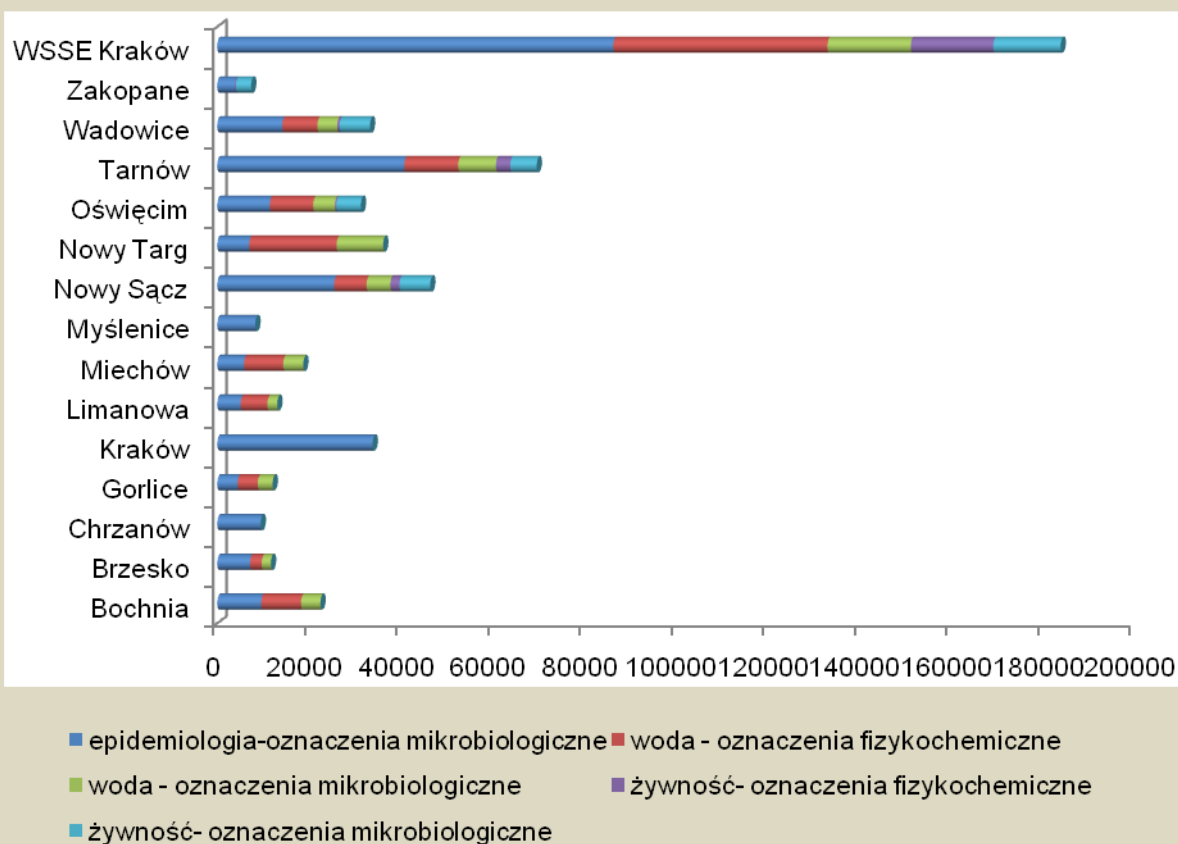
IV_E. BADANIA LABORATORYJNE

W roku 2008, w woj. małopolskim wykonano 421 960 oznaczeń, z czego najwięcej (129 757) wykonano w Dziale Laboratoryjnym WSSE w Krakowie, co stanowi 30,8% wszystkich oznaczeń odnotowanych w 2008 roku w całym województwie małopolskim.

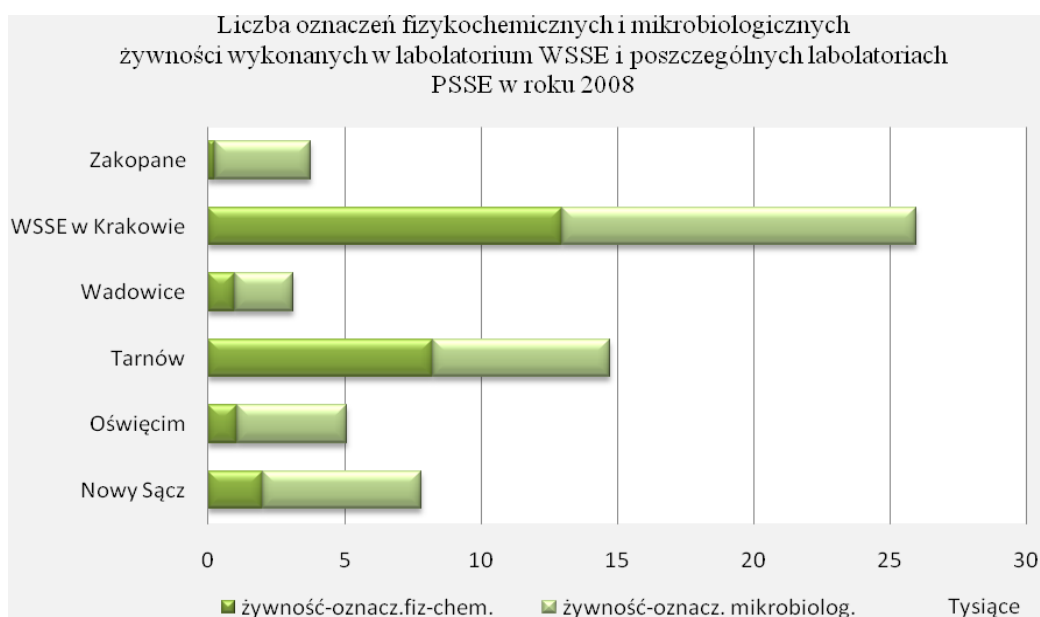


W roku 2009, w woj. małopolskim wykonano 538 380 oznaczeń, z czego najwięcej (184 048) wykonano w Laboratorium WSSE w Krakowie, co stanowi 34 % wszystkich oznaczeń odnotowanych w 2009 roku w całym województwie małopolskim.

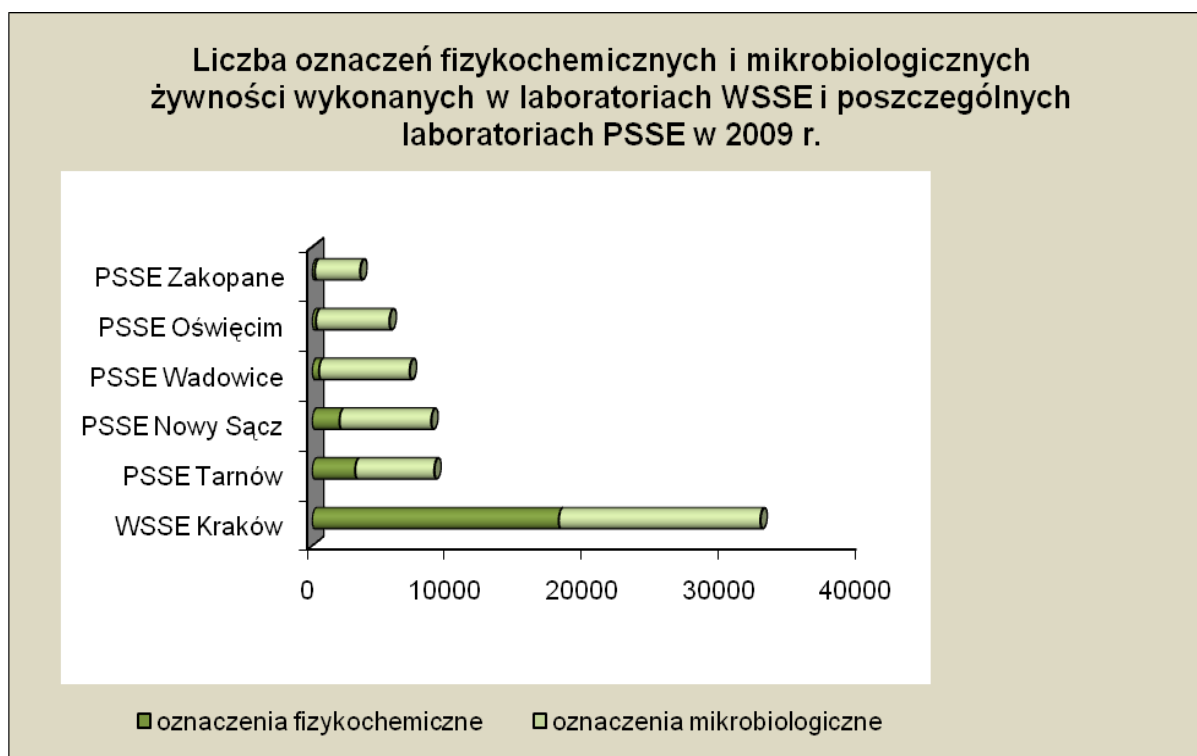
**Liczba wszystkich oznaczeń wykonanych w laboratoriach
Państwowej Inspekcji Sanitarnej w woj. małopolskim w 2009
roku**



