



RAPORT GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO

STAN SANITARNY KRAJU W ROKU 2010



Spis treści

| | |
|--|-----------|
| Wstęp | 4 |
| I Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych | 6 |
| 1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych | 6 |
| 1.1. Zatrucia i zakażenia pokarmowe | 7 |
| 1.2. Wirusowe zapalenia wątroby | 8 |
| 1.3. Zachorowania na choroby zakaźne wieku dziecięcego | 9 |
| 1.4. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową | 10 |
| 1.5. Grypa sezonowa oraz pandemia grypy A(H1N1)v na przełomie 2009 i 2010 roku | 11 |
| 1.6. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych na przestrzeni lat 2001-2010 | 12 |
| 1.7. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w 2011 r. | 17 |
| 2. Zagrożenie epidemiologiczne na terenach dotkniętych powodzią | 18 |
| 3. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce | 19 |
| 4. Występowanie ognisk epidemicznych w szpitalach na terenie kraju | 20 |
| 5. Analiza procesów dezynfekcji i sterylizacji | 23 |
| II Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej i innych placówek służby zdrowia | 27 |
| 1. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej | 27 |
| 1.1. Szpitale | 27 |
| 1.2. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze | 27 |
| 1.3. Sanatoria i prewentoria | 27 |
| 1.4. Hospicja stacjonarne | 28 |
| 1.5. Przychodnie, ośrodki zdrowia i poradnie | 28 |
| 1.6. Stacje Pogotowia Ratunkowego | 28 |
| 1.7. Medyczne laboratoria diagnostyczne | 28 |
| 2. Indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie, lekarzy dentyistów oraz pielęgniarek i położnych | 29 |
| Podsumowanie | 29 |
| III Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku | 30 |
| 1. Zakres nadzoru sanitarnego | 30 |
| 2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia | 30 |
| 2. Stan sanitarny środków transportu żywności | 30 |
| 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych | 31 |
| 4.1. Znakowanie środków spożywczych | 31 |
| 4.2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami | 31 |
| 4.3. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO) | 31 |
| 4.4. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach - RASFF | 32 |
| 5. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków | 32 |
| 6. Ocena sposobu żywienia | 32 |
| Podsumowanie | 33 |
| IV Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością zdrowotną suplementów diety w 2010 roku | 34 |
| V Dopalacze - nowe zagrożenie w dziedzinie zdrowia publicznego | 35 |
| VI Jakość wody przeznaczonej do spożycia | 37 |
| 1. Wprowadzenie | 37 |
| 2. Zaopatrzenie ludności w wodę | 37 |
| 3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych | 38 |
| 4. Analiza przekroczeń parametrów fizyko-chemicznych | 38 |
| VII Stan sanitarny kąpielisk i basenów | 40 |
| 1. Kąpieliska | 40 |
| 2. Baseny kąpielowe | 42 |



| | | |
|-------------|--|-----------|
| VIII | Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej | 43 |
| 1 | Wprowadzenie | 43 |
| 2 | Stan sanitarny wybranych obiektów | 43 |
| 2.1 | Ustępy publiczne | 43 |
| 2.2 | Domy pomocy społecznej | 43 |
| 2.3 | Obiekty świadczące usługi hotelarskie - hotele, obiekty wczasowo-turystyczne i inne świadczące usługi hotelarskie | 44 |
| 2.4 | Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi | 44 |
| 2.5 | Noclegownie | 45 |
| 2.6 | Obiekty komunikacji publicznej | 45 |
| 2.7 | Przejścia graniczne | 45 |
| 2.8 | Tereny rekreacyjne | 45 |
| 2.9 | Inne obiekty użyteczności publicznej | 46 |
| IX | Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy | 47 |
| 1 | Wprowadzenie | 47 |
| 2 | Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego | 47 |
| 3 | Choroby zawodowe | 49 |
| 4 | Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy | 49 |
| | Podsumowanie | 50 |
| X | Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych oraz warunki pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach | 51 |
| | Podsumowanie | 51 |
| XI | Zapobiegawczy nadzór sanitarny | 52 |
| | Podsumowanie | 54 |
| XII | Higiena radiacyjna | 55 |
| 1. | Informacje ogólne | 55 |
| 2 | Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich | 55 |
| 3 | Ochrona radiologiczna pacjenta | 56 |
| 4 | Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy | 56 |
| 5 | Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych | 57 |
| | Podsumowanie | 57 |
| XIII | Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia | 58 |
| 1 | Profilaktyka nadwagi i otyłości. Program edukacyjny pt. „Trzymaj Formę!” | 58 |
| 2 | Profilaktyka Palenia Tytoniu | 59 |
| 3. | Profilaktyka chorób zakaźnych | 61 |
| 4 | Bezpieczne wakacje - realizacja akcji prozdrowotnych | 62 |
| XIV | Sanitarna ochrona granic państwa | 63 |
| | Zakończenie | 64 |