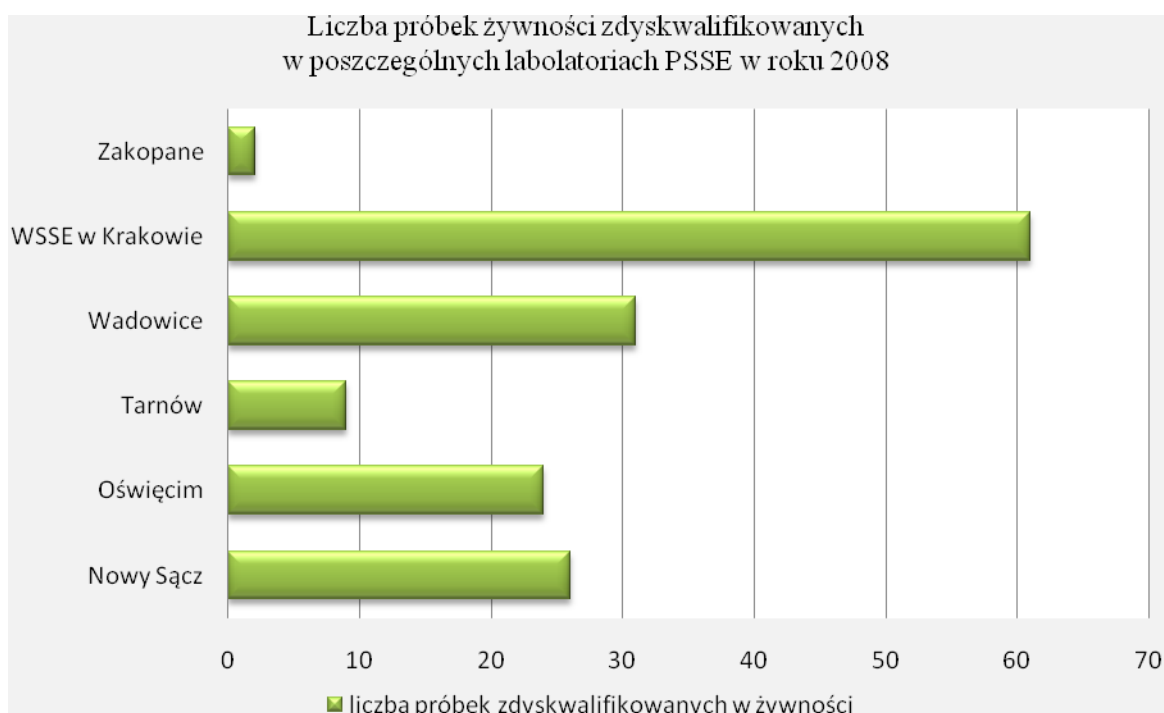
W Oddziale Laboratoryjnym Higieny Żywności i Żywienia w roku 2008 wykonano 25 977 oznaczeń, z czego 12 976 stanowią oznaczenia fizykochemiczne w żywności.



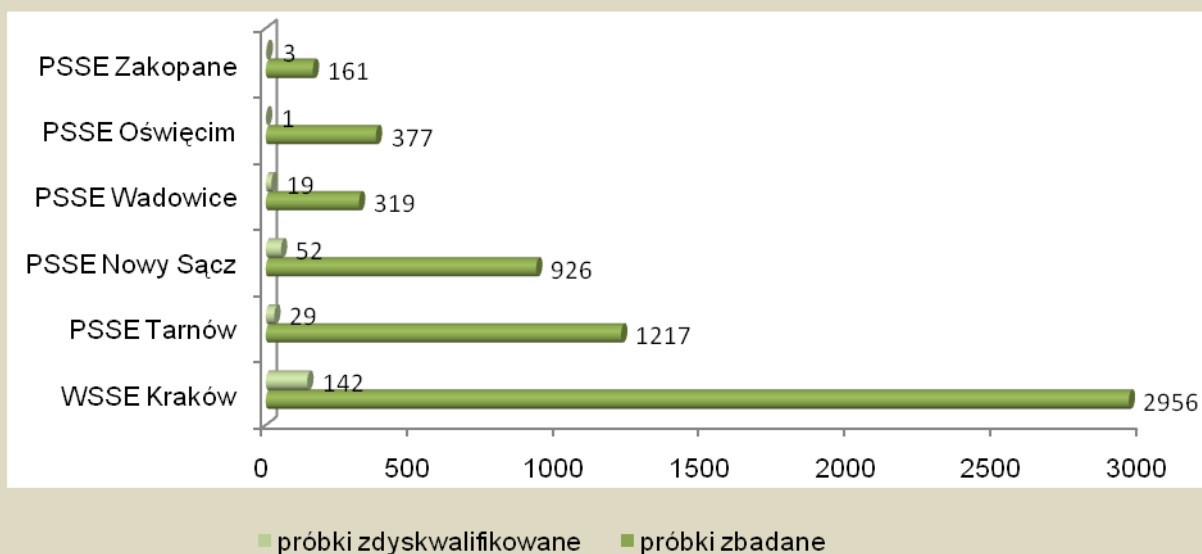
W roku 2009 wykonano 32 699 oznaczeń, z czego 18 002 stanowią oznaczenia fizykochemiczne.



W całym województwie małopolskim zdyskwalifikowano 153 próbki żywności, z czego 61 próbek było badanych w Laboratorium WSSE w Krakowie. Natomiast w 2009r. zdyskwalifikowano 246 próbek żywności, z czego 142 próbki (co stanowi 58 % wszystkich kwestionowanych próbek żywności) były badane w Laboratorium WSSE w Krakowie.

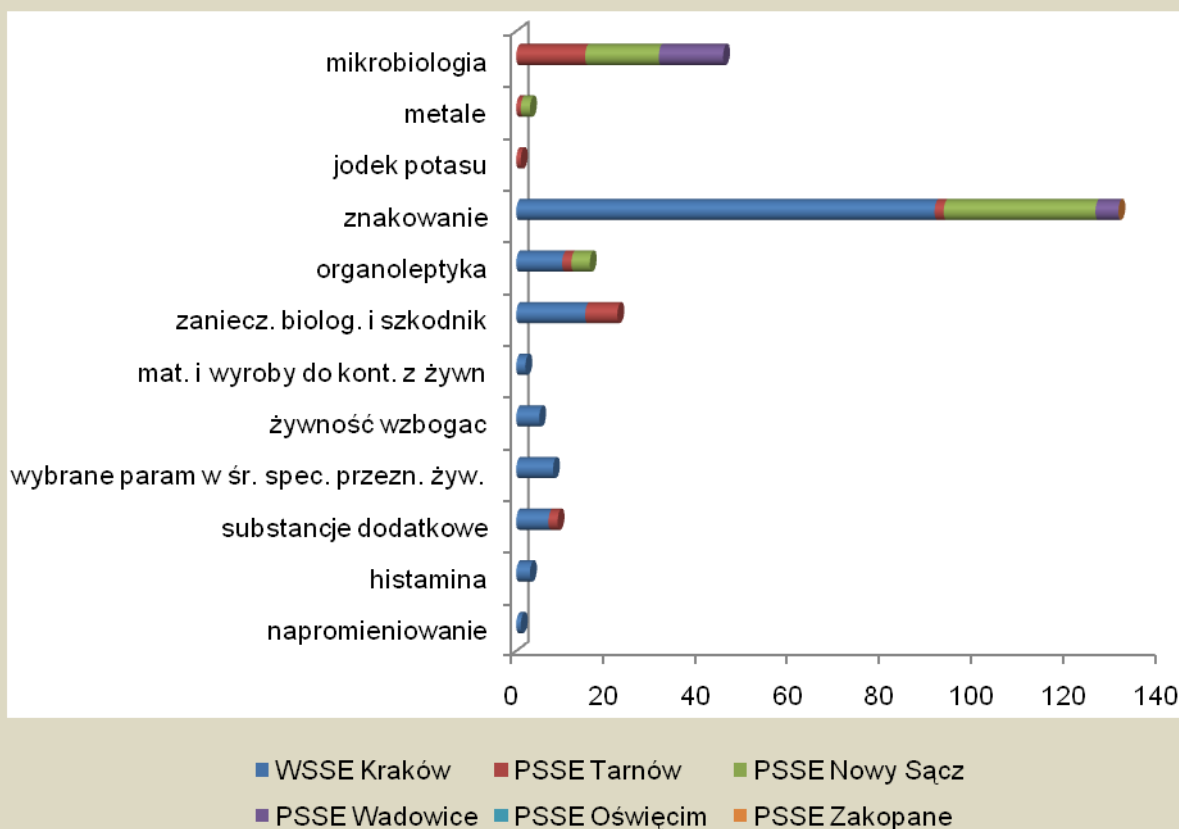


Liczba próbek żywności zdyskwalifikowanych w stosunku do zbadanych w laboratorium WSSE i poszczególnych laboratoriach PSSE w 2009 r.



Największą liczbę próbek w województwie małopolskim zakwestionowano z uwagi na nieprawidłowe znakowanie.

Liczba próbek żywności zdyskwalifikowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną woj. małopolskiego w roku 2009



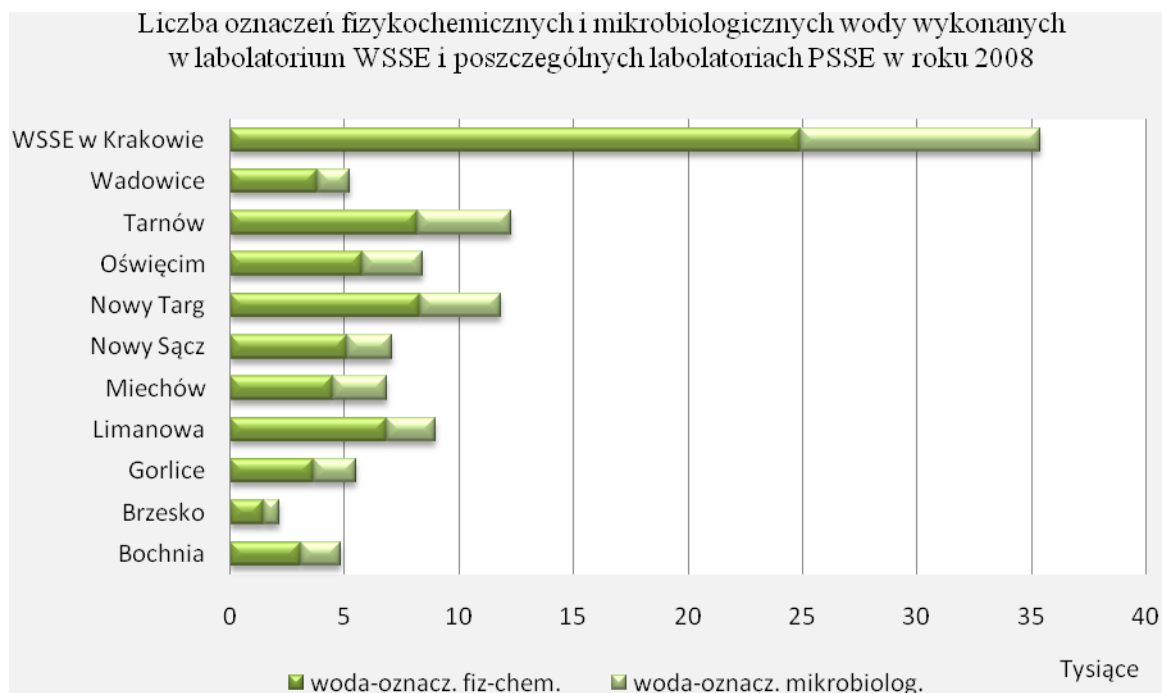
W sumie Laboratorium Mikrobiologiczne Żywności WSSE w Krakowie wykonało oznaczenia wykraczające poza Plan pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i Monitoringu w Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rok 2009: 179 wymazów sanitarnych, 17 próbek kontrolnych posiłków, 24 próbki pobrane w wyniku zatruc pokarmowych, 51 próbek kosmetyków.