Szanowni Państwo,

Państwowa Inspekcja Sanitarna została powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwych lub uciążliwych czynników środowiskowych oraz zapobieganiu powstawania chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Zadania i zakres działania służb sanitarnych określa ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.).

Jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują wymienione zadania sprawując zapobiegawczy i bieżący nadzór sanitarny, prowadząc działalność zapobiegawczą i przeciwepidemiczną w zakresie chorób zakaźnych oraz promując zachowania zdrowotne i postawy korzystne dla utrzymania zdrowia.

Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy również współpraca z Unią Europejską w zakresie zagadnień związanych ze zdrowiem publicznym i ochroną sanitarną ludności.

W 2010 r. w Polsce działało 16 wojewódzkich, 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

W 2010 r. nastąpiły znaczne i istotne z punktu widzenia finansowania zmiany organizacyjne w działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zapisem Ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku ze zmianami w organizacji i podziale zadań administracji publicznej w województwie wprowadzono podległość państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych wojewodzie, a państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych staroście. Odpowiedzialność merytoryczna, wyznaczanie kierunków działania oraz koordynacja pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostały w gestii Głównego Inspektora Sanitarnego. Dostosowanie pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej do zmienionego środowiska prawnego stanowiło znaczne wyzwanie, któremu udało się sprostać.

Stan sanitarny naszego kraju w 2010r. był dobry. Nie odnotowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, a obserwowany wzrost zachorowań na wybrane choroby zakaźne był kontynuacją trendów wieloletnich. Nie odnotowano zachorowań na dur brzuszny, wściekliznę u ludzi, błonicę ani poszczipienne poliomyelitis.

Wielka powódź która dotknęła nasz kraj w 2010 r. stworzyła poważne zagrożenie epidemiologiczne. Podjęto związane z tym liczne działania, m. in.:

- wzmożono nadzór nad nosicielami duru brzuszego, paradurów, zatruc i zakażeń pokarmowych,
- prowadzono na bieżąco dochodzenia epidemiologiczne w ogniskach zachorowań,
- zorganizowano akcję szczepień przeciwężcowych na terenach powodziowych
- zaopatrywano tereny powodziowe w środki dezynfekcyjne oraz sprzęt ochrony osobistej,
- badano wodę w uzdatnianych studniach i instalacjach,
- podjęto działania z zakresu edukacji zdrowotnej i szeroko informowano społeczeństwo na takie tematy, jak zapobieganie chorobom zakaźnym, zasady postępowania z zalaną żywnością, zasady postępowania w przypadku

narażenia na czynniki toksyczne, odkażanie studni, czyszczenie instalacji wodnych, walka z komarami,

- uruchomiono infolinie dotyczące zagrożeń sanitarno-epidemiologicznych na dotkniętych kataklizmem terenach.

Dzięki intensywnej pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udało się zminimalizować skutki zdrowotne związane z powodzią i zapobiec wybuchowi epidemii.