Wdrożono metodę oznaczania histaminy w rybach metodą HPLC, oznaczania pestycydów z grupy n-metylokarbaminianów metodą HPLC oraz ochratoksyny A w produktach roślinnych ogólnego spożycia i w produktach dla niemowląt i małych dzieci metodą HPLC.

Laboratorium Mikrobiologiczne Żywności wdrożyło metody wykrywania *Candida albicans*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* oraz liczby drobnoustrojów tlenowych mezofilnych w kosmetykach, jak również metody wykrywania *Escherichia coli* O157 i obecność enterotoksyny gronkowcowej za pomocą systemu Vidas.

Na etapie wdrażania jest oznaczanie WWA metodą HPLC w olejach spożywczych oraz produktach wędzonych, oznaczania sztucznych środków słodzących i konserwantów metodą HPLC.

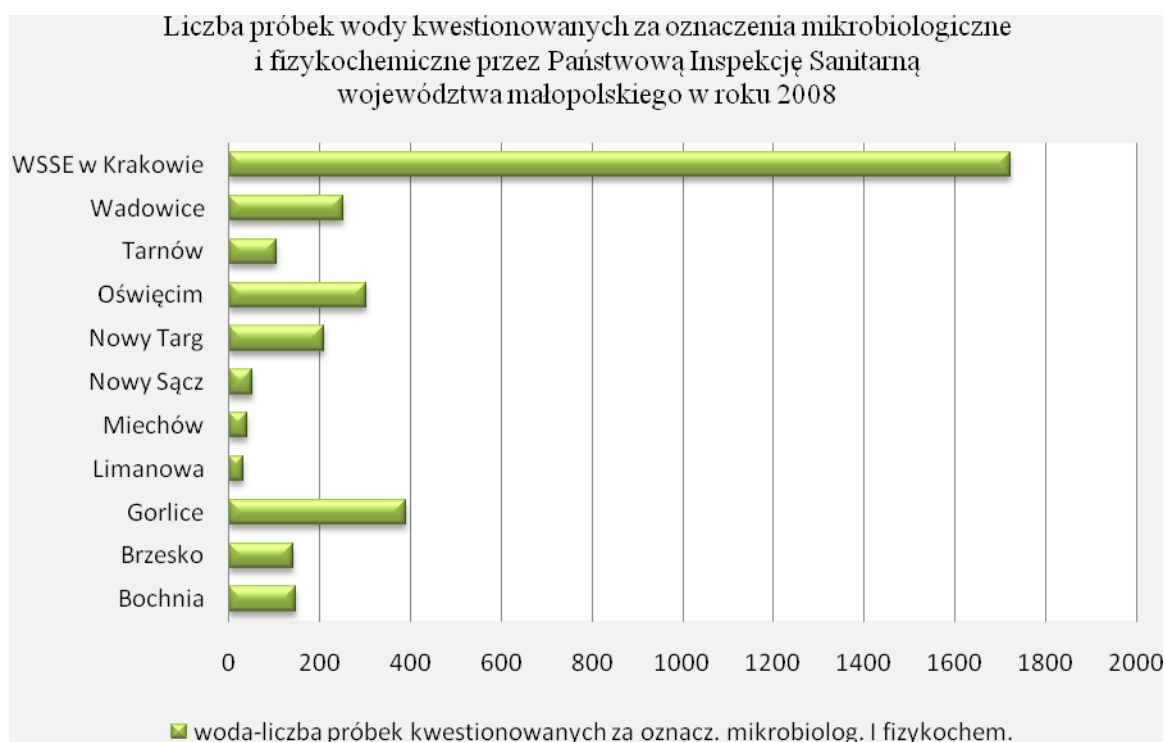
W Oddziale Laboratoryjnym Higieny Komunalnej WSSE w Krakowie w roku 2008 wykonano 35 374 oznaczeń w wodzie, z czego 24 913 były to oznaczenia fizykochemiczne.



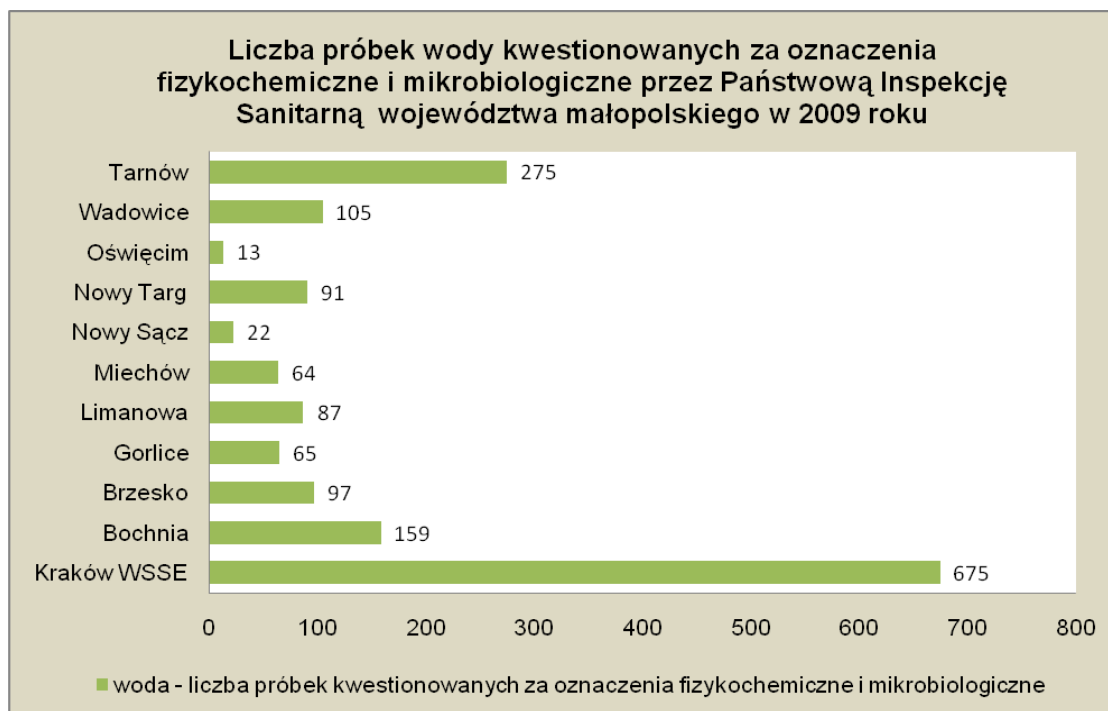
W 2009 roku wykonano 64 924 oznaczeń w wodzie, z czego 46 729 były to oznaczenia fizykochemiczne.



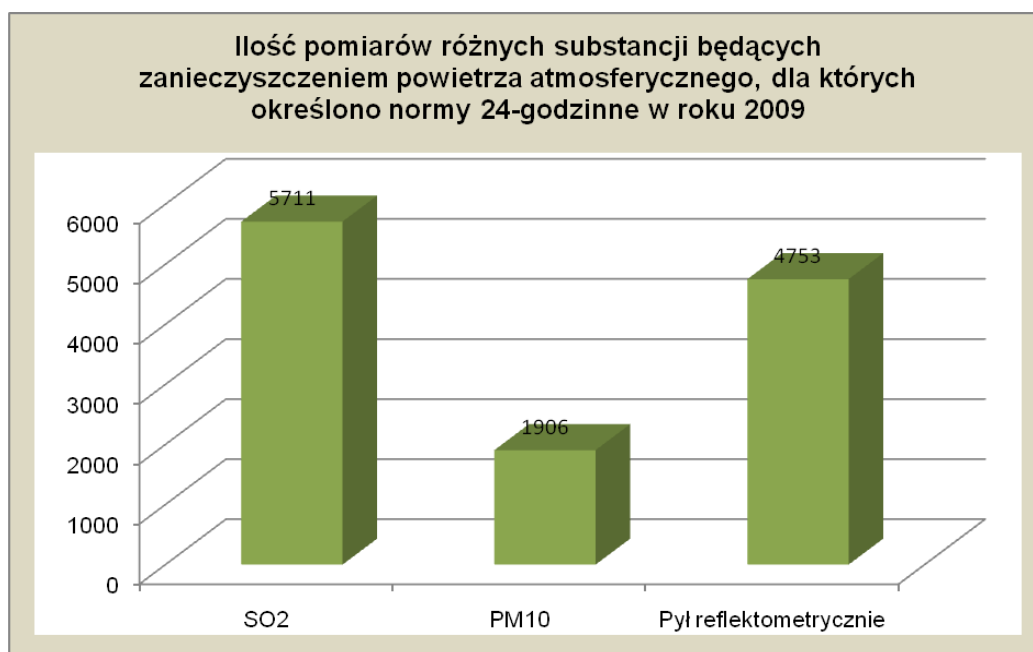
W 2008 roku w województwie małopolskim odnotowano 3 393 oznaczenia kwestionowane w próbkach wody, z czego w Laboratorium WSSE w Krakowie liczba ta wynosiła 1 732.