Problemem zdrowotnym, który pojawił się w czerwcu 2009 r. wraz z ogłoszeniem przez WHO pandemii grypy A(H1N1) i utrzymywał się do sierpnia 2010 r. było opracowanie strategii postępowania wobec tego zagrożenia. Dane płynące z systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wraz z analizami Krajowego Ośrodka ds. Grypy, w oparciu o zgłaszane przypadki zachorowań na grypę, ich przebieg oraz identyfikację izolowanych w populacji szczepów wirusa i ich rozprzestrzenieniu, były kluczowe przy podejmowaniu w resorcie zdrowia decyzji odnośnie działań przeciwepidemicznych. Decyzja o zaniechaniu szczepień masowych okazała się słuszna, czego wyrazem było uznanie dla stanowiska Polski wyrażane podczas obrad Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w czerwcu 2010 r. Podkreślono, że podjęte racjonalne decyzje uchroniły nasz kraj przed poniesieniem znacznych nieuzasadnionych kosztów zakupu szczepionek, w przeciwieństwie do innych krajów europejskich. Zapadalność na grypę w Polsce w 2010 r. (1443/100 tys. ludności) była o połowę niższa niż w 2009 r., ogółem odnotowano jedynie 218 przypadki zachorowań wywołanych szczepem A (H1N1), dwunastokrotnie mniej niż w roku poprzednim.

W zakresie sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych, niepokoić może utrzymujący się od wielu lat trend wzrostowy zachorowań na WZW C, połączony z niską wykrywalnością tej choroby w populacji. W 2010 r. zgłoszono 2178 przypadki zachorowań na WZW C, co stanowiło wzrost w stosunku do roku poprzedniego. Szacunkowe dane epidemiologiczne pozwalają sądzić, że liczba osób zakażonych wirusem HCV w Polsce sięga 730 tysięcy, a 80% przypadków zakażeń ma związek z wykonywaniem zabiegów medycznych. Od 2002 r. podejmowane są działania mające na celu poprawę w zakresie procesów sterylizacji narzędzi medycznych oraz warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych. Stan sanitarny ZOZ podlega nadzorowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W 2010 r. negatywnie oceniono stan sanitarny poniżej 1% indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, natomiast stan sanitarny ponad 24% szpitali objętych kontrolą uznano za niedostateczny. Na podstawie danych zebranych przez inspekcję sanitarną w 2010 r. na terenie Polski działało łącznie 614 szpitali, które w swoim statucie miały centralną sterylizatornię, spośród których jedynie w 23% przypadków całość procesów sterylizacji spełniała wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r.

Do podstawowych zadań wynikających z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w zakresie: higieny środowiska, a zwłaszcza wody do spożycia i w kąpieliskach, higieny pracy, higieny radiacyjnej,



Przemysław Biliński
Główny Inspektor Sanitarny



higieny procesów nauczania i wychowania, higieny wypoczynku i rekreacji, warunkom zdrowotnym żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz stanowi sanitarnemu zakładów opieki zdrowotnej. Nadzór ten odbywa się w oparciu o bazę laboratoryjną. Sieć nowoczesnie wyposażonych laboratoriów pozwala Państwowej Inspekcji Sanitarnej na obiektywną ocenę stanu sanitarnego kraju, która uwzględnia zarówno zagrożenia utrzymujące się stale, jak i nowo pojawiające się. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujące badania w szerokim zakresie (badania żywności, wody, różnego rodzaju badania środowiskowe i inne), dysponują wykwalifikowaną kadrą, odpowiednio przygotowaną infrastrukturą i nowoczesną aparaturą. Prowadzenie systematycznych badań oraz dokonywanie okresowych ocen stanu sanitarnego umożliwiają monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i sanitarnej oraz podejmowanie niezbędnych działań interwencyjnych. Wszelkiego rodzaju analizy i oceny są źródłem informacji do opracowania planów długoterminowych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz określania priorytetowych kierunków działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Działalność restrykcyjno - kontrolna nie może być główną czy jedyną domeną działalności nowoczesnej służby zdrowia publicznego. Do jej zadań ustawowych należy także pobudzenie aktywności społecznej do działań na rzecz własnego zdrowia, inicjowanie i wytyczanie kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowanie zasad higieny, racjonalnego odżywiania się i zapobiegania chorobom. Takie zadania zgodne są ze strategią Unii Europejskiej na lata 2008-2013 na rzecz zdrowia, zawartą w Białej Księdze i przyjętą przez Komisję Europejską w 2007 r. z zaleceniem implementacji przez kraje członkowskie. Główne zalecenia dotyczą wzmocnienia wszelkich działań dotyczących prewencji, promocji zdrowego stylu życia, ograniczania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i wyrównywania tzw. nierówności społecznych w zdrowiu. W ten profil wpisują się nowe role i zadania podejmowane w 2010 r. przez świetnie wykształcone kadry Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Stałym zadaniem Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest stawianie czoła nowo pojawiającym się zagrożeniom zdrowotnym. W 2010 r. takim wyzwaniem okazała się lawinowo narastająca fala zatruc preparatami psychoaktywnymi, popularnie nazywanymi „dopalaczami”. Są to substancje zakazane w myśl ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, środki farmakologicznie czynne nie dopuszczone do obrotu poza aptekami lub dotąd zupełnie nieznanne substancje, dodawane do produktów dostępnych w legalnym obrocie pod postacią odżywek, mieszanek ziołowych lub nawet jako „artykuły kolekcjonerskie nie do spożycia”.

Walka z tym zjawiskiem w znacznej mierze spoczęła na barkach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zarówno w wymiarze komunikacji społecznej oraz szybko podjętych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, jak i kontroli rynku tych groźnych substancji zastępczych. Walka ta jest trudna ze względu na złożoną sytuację prawną, nieznaną charakter stosowanych substancji chemicznych i specyfikę środowiska, zajmującego się rozprawdaniem tych środków.

Do 2009 r., na mocy porozumienia z 2005 r. między Głównym Inspektorem Sanitarnym a Głównym Inspektorem Ochrony Środowiska, ocena stanu zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego była opracowywana przez Departament Higieny Środowiska GIS. Porozumienie to wygasło z końcem 2009 r. i od początku 2010 r. ocena stanu zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego wykonywana jest przez organy Inspekcji Ochrony Środowiska, stąd też ocena taka nie jest zawarta w niniejszym opracowaniu.

Przedstawiony „Stan sanitarny kraju za 2010 rok” opracowano w Głównym Inspektoracie Sanitarnym na podstawie informacji i materiałów nadesłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych. Prezentowane dane liczbowe pochodzą ze sprawozdań statystycznych za rok 2010 realizowanych przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej oraz w zakresie nie ujętym w sprawozdaniach z systemów monitoringu Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niniejsze opracowanie przedstawia stan sanitarny na dzień 1 grudnia 2010 roku i stanowi porównanie ze stanem na koniec roku 2009.

Zapraszam Państwa do lektury.

Przemysław Biliński
Główny Inspektor Sanitarny

I Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w roku 2010 należy uznać za dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś obserwowany wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej.

Szczególnego znaczenia zaczęły nabierać choroby odzwierzęce. Obok znanych od wielu dziesięcioleci zagrożeń takich jak salmonelozę, brucelozę czy wściekliznę, z którymi służby sanitarno-epidemiologiczne i weterynaryjne skutecznie walczą, uwagę zaczęły skupiać nowe zoonozy, takie jak: gorączki hantawirusowe, leptospiroza, czy choroby odkleszczowe.

Odłącznym zagadnieniem była ubiegłoroczna wielka powódź, która oprócz spowodowania wielu strat materialnych, stworzyła również poważne zagrożenie epidemiologiczne, które dzięki wysiłkom m. in. Państwowej Inspekcji Sanitarnej udało się zminimalizować.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 1.1) - w oparciu o przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, Meldunki dwutygodniowe o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszone w 2010 r. - dane te są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie.