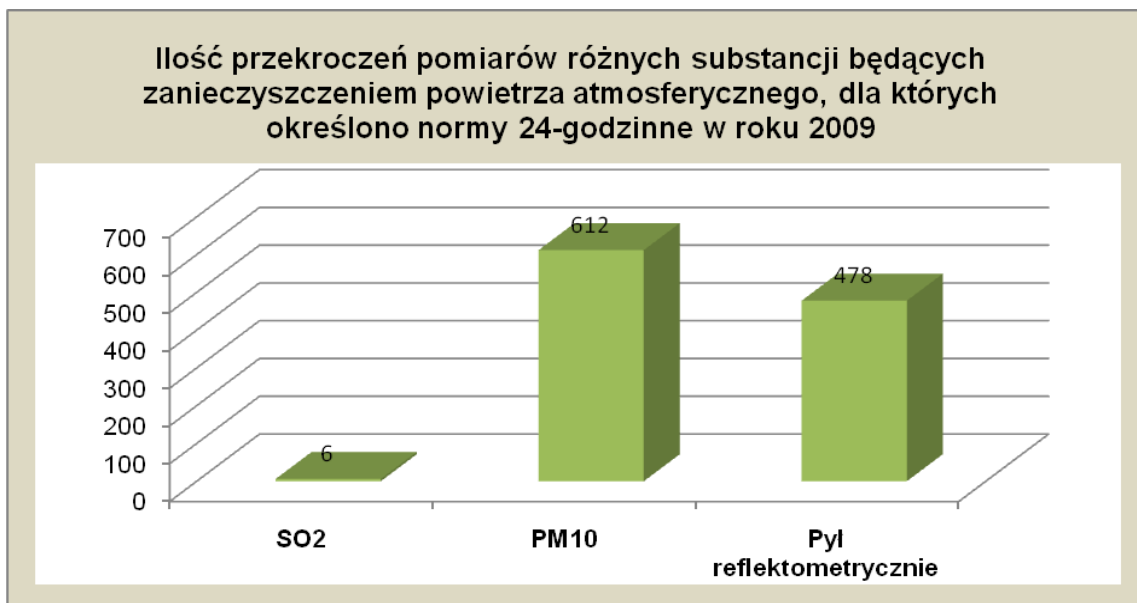
W całym województwie małopolskim w 2009 roku odnotowano 1653 oznaczenia kwestionowane w próbkach wody, z czego w Laboratorium WSSE w Krakowie liczba ta wynosiła 675 (co stanowi blisko 41% wszystkich kwestionowanych oznaczeń w próbkach wody).



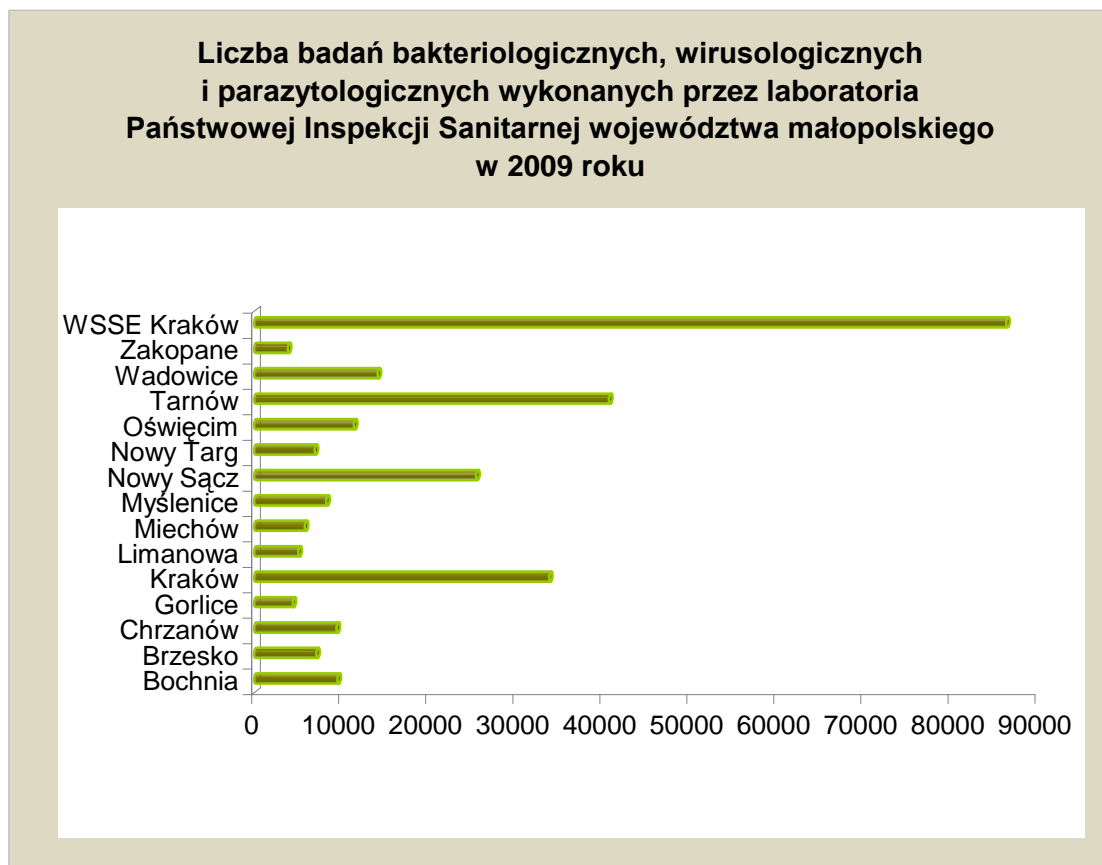
W Oddziale Laboratoryjnym Higieny Komunalnej do końca 2009r. wykonywano również pomiary zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego. W sumie wykonano 11 350 pomiarów, z czego najwięcej (5 711) oznaczeń stanowiło stężenie SO₂. Dopuszczalne normy 24 godzinne zostały określone dla stężenia pyłu zawieszonego PM10, pyłu zawieszonego oznaczanego reflektometrycznie oraz stężenia dwutlenku siarki w powietrzu atmosferycznym.



Najwięcej odnotowanych przekroczeń dopuszczalnych wartości stężeń 24-godzinnych dotyczyło pyłu zawieszonego PM-10, co stanowi 56% wszystkich odnotowanych przekroczeń średniodobowych.



W Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie małopolskim w 2009 roku wykonano 273 036 oznaczeń bakteriologicznych, wirusologicznych i parazytologicznych, z czego 86 425 badań wykonano w Oddziale Laboratoryjnym Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Krakowie, co stanowiło 31% ogólnej liczby badań.



Liczba badań bakteriologicznych wyniosła 238 569, co stanowiło 87% wszystkich wykonanych badań. Liczby badań wirusologicznych i parazytologicznych stanowią odpowiednio 15 465 i 19 002, co daje średnio po blisko 6% ogólnej liczby badań.

Wszystkie badania wirusologiczne zostały wykonane w Laboratorium Wirusologii WSSE w Krakowie, które w tym samym roku poszerzyło ofertę badań o możliwość wykrywania wirusa grypy A H1N1/v w badanym materiale metodą real-time RT-PCR.

Liczba oznaczeń w województwie małopolskim w roku 2009 (538 380 oznaczeń) w porównaniu z latami 2005-2008 wzrosła średnio o ok. 34 %.



IV_F. NADZÓR NAD OBIEKTAMI ŻYWNOŚCIOWO - ŻYWIENIOWYMI

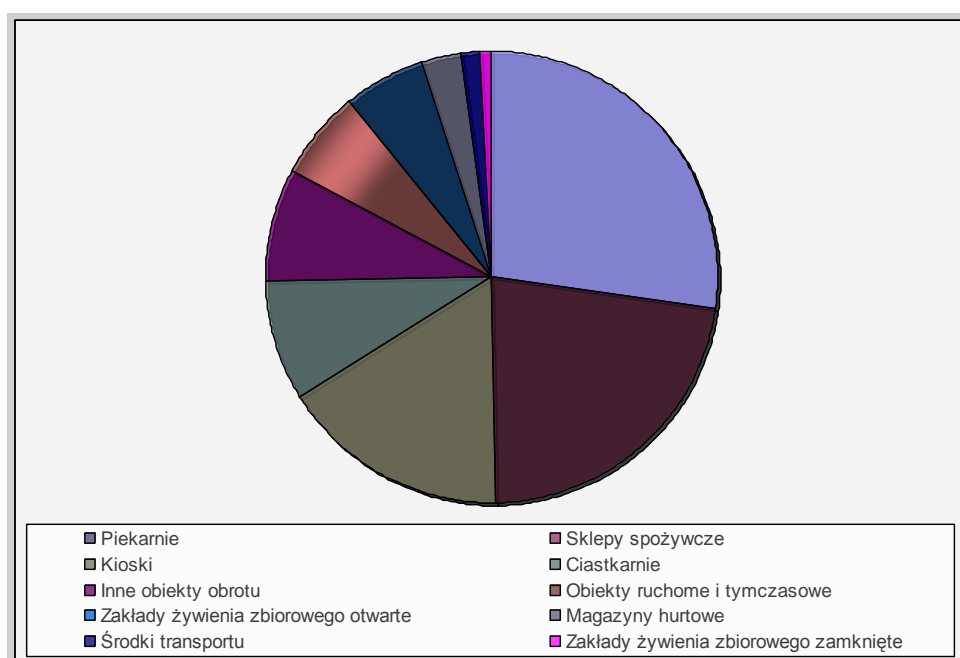
W roku 2009 objętych nadzorem było 29380 obiektów, w tym:

- 1589 obiektów produkcji żywności,
- 17182 obiektów obrotu żywnością,
- 9765 zakładów żywienia zbiorowego,
- 62 wytwórni materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
- 267 miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością,
- 515 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W roku 2009 skontrolowano 21555 obiektów tj. 73,4 %, w których łącznie przeprowadzono 36415 kontroli, w tym 2919 kontroli interwencyjnych. Wydano 4573 decyzji administracyjnych w tym 104 decyzji przerwania działalności oraz 108 zakazu wprowadzania do obrotu środków spożywczych. Osoby winne zaniedbań ukarano 3512 mandatami na kwotę 629510,00. Skierowano również 82 wnioski o ukaranie - 10 do Sądów Grodzkich, a 72 do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego o nałożenie kar pieniężnych. Sporządzono również 5 aktów oskarżenia i zawiadomień do prokuratury.

W roku 2009 dokonano oceny stanu sanitarnego w 15510 obiektach, jako niezgodne z wymaganiami sanitarnymi oceniono 244 obiektów co stanowi 1,57 % obiektów w których dokonano oceny. W porównaniu do roku poprzedniego stwierdzono spadek odsetek liczby obiektów „niezgodnych” W roku 2008 oceniono jako niezgodne 279 obiektów z 16279 tj. 1.71 %. W roku 2009 dokonano również oceny stopnia wdrażania zasad GHP/GMP oraz HACCP i stwierdzono, że w 20440 obiektach wdrożono zasady GHP/GMP, a w 4906 wdrożono system HACCP.

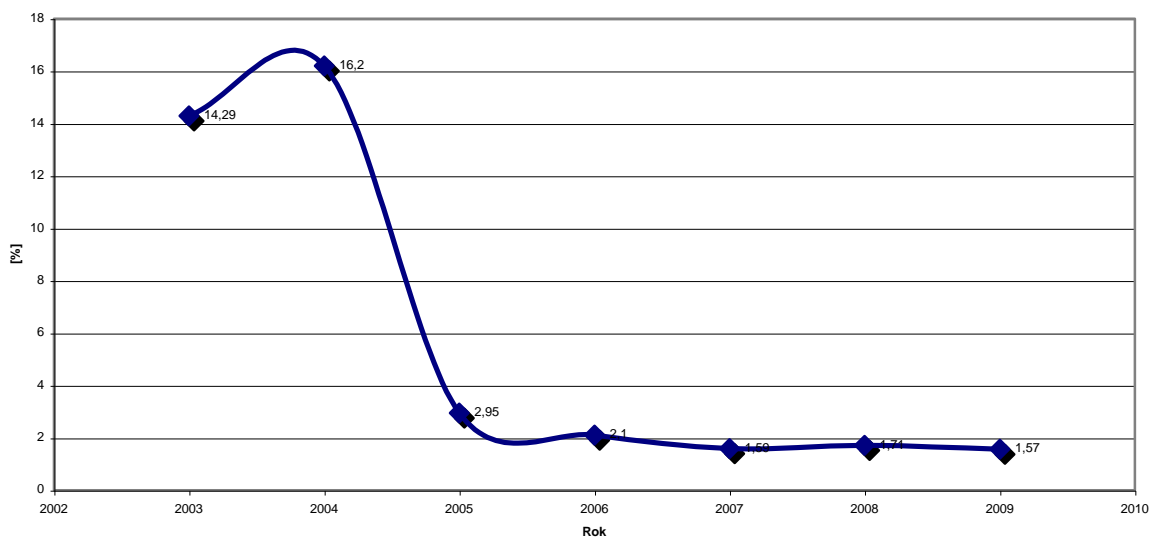
Stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnieniowych w 2009



Stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnieniowych w latach 2006-2008.

Rodzaj obiektów	% obiektów niezgodnych z wymaganiami sanitarnymi		
	2006	2007	2008
Inne obiekty obrotu żywnością	1,67	5,81	6,41
Kioski ogółem	4,97	4,14	5,05
Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i stołowych	0	0	4,55
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	0	2,13	2,70
Piekarnie	2,08	2,68	2,60
Sklepy spożywcze	3,07	2,54	2,52
Ciastkarnie	1,88	2,87	2,08
Magazyny hurtowe	2,44	2,11	1,56
Zakłady żywienia zbiorowego otwartego	1,39	1,07	1,36
Automaty do lodów	1,83	0	0,81
Zakłady żywienia zbiorowego zamkniętego	0,86	0,33	0,14
Zakłady małej gastronomii	2,46	1,55	1,40
Targowiska	7,46	0	0
Wytwórnice wyrobów cukierniczych	4,17	0	0
Inne wytwórnice żywności	3,51	0	0
Zakłady garmazeryjne	2,5	0	0
Środki transportu żywności	0,22	0	0

**Procentowy udział obiektów niezgodnych
z wymaganiami stanu sanitarnego – 1,57% w latach 2002 - 2009**



* W roku 2005 zmienione zostały kryteria oceny stanu sanitarnego

Podstawowe wskaźniki działalności nadzorczej w 2009r.

Rodzaj danych	2009
Liczba obiektów wg. Ewidencji	29380
% obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP	70,8
% obiektów z wdrożonym systemem HACCP	17,0
Liczba obiektów skontrolowanych	21185
% obiektów ocenionych	53,7 %
Liczba kontroli	36415
Wskaźnik częstotliwości	1,24
Liczba decyzji	4573
Liczba decyzji wstrzymania działalności	104
Liczba mandatów	3512
Wysokość średniego mandatu (zł)	179
Liczba wniosków do sądu	10
Liczba wniosków o nałożenie kar pieniężnych	72
Odsetek obiektów złych – ogółem	1,57
Liczba pobranych próbek żywności i przedm. Użytku	6424
Odsetek próbek kwestionowanych	3,8

Liczba obiektów, liczba obiektów skontrolowanych, % niezgodności z wymaganiami

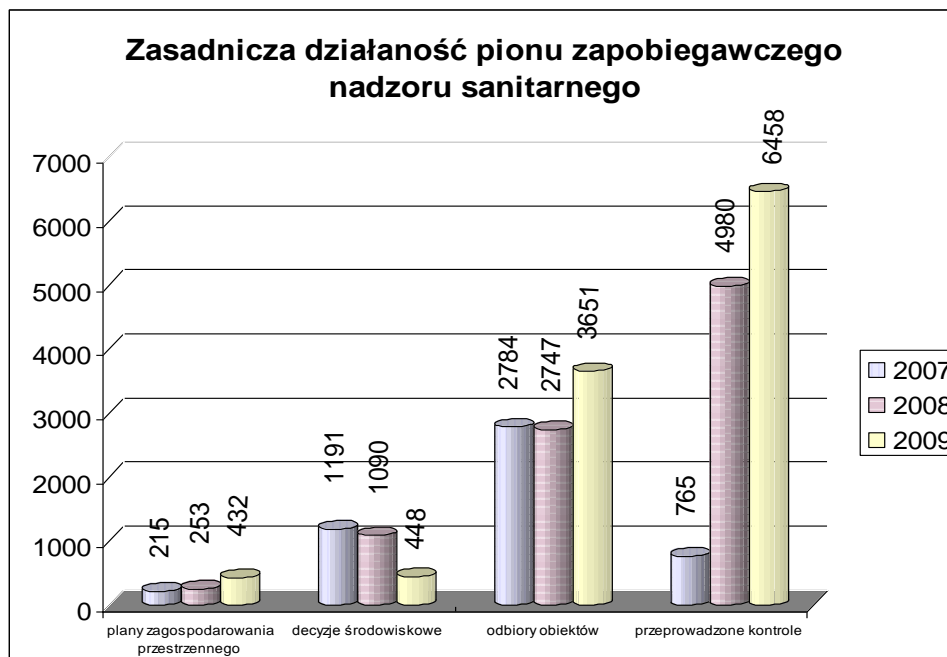
Obiekt	Liczba obiektów w ewidencji w 2009 r.	Liczba obiektów ocenionych w 2009	% obiektów niezgodnych w 2009
Inne obiekty obrotu żywnością	1026	88	1,1
Kioski ogółem	1911	480	2,3
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	56	44	0
Piekarnie	503	418	3,8
Sklepy spożywcze	11360	5570	3,1
Ciastkarnie	333	247	1,2
Magazyny hurtowe	878	481	0,4
Zakłady żywienia zbiorowego otwartego	6102	4099	0,8
Automaty do lodów	176	127	0
Zakłady żywienia zbiorowego zamkniętego	3663	2851	0,1
Zakłady garmażeryjne	83	53	7,5
Wytwórnice naturalnych wód mineralnych	27	21	4,8
Obiekty ruchome i tym.	822	222	0,9
Środki transportu	1185	408	0,2

IV_G. ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

Na podstawie art. 3 Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajmowały stanowisko pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych w następujących sprawach:

- projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, programów, strategii oraz innych planów (np. gospodarki odpadami)
- opinii w sprawie konieczności sporządzenia raportu oddziaływania na środowisko i jego zakresu na etapie uzyskiwania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach
- warunków realizacji przedsięwzięć na etapie wydawania decyzji o uwarunkowaniach środowiskowych
- wymagań higienicznych i zdrowotnych dokumentacji projektowych dla nowych, przebudowywanych lub podlegających zmianie sposobu użytkowania obiektów na poszczególnych etapach ich realizacji (ustalenia warunków zabudowy czy pozwolenia na budowę)
- odstępstw od warunków technicznych i bhp w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi (w zakresie wysokości pomieszczeń, obniżenia poziomu podłogi poniżej przyległego terenu, oświetlenia wyłącznie światłem sztucznym lub nienormatywnym dziennym)
- obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania

Ocena wykonanych zadań



Polityka regionalna województwa małopolskiego na szczeblach gmin realizowana jest poprzez opracowania studiów uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gmin, które są podstawą do sporządzania planów zagospodarowania przestrzennego. Dokonywane w tych opracowaniach zmiany miały na celu stworzenie warunków i ustalenie zasad lokalizacji zabudowy mieszkaniowej, usługowo-mieszkaniowej, przemysłu i drobnej wytwórczości oraz usług, a także przeznaczenie nowych terenów na cele komunikacyjne (modernizacja dróg, budowa parkingów, itp.). Mając na celu ochronę zdrowia ludzi organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas dokonywania uzgodnień na podstawie ustawy z dn. 03 października 2008 r. o udostępnieniu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2008 r., Nr 199, poz. 1227) zwracały szczególną uwagę na zagadnienia dotyczące m.in. zaopatrzenia ludności w wodę, właściwe usuwanie, gromadzenie i unieszkodliwianie odpadów, odprowadzenie ścieków, właściwą lokalizację przedsięwzięć mogących pogorszyć stan środowiska.