| poz | Jednostka chorobowa Zachorowania | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|--------------------|
| 1. | AIDS i zakażenia HIV | 163 | 157 | 167 | 173 | 190 | 142 | 151 |
| 2. | Dur brzuszny | 2 | 3 | 3 | 2 | 5 | 4 | 0 |
| 3. | Dury rzekome A, B i C | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 5 | 6 |
| 4. | Salmonelozę - ogółem | 15 958 | 16 007 | 13 364 | 11 702 | 9605 | 8964 | 9719 |
| 5. | Czerwonka bakteryjna | 74 | 80 | 35 | 64 | 32 | 30 | 24 |
| 6. | Wirusowe zakażenia jelitowe | 10 398 | 12 533 | 20 671 | 21 748 | 32 535 | 32 660 | 32 654 |
| 7. | w tym zakażenia jelitowe rotawirusowe | b.d. | 9996 | 15 702 | 15 187 | 23 646 | 22 045 | 20 890 |
| 8. | Biegunki u dzieci do lat 2 | 16 361 | 17 284 | 21 310 | 22 706 | 29 188 | 31320 | 30 134 |
| 9. | Krzusiec | 2 955 | 1 925 | 1 525 | 1 985 | 2 167 | 2391 | 1 272 |
| 10. | Tężec | 25 | 15 | 22 | 19 | 14 | 19 | 16 |
| 11. | Odra | 11 | 13 | 120 | 36 | 97 | 114 | 14 |
| 12. | Różyczka | 4 857 | 7 946 | 20 659 | 22 890 | 13 143 | 7586 | 4 197 |
| 13. | Ospa wietrzna | 147 977 | 147 751 | 141 218 | 160 161 | 129 545 | 140 115 | 183 323 |
| 14. | Nagminne zapalenie przyusznicy (świnka) | 135 179 | 71 999 | 15 114 | 4 147 | 3273 | 2954 | 2 747 |
| 15. | Nagminne porażenie dziecięce - poszczepienne | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 16. | Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych | 906 | 1 075 | 1578 | 1201 | 708 | 737 ¹ | 1 177 ¹ |
| 17. | Wirusowe zapalenie mózgu (wszystkie) | 521 | 387 | 608 | 510 | 406 | 538 ² | 181 ² |
| 18. | Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze | 262 | 174 | 316 | 233 | 200 | 344 | 292 |
| 19. | Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznicą, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu) | 205 | 208 | 234 | 392 | 369 | 306 | 222 |
| 20. | w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - meningokokowe | 112 | 126 | 137 | 213 | 214 | 192 | 136 |
| 21. | Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznicą, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu) | 125 | 72 | 54 | 46 | 29 | 20 | 16 |
| 22. | w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - <i>Haemophilus influenzae</i> | 77 | 56 | 39 | 37 | 20 | 14 | 9 |

Tabela 1.1.
Liczba zgłoszonych przypadków chorób zakaźnych w Polsce w latach 2004-2010 (dane za 2010 rok są w trakcie weryfikacji)



| poz | Jednostka chorobowa Zachorowania | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----|--|---------|---------|---------|---------|--------|--|-------------------|
| 23. | Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu) | bd | 175 | 211 | 273 | 268 | 275 | 240 |
| 24. | w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - pneumokokowe | bd | 110 | 117 | 162 | 148 | 163 | 149 |
| 25. | Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - bakteryjne inne lub o nieustalonej etiologii | 620 | 902 | 685 | 657 | 584 | 498 | 516 |
| 26. | Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem | 3 937 | 4 875 | 4 883 | 4 371 | 3983 | 4174 | 4 068 |
| 27. | w tym wzw typu A | 95 | 54 | 109 | 42 | 209 | 652 | 156 |
| 28. | wzw typu B | 1 570 | 1 724 | 1 751 | 1 523 | 1375 | 1513 | 1634 |
| 29. | wzw typu C | 2 157 | 2 993 | 3 025 | 2 811 | 2393 | 1932 ³ (1969) ⁴ | 2178 ³ |
| 30. | Włośnica | 163 | 62 | 135 | 292 | 4 | 36 | 51 |
| 31. | Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem | 19 872 | 20 065 | 17 264 | 15 241 | 12 215 | 10 817 | 11 450 |
| 32. | w tym - salmonelozowe | 15 818 | 15 621 | 13 216 | 11 566 | 9473 | 8847 | 9 537 |
| 33. | - gronkowcowe | 565 | 658 | 417 | 407 | 202 | 146 | 217 |
| 34. | - jadem kiełbasianym | 53 | 28 | 50 | 48 | 46 | 31 | 30 |
| 35. | - Clostridium perfringens | 1 | 4 | 5 | 4 | 3 | 1 | 8 |
| 36. | Borelioza (Choroba z Lyme) | 3 822 | 4 406 | 6 679 | 7 731 | 8248 | 10 333 | 9 011 |
| 37. | Grypa - ogółem | 336 919 | 733 234 | 251 815 | 374 042 | 227346 | 1 081 975 | 550 573 |
| 38. | Wścieklizna | - | - | - | - | - | - | - |
| 39. | Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę - profilaktyka wścieklizny | 7 556 | 7 711 | 7 510 | 7 092 | 6887 | 6874 | 7 497 |
| 40. | Choroba Creutzfeldta-Jakoba | 13 | 13 | 10 | 11 | 11 | 17 | 16 |
| 41. | Gruźlica | 9493 | 9269 | 8587 | 8614 | 8081 | 8236 | 7509 |

¹ Od 2009 r. suma wirusowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych: enterowirusowych, opryszczkowych, innych określonych, nie określonych oraz towarzyszących innym chorobom ujętym w MZ-56

² Od 2009 r. suma wirusowych zapaleń mózgu: opryszczkowych, innych określonych, nie określonych oraz towarzyszących innym chorobom ujętym w MZ-56

³ Liczba zgłoszonych zachorowań zgodnie z nową obowiązującą od 2009 r. definicją przypadku

⁴ Liczba zgłoszonych zachorowań zgodnie z definicją przypadku z 2005 r.

1.1 Zatrucia i zakażenia pokarmowe

W 2010 r. obserwowano dalszy spadek liczby bakteryjnych zatruc i zakażeń pokarmowych. Wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zatrucie pokarmowe wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi Salmonella. Zwiększył się udział zatruc pokarmowych wywołanych przez bakterie z rodzaju Campylobacter (z 255 w 2008 r. i 361 w 2009 r. do 371 w 2010 r.), natomiast w zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju Yersinia zaobserwowano niewielki spadek (z 288 w 2009 r. do 208 w 2010 r.). Wykrywanie drobnoustrojów innych niż pałeczki Salmonella świadczy o wciąż poprawiającej się diagnostyce laboratoryjnej zakażeń i zatruc pokarmowych pozwalającej na ustalenie czynnika etiologicznego odpowiedzialnego za wystąpienie zakażenia lub zatrucia pokarmowego.

Nadal sporadycznie występowały zachorowania na czerwonkę bakteryjną oraz zachorowania na dur brzuszny i dury rzekome. W 2010 r. potwierdzono 24 zachorowania na czerwonkę bakteryjną, w porównaniu do 30 zachorowań w 2009 r., 32 zachorowań w 2008 r. i 64 zachorowań w 2007 r. W roku 2010 nie zarejestrowano ani jednego zachorowania na dur brzuszny, natomiast odnotowano 6 przypadków durów rzekomych. Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne na terenie każdego z województw prowadzą rejestry nosicieli pałeczki duru brzuszkiego będących potencjalnym źródłem zakażenia.





Zgodnie z danymi za rok 2010 r. aktualnie w Polsce łącznie zarejestrowanych jest 553 nosicieli duru i paradurów.

W roku 2010, w stosunku do 2009 r. i 2008 r. nie zaobserwowano wzrostu liczby zgłoszonych przypadków biegunek u dzieci do lat 2, która utrzymuje się od 3 lat na podobnym poziomie, choć w porównaniu do lat wcześniejszych jest wyraźnie wyższa.

W większości są one spowodowane zakażeniami wirusowymi, zwłaszcza rotawirusowymi, lub zakażeniami o nieustalonym czynnikiem etiologicznym.