W roku 2009 Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Krakowie zajmował stanowisko przy opiniowaniu studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego (łącznie 157 opinii do studium i zakresu prognozy), Planów gospodarki odpadami i Programów ochrony środowiska (36 opinii), Strategii i innych Planów (łącznie 8)

W roku 2009 państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni działający na terenie województwa małopolskiego uzgodnili łącznie 432 planów zagospodarowania przestrzennego (253 w 2008r.).



Ważnym elementem w działalności pionu zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest dokładna analiza pod względem sanitarnohigienicznym każdego

przedsięwzięcia inwestycyjnego na kolejnym etapie jego realizacji, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu zamierzenia na zdrowie i życie ludzi.

W roku 2009 Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Krakowie oraz państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni działający na terenie województwa małopolskiego, na wnioski wójtów, burmistrzów i prezydentów miast wydali łącznie 448 (1098 w 2008 r.) uzgodnień na etapie wydawania decyzji o uwarunkowaniach środowiskowych, 1194 razy zajmowali stanowisko w sprawie potrzeby przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko, a w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby - do opracowania raportu oddziaływania na środowisko. O potrzebie wykonania raportu o oddziaływaniu na środowisko Państwowa Inspekcja Sanitarna orzekała dla tych przedsięwzięć, których podstawowe dane charakteryzujące inwestycję wskazywały na duże prawdopodobieństwo wystąpienia uciążliwego lub szkodliwego oddziaływania na środowisko oraz zdrowie i życie ludzi.

Podczas uzgadniania tych przedsięwzięć istotnym celem było dążenie do zagwarantowania, aby projektowane obiekty, w tym szczególnie przemysłowe, nie powodowały zagrożenia uciążliwości dla ludzi w nich pracujących jak i zamieszkałych w ich sąsiedztwie. Ewentualne uciążliwości można bowiem eliminować stosując odpowiednią technologię, środki ochrony lub ustanawiając obszary ograniczonego użytkowania. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż w celu spełnienia odpowiednich warunków sanitarnych i zdrowotnych przepisy prawa nakładają na inwestorów, projektantów obowiązek stosowania najlepszych dostępnych technik, technologii i zabiegów organizacyjnych. Zapobiegawczy nadzór sanitarny nadzoruje ich wykonanie.

Ponadto, obecne ustawodawstwo stwarza warunki do czynnego udziału społeczeństwa w procesie powstawania nowych przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko.

Do głównych inwestycji mogących znacząco oddziaływać na środowisko rozpatrywanych w 2009 r. przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej należały: drogi, linie kolejowe, stacje demontażu zużytych samochodów oraz zużytego sprzętu elektrycznego i elektronicznego, inwestycje związane z dalszy rozwojem sieci wodociągowej i kanalizacyjnej (głównie w ramach uzyskanych funduszy strukturalnych Unii Europejskiej), obiektów przeznaczonych na hodowlę.

Ilość uzgadnianych przedsięwzięć w tym obszarze uległa zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego.



Na etapie projektowania obiektów budowlanych, w tym uzyskiwani decyzji o pozwolenie na budowę, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uzgadniają projekty budowlane tych inwestycji. Opiniując dokumentację projektową szczególną uwagę zwracano na prawidłowy układ funkcjonalny, właściwą technologię, warunki środowiska pracy, zastosowane materiały i sposób wykończenia wnętrz, właściwe wyposażenie, prawidłową wentylację i ogrzewanie pomieszczeń, właściwy sposób rozwiązywania instalacji wod.- kan.

Tak jak w poprzednich latach wśród zaopiniowanych projektów przeważały dokumentacje projektowe dotyczące obiektów służby zdrowia, obiektów wychowania i nauczania, obiektów handlowych i lokali branży spożywczej, obiektów infrastruktury (drogi, sieć wodociągowa i kanalizacyjna), zakładów usługowych (zakłady fryzjerskie, odnowy biologicznej, itp.). Ogółem, w roku 2009 zaopiniowano 1363 dokumentacji projektowych.

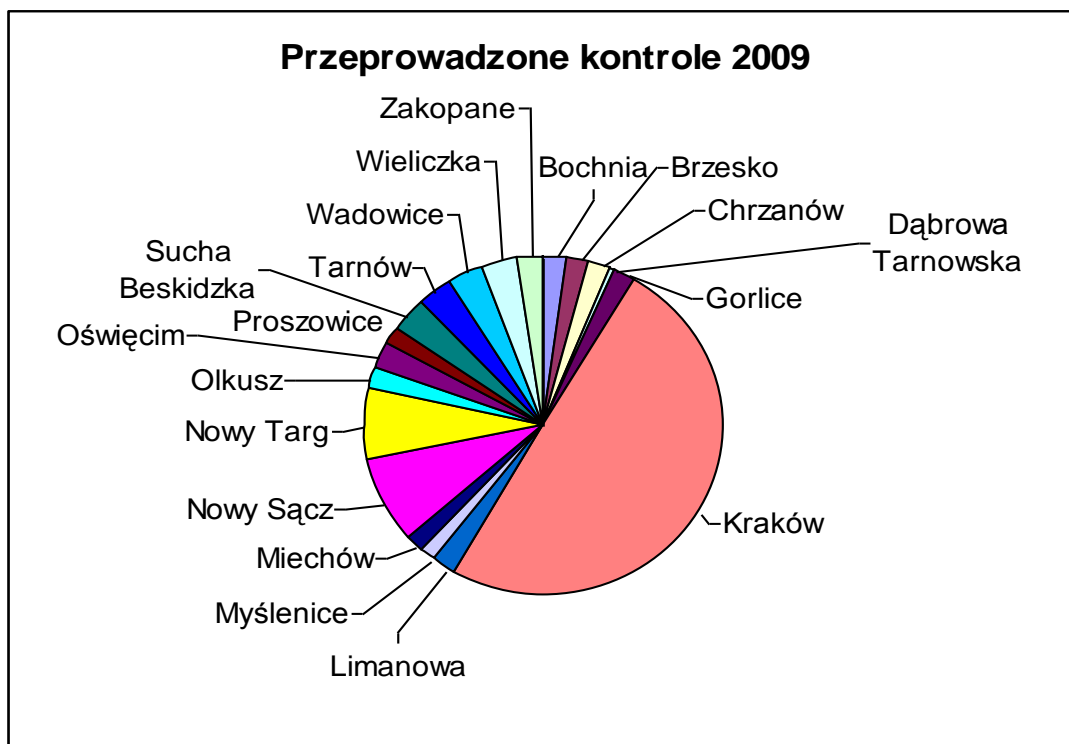
W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2008 r. (Dz. U. nr 30, poz.187), zmieniającym rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 213, poz.1568 z późn. zm.), przedłużającym do dnia 30 czerwca 2012 r. termin przedłożenia organom inspekcji sanitarnej programów dostosowawczych zakładów opieki zdrowotnej, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Krakowie przeanalizował i zaopiniował 32 programy dostosowawcze szpitali z terenu województwa małopolskiego.

Ogółem w 2009 r. wydano 1093 opinie dotyczące obiektów służby zdrowia (działających w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej jak i ZOZ czy NZOZ).

W ramach upoważnienia zawartego w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690 z późn. zm.) oraz zapisu §12 ust.3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 213, poz.1568 z późn. zm.), Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Krakowie rozpatrzył w 2009 r. 863 wnioski dotyczące wyrażenia zgody na odstępstwo od warunków technicznych w zakresie wysokości pomieszczeń, oświetlenia światłem dziennym oraz zagłębienia w stosunku do powierzchni terenu, a w sprawach dotyczących zakładów opieki zdrowotnej-lokalizowania poniżej poziomu terenu pomieszczeń o charakterze technicznym, diagnostycznym, zaopatrzenia medycznego.

W roku 2009 pracownicy pionu zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przeprowadzili łącznie 6458 kontroli obiektów (4880 w 2008 r.), w tym 1062 kontrole w trakcie budowy (874 w 2008 r.).

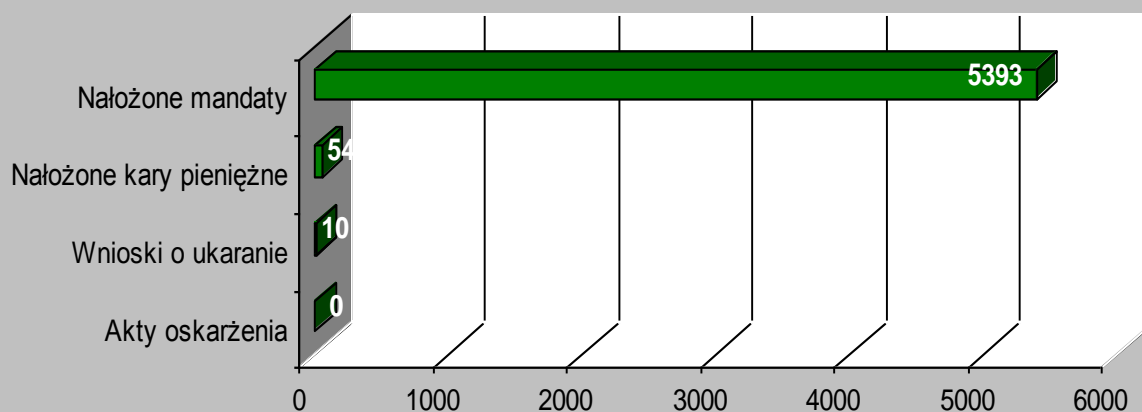
Głównym celem kontroli było poddanie oceny zgodności realizowanych inwestycji z uzgodnioną pod względem sanitarno-higienicznym dokumentacją projektową oraz wyeliminowanie ewentualnych nieprawidłowości w tym zakresie powstałych w trakcie budowy.



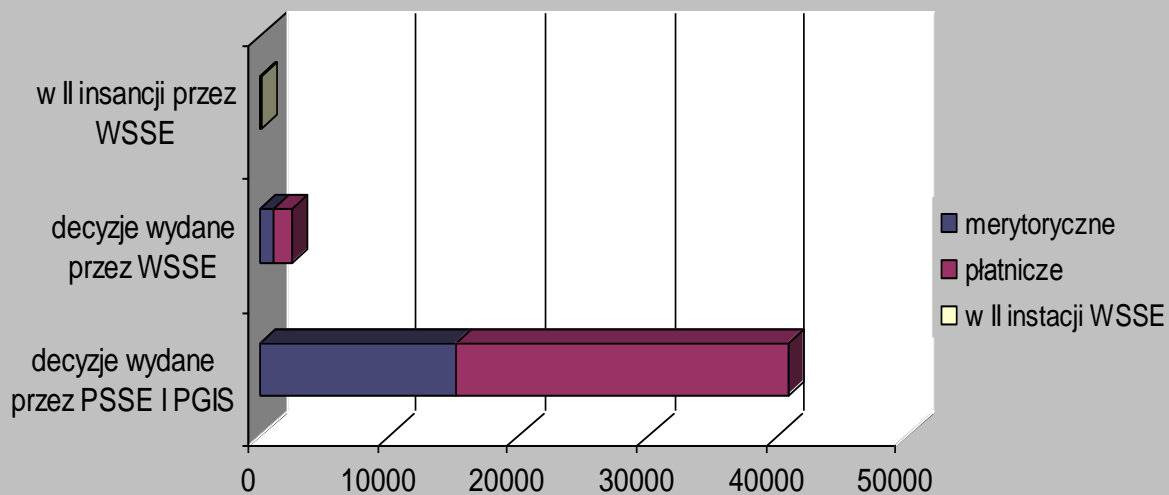
W roku 2009 dopuszczono do użytkowania 3651 obiektów (2747 w 2008 r.). Wśród tych obiektów znajdują się głównie: centra handlowo-usługowe, stacje paliw, placówki oświatowo-wychowawcze i sportowe, obiekty służby zdrowia, zakłady przemysłowe i usługowe. Zrealizowano również dużo inwestycji w zakresie poprawy infrastruktury miast i wsi, np. budowa i modernizacja dróg, budowa sieci wodociągowych i kanalizacyjnych, oczyszczalnie ścieków ,co niewątpliwie ma przełożenie na poprawę stanu sanitarnego danego obszaru.

IV_H. DZIAŁALNOŚĆ KONTROLNO-REPRESYJNA

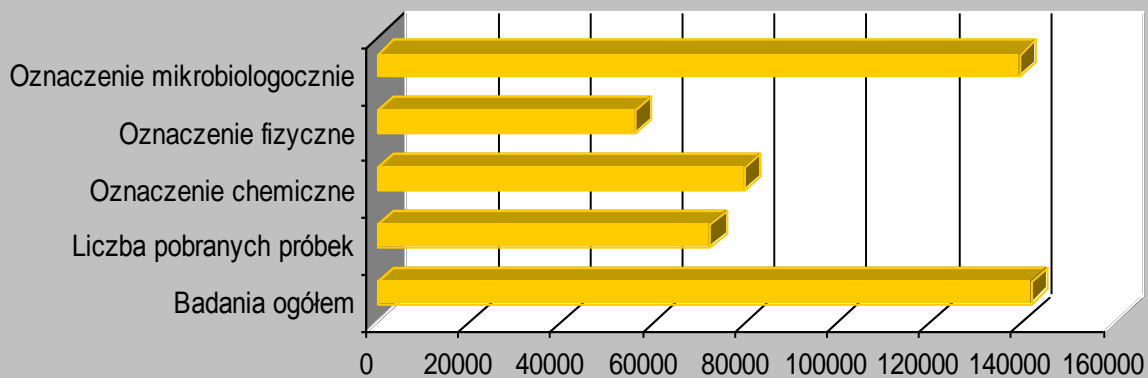
Liczba nałożonych kar, mandatów oraz wniosków o ukaranie
w województwie małopolskim w 2009 roku



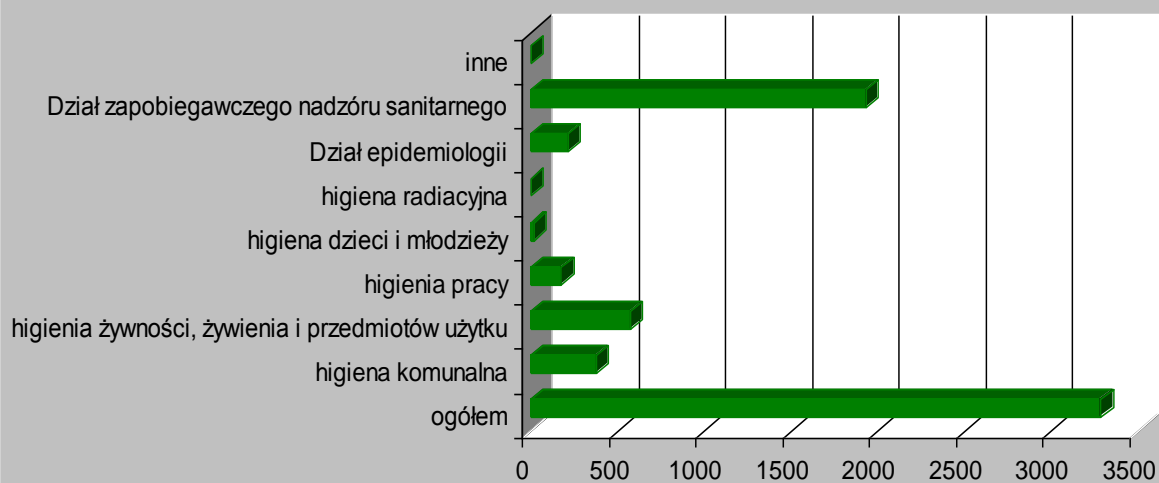
Liczba decyzji wydananych przez Państwową Inspekcję Sanitarną



Liczba wykonanych badań laboratoryjnych w województwie małopolskim w 2009 roku



Liczba wydanych postanowień w WSSE w Krakowie w 2009 roku



* Dane pochodzą ze sprawozdania o działalności kontrolno-represyjnej oraz w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego MZ- 45 za rok 2009r.

V. PODSUMOWANIE

Obserwowany w ostatnich latach spadek zapadalności na większość chorób zakaźnych nie zmienia faktu, że choroby te nadal pozostają poważnym problemem zdrowotnym i epidemiologicznym.

Rok 2009 pod kątem sytuacji epidemiologicznej, to okres zdominowany przez epidemię grypy, która została wywołana nowym wirusem AH1N1v. Wirus pojawił się wiosną 2009 roku w Meksyku, skąd poprzez drogę kropelkową rozprzestrzenił się po całym świecie, doprowadzając do pierwszej od 1968 roku pandemii. W województwie małopolskim zarejestrowano 113 tys przypadków grypy i schorzeń grypopodobnych. Liczba ta była pięciokrotnie wyższa niż w latach ubiegłych. W ciągu całego roku zakażeniem wirusa nowej grypy AH1N1v potwierdzono u 116 osób. W przebiegu infekcji 9 osób zmarło

W zakresie pozostałych chorób zakaźnych najistotniejsze znaczenie miały choroby szerzące się drogą pokarmową – głównie zakażenia rotawirusowe (zwłaszcza u dzieci do lat 2), norowirusowe i wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A). Zachorowania na biegunki dzieci do lat 2 wykazują wyraźną tendencję wzrostową. Aż 42% przypadków biegunek u dzieci w tej grupie wiekowej nie ma określonej etiologii.

Zaobserwowano również wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A. Łączna liczba zarejestrowanych zachorowań wynosi 44 przypadków, i jest to kilkakrotnie więcej niż w latach poprzednich.

Nie uległa zmianie liczba zachorowań na salmonellozy. Utrzymujące się wysokie wskaźniki zapadalności w niektórych powiatach przekraczające średnią dla województwa i kraju świadczyć mogą o częstszym występowaniu na tych terenach zakażenia pałeczkami Salmonella wśród zwierząt, zwłaszcza ptactwa domowego.

W 2009 roku zaobserwowano również zmniejszenie się zachorowań na choroby wieku dziecięcego - różyczki, ospy wietrznej i świnki. W przypadku różyczki spadek zachorowań jest po części wynikiem wprowadzenia obowiązkowych szczepień dzieci szczepionką trójwalentną przeciw odrze, śwince i różyczce, a po części wynika z naturalnej tendencji spadkowej zachorowań następującej po ich epidemicznej wyżyce. Cykliczną zmiennością typową dla niektórych chorób można tłumaczyć również spadek zachorowań na ospę wietrzną.

W zakresie zachorowań na WZW typu B aktualną sytuację epidemiologiczną można uznać za korzystną, głównie z powodu szerokiego rozpowszechnienia szczepień ochronnych..

Zwiększyła się ilość zakażeń meningokokowych w związku ze wzrostem rozpowszechnienia meningokoków grupy C cechujących się znaczną zdolnością do epidemicznego szerzenia się i powodowania ciężkich postaci zakażeń.

Wstępne dane wskazują, że w 2009r. zmarło ponad 387 tys. osób w Polsce, co oznacza prawie 8 tys. więcej niż w 2008r.; współczynnik umieralności wzrósł o 0,2 pkt do poziomu 10,1‰.

Do głównych przyczyn zgonów w Polsce należą choroby:

- krążenia
- choroby nowotworowe oraz
- urazy i zatrucia.