Należy zauważyć, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym.

1.2 Wirusowe zapalenia wątroby

1.2.1 Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Polska, podobnie jak większość państw rozwiniętych, przestała być już krajem o wysokiej endemiczności występowania wirusowego zapalenia wątroby typu A (WZW A), tj. krajem w którym wirus HAV wywołujący zakażenie krąży w populacji powodując masowe zachorowania przede wszystkim wśród dzieci i młodych osób. Obecnie Polska stała się krajem o średniej i nadal obniżającej się endemiczności występowania WZW A. Jednocześnie należy ocenić, że wciąż istnieje i będzie narastać zagrożenie wybuchem wyrównawczej epidemii WZW A ze względu na powszechną i wzrastającą wrażliwość populacji na zakażenie tym wirusem. Przykładem są osoby w wieku poniżej 40 roku życia, które nie miały możliwości ulec zakażeniu HAV w okresie dzieciństwa i dlatego należy się liczyć z powszechną podatnością tej grupy osób na zakażenie (stosowne badania przesiewowe poziomu odporności w populacji to potwierdzają). W porównaniu do roku 2009, w roku 2010 odnotowano wyraźny spadek liczby zachorowań na WZW A, i jest to niejako kontynuacja trendu spadkowego, który utrzymywał się w latach 1997-2007. Wzrost zachorowań w latach 2008 i 2009 dotyczył głównie młodych osób dorosłych między 20 a 30 rokiem życia i należy je wiązać z brakiem odporności i powszechną podatnością młodych osób dorosłych na zakażenie HAV. Z uwagi, iż w latach wcześniejszych zapewniono w Polsce powszechny dostęp wody pitnej poddanej uzdatnianiu, w wyniku kanalizowania wsi i małych miast, oraz upowszechniania przetworzonej opakowanej żywności, nie obserwuje się mimo wszystko dużych ognisk epidemicznych, a jedynie pojedyncze ogniska epidemiczne, w tym będące skutkiem zawleczenia zakażeń HAV w wyniku wyjazdów turystycznych do krajów o nadal wysokiej endemiczności ich występowania.

Pomimo coraz niższej zapadalności na WZW A, ważne jest prowadzenie szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie w grupie osób zatrudnionych przy produkcji i dystrybucji żywności oraz wody pitnej. Wykonywanie szczepień przeciw WZW A jest także zalecane dla osób planujących wyjazd do krajów o wysokiej endemiczności zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A, w celu ochrony tych osób przed zachorowaniem oraz powstaniem ognisk epidemicznych na terenie kraju.

Liczba dzieci objętych opieką w formie zinstytucjonalizowanej np. w żłobkach lub domach małego dziecka jest bowiem znikoma. Organy władzy publicznej mają w związku z tym niewielki wpływ na zapobieganie zakażeniom i zatruciom pokarmowym w środowisku domowym. Pewien wpływ może odgrywać oświata zdrowotna poprzez kształtowanie zachowań prozdrowotnych na rzecz zwiększania higieny osobistej oraz higieny przygotowania posiłków w rodzinach dzieci w wieku do lat 2, a także informowanie rodziców o możliwości podejmowania u dzieci w wieku 6 - 24 tyg. działań profilaktycznych w postaci szczepień ochronnych przeciw rotawirusom

1.2.2 Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) obniża się stopniowo od lat 90-tych, tj. od chwili wprowadzenia szczepień przeciw WZW B. W roku 2010 r. odnotowano 1634 przypadki WZW B, a w 2009 r. zachorowało 1513 osób. Dla porównania w 2008 r. zgłoszono 1375 zachorowań, w 2007 r. - 1523 zachorowania, a w 2006 r. 1751 zachorowań. Z uwagi na powszechność obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, jedynie sporadycznie dochodzi do ostrego WZW B w populacji objętej obowiązkowymi szczepieniami. Obecnie przyjmuje się, że populacja osób do 25 roku życia jest uodporniona przed zakażeniem wirusem HBV. Wydaje się jednak, że nadal istotne w zapobieganiu zakażeniom wirusem HBV jest informowanie społeczeństwa o możliwości podejmowania działań profilaktycznych w postaci szczepień ochronnych.



1.2.3 Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) cechuje obserwowany od wielu lat trend wzrostowy. W 2010 roku odnotowano dalszy wzrost liczby zgłoszonych przypadków tej choroby (tj. 2178 przypadków). Dla porównania w roku 2009 stwierdzono 1969 zachorowań, w 2008 roku zgłoszono 2393 zachorowania, podczas gdy w roku 2007 zgłoszono 2811 zachorowań, w 2006 roku - 3025 zachorowań, zaś w 2005 roku - 2993 zachorowania. Z uwagi na zazwyczaj skąpoobjawowy lub bezobjawowy kliniczny przebieg zakażenia wirusem HCV, wykrywalność przypadków zakażenia dotyczy jedynie nielicznych osób chorujących



w sposób objawowy lub stwierdzonych przypadkowo w trakcie badań wykonywanych z innych powodów, np. u krwiodawców. Szacunkowe dane epidemiologiczne pozwalają jednak sądzić, że liczba osób zakażonych wirusem HCV w Polsce sięga ok. 730 tysięcy. Wiadomym jest, że ok. 80 % zarejestrowanych przypadków zakażeń ma związek z wykonywaniem zabiegów medycznych. Wskazuje to na występowanie warunków umożliwiających szerzenie się zakażeń, zwłaszcza w zakładach opieki zdrowotnej, gabinetach lekarskich oraz innych miejscach świadczenia usług, w trakcie których wykonywania dochodzi lub może dojść do naruszenia ciągłości tkanek (np.: gabinety tatuażu, kosmetyczne, zakłady fryzjerskie). Wskazuje to jednocześnie na niedostatek w zakresie nieswoistych działań podejmowanych dla zapobieżenia zakażeniom (sterylizacja narzędzi, dezynfekcja pomieszczeń i urządzeń, procedury wykonywania zabiegów naruszających ciągłość tkanek). Z uwagi na brak swoistych metod zapobiegania zakażeniom HCV, np. w drodze szczepień ochronnych, jedynie działania nieswoiste polegające na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń medycznych oraz innych zabiegów przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek, mogą zapobiec szerzeniu się zachorowań na WZW C. Od 2002 roku są podejmowane działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń i urządzeń. Zakłady opieki zdrowotnej są zobowiązane do prowadzenia w tym zakresie własnych działań

m.in. przez tworzenie komitetów i zespołów zakażeń szpitalnych, opracowywanie i wdrażanie wewnętrznych procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób minimalizujący ryzyko szerzenia się zakażeń szpitalnych, w tym wywołanych przez wirus HCV. Ponadto, należy wspomnieć o inicjatywach, które Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje w obliczu narastającego w Polsce problemu zakażeń HCV. W latach 2005 - 2006 siłami Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Polskiej Grupy Ekspertów HCV zrealizowano Pilotażowy Program Profilaktyki HCV pn. "HCV można pokonać", zaś w 2010 r. rozpoczęto kolejne przedsięwzięcie ukierunkowane na działania edukacyjno-informacyjne społeczeństwa i grup zawodowych zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, pn. „STOP! HCV”.

Możliwie wczesne od chwili zakażenia rozpoznawanie zakażenia wirusem HCV, zwiększa szanse na skuteczne leczenie przeciwwirusowe. Rozpoznanie zakażenia w 1. roku od chwili zakażenia, daje wysokie, ok. 90-100%, szanse wyleczenia. W przypadku przewlekłego WZW C szansa wyleczenia nie przekracza 40%. Oznacza to konieczność wykonywania badań do celów sanitarno-epidemiologicznych w kierunku zakażenia wirusem HCV u wszystkich osób podejrzanych o zakażenie np. w wyniku ekspozycji zawodowej na skutek zakłucia igłą lub zranienia innymi narzędziami skażonymi krwią osoby zakażonej HCV. Występujące