W zakresie układu umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwuje się istotną poprawę. Obecnie stanowią one przyczynę ponad 45% wszystkich zgonów, a w 2000r. – prawie 48%. Niekorzystnym zjawiskiem jest bardzo szybki wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi do 26% ogółu zgonów 2008r., przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań; w 2000r. stanowiły one 23% zgonów. Urazy i zatrucia są przyczyną prawie 7% wszystkich zgonów.

W 2009 roku zmniejszyła się ilość indywidualnych ujęć zaopatrujących w wodę. Czynnych było 544 wodociągów publicznych, które zaopatrywały w wodę 2609 tys. mieszkańców Małopolski tj. 80% ogółu ludności. Największa ich liczba, tj. 116 – mieściło się w powiecie krakowskim oraz 55 w powiecie suskim. Najniższa ilość wodociągów zaopatrujących w wodę odnotowano w powiatach: dąbrowskim (2), brzeskim (6), wielickim (8) oraz oświęcimskim (8). W 2009r. skontrolowano wszystkie wodociągi w powiatach; z wypadkiem powiatu olkuskiego w którym nie na 31 wodociągów w ewidencji skontrolowano 30 oraz w powiecie tatrzańskim w którym na 21 wodociągów skontrolowano 19. Nie odnotowano żadnego wyłączenia wodociągu ze względu na złą jakość wody, jednakże w sześciu powiatach ich stan został oceniony negatywnie (powiaty: bocheński, wielicki, myślenicki, suski, chrzanowski oraz dąbrowski).

Cztery z sześciu „unijnych” kąpielisk w powiatach: nowotarskim, bocheńskim, krakowskim, dąbrowskim oraz brzeskim, ocenione zostały jako dobre i stabilne, ponieważ przez cały sezon kąpielowy spełniały wymagania Dyrektywy Unii Europejskiej. Kąpielisko w Radogoszczy „Narożniki - Poręby” pow. dąbrowski; nieczynne było przez cały sezon letni z uwagi na zniszczenia wywołane falą powodziową. W pierwszej połowie lipca w sześciu zwyczajowych kąpieliskach nad Jeziorem Rożnowskim w powiecie nowosądeckim woda nie spełniała wymagań ze względu na zanieczyszczenia bakteriologiczne i fizykochemiczne

W roku 2009 na terenie województwa małopolskiego pobrano do badania 5956 próbek produktów spożywczych i materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością – o 115 więcej niż w roku wcześniejszym. W ramach urzędowej kontroli żywności zbadano 5866 próbek, w ramach monitoringu 799 próbek. Corocznie stwierdza się znaczny odsetek próbek zanieczyszczonych biologicznie, głównie szkodnikami i ich pozostałościami. Dotyczy to przede wszystkim produktów z grup: ziarno zbożowe i przetwory zbożowo-mączne, orzechy w tym arachidy, owoce (głównie suszone), grzyby, ziarna roślin oleistych. Wśród 171 próbek pobranych w ramach dochodzeń związanych opracowywaniem ogniska zatrucia pokarmowego zakwestionowano 17% - wszystkie z powodu stwierdzenia obecności bakterii Salmonella. W roku 2009 nastąpił wzrastający w stosunku do ubiegłych lat problem niewłaściwego stosowania substancji konserwujących, zwłaszcza dwutlenku siarki i siarczynów. Stwierdzono ich stosowanie w ilościach przekraczających dopuszczalne zawartości. Największej ilości wszystkich oznaczeń wykonanych w laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonano w WSSE w Krakowie, PSSE w Tarnowie, PSSE w Nowym Sączu. Najmniejszej ilości oznaczeń wykonano w PSSE w Myślenicach, PSSE w Zakopanem, PSSE w Chrzanowie.

Najwyższy odsetek zakwestionowanych próbek odnotowano na terenie powiatu limanowskiego (10,20%), oświęcimski (6,9%), olkuski (6,6%), wadowickim (6%) oraz suskim (5,85%). W 485 zakładach pracy (tj. 14 % skontrolowanych zakładów) stwierdzono występowanie czynników szkodliwych dla zdrowia w stężeniach i natężeniach przekraczających najwyższe dopuszczalne wartości (NDS i NDN). W takich warunkach w 2009 r. pracowało 13024 zatrudnionych, co stanowiło 7 % pracowników zatrudnionych w skontrolowanych zakładach pracy. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba narażonych na czynniki szkodliwe bądź uciążliwe pracowników spadła o 7%.

W roku 2009 na terenie województwa małopolskiego odnotowano 38 zbiorowych zatruc pokarmowych, w których chorych było 435 osób w tym 212 dzieci do lat 14, a hospitalizowanych 185 (tj. 42.52 %).

W zakresie zarejestrowanych przypadków chorób zawodowych w 2009 roku, odnotowano 10% -wy spadek w stosunku do roku ubiegłego. Najwięcej chorób zawodowych. stwierdzano jest w powiecie krakowskim, z uwagi na największą liczbę zakładów i zatrudnionych pracowników. W powiatach: tatrzański, suski, wielicki, nowotarski, proszowicki, bocheński

oraz miechowskim zarejestrowano najmniejsza ilość chorób zawodowych. Najczęściej występujące choroby zawodowe to: choroby narządu głosu u nauczycieli, pylice, choroby zakaźne lub pasożytnicze oraz ubytki słuchu. Zapadalność na choroby zawodowe była największa w powiecie krakowskim, chrzanowskim oraz oświęcimskim.

W 2009 roku w ewidencji województwa małopolskiego znajdowało się 8402 zakładów pracy zatrudniających ogółem 281090 pracowników, z czego 94 % (7862) to zakłady zatrudniające do 100 pracowników. Skontrolowano 3503 zakłady pracy (42 % wszystkich zewidencjonowanych) zatrudniające ogółem 199446 osób (tj. 71 % ogółu zatrudnionych). Najwyższy wskaźnik średniej ilości stwierdzonych nieprawidłowości przypadających na jeden skontrolowany zakład pracy w 2009r. odnotowano w powiecie: chrzanowskim, wadowickim, oświęcimskim, suskim oraz tarnowskim. Najczęściej występującą nieprawidłowością był: brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych, przekroczenia NDS, NDN, zły stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń, brak ocen ryzyka zawodowego, brak rejestru czynników szkodliwych oraz uchybienia w zakresie substancji i preparatów chemicznych.

W zakresie szczepień obowiązkowych, należy stwierdzić, że:

- największy odsetek dzieci w 6 roku życia nie zaszczepionych p/ko gruźlicy odnotowano w powiecie: nowotarskim, nowosądeckim, gorlickim, dąbrowskim oraz oświęcimskim,
- największy odsetek dzieci w 6 roku życia nie zaszczepionych p/ko krztuścowi odnotowano w powiecie: krakowskim, wielickim, nowotarskim, myślenicki oraz nowosądeckim,
- największy odsetek dzieci w 1 roku życia nie zaszczepionych p/ko poliomyelitis odnotowano w powiecie: suskim, limanowskim, krakowskim, nowosądeckim, gorlickim, wielickim oraz brzeskim,
- największy odsetek dzieci w 6 roku życia (czwarta dawka) nie zaszczepionych p/ko poliomyelitis odnotowano w powiecie: krakowskim, wielickim, nowosądeckim, myślenicki oraz nowotarskim;
- największy odsetek dzieci w 1 roku życia nie zaszczepionych p/ko błonicy, tężcowi i krztuścowi, odnotowano w powiecie: proszowicki, krakowskim, wielickim, nowosądeckim oraz miechowskim;
- największy odsetek dzieci w 6 roku życia nie zaszczepionych p/ko błonicy, tężcowi (piąta dawka), odnotowano w powiecie: krakowskim, wielickim, oraz nowosądeckim;
- największy odsetek dzieci w 2 roku życia nie zaszczepionych p/ko odrze, śwince i różyczce, odnotowano w powiecie: krakowskim, wielickim, myślenicki, limanowskim oraz nowosądeckim;
- największy odsetek dzieci w 10 roku życia nie zaszczepionych p/ko odrze, śwince i różyczce, odnotowano w powiecie: proszowskim, nowosądeckim, krakowskim, wielickim, tarnowskim oraz limanowskim.

W 2009 roku prowadzono monitoring stężeń pyłu PM10 na terenie miasta Krakowa przez Państwową Inspekcję Sanitarną i Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Krakowie, w zakresie stężenia pyłu PM10 w dzielnicy: Krowodrza, Nowa Huta, Śródmieście. Przekroczenia pyłu PM10 występowały głównie w sezonie zimowym a ich przyczyną były: niska emisja, emisja z indywidualnego ogrzewania budynków oraz niekorzystne warunki klimatyczne i topograficzne. Przekroczenia wartości dopuszczalnych występowały również z powodu emisji z zakładów przemysłowych, ciepłowni, elektrowni. Zaobserwowano również spadek stężenia średniorocznego metali ciężkich w pyłe PM10.

W zakresie zdrowia publicznego, pion zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zwracał

szczególną uwagę na rozwiązania techniczne mające na celu m.in. zabezpieczenie ludzi przed nadmiernym hałasem (ekrany akustyczne, zastosowanie okien o podwyższonej izolacji akustycznej), zabezpieczenie ludzi i środowiska przed wpływem zanieczyszczonego powietrza atmosferycznego będącego wynikiem działalności zakładów przemysłowych (zastosowanie filtrów), zabezpieczenie przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym i jonizującym (zastosowanie osłon) oraz ochronę zdrowia ludzi poprzez użycie właściwych materiałów budowlanych i instalacyjnych, zagwarantowanie właściwych warunków pracy i pobytu w pomieszczeniach (właściwa funkcja, parametry pomieszczeń).

Działania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego już na etapie planowania inwestycji czy projektowania, które niejednokrotnie powodowały nałożenie na inwestora określonych wymogów sanitarnohigienicznych, miały na celu ochronę zdrowia publicznego i środowiska. Na podstawie przeprowadzonych odbiorów inwestycji można stwierdzić, że stan sanitarno-techniczny oddanych do użytkowania obiektów jest dużo lepszy w stosunku do lat ubiegłych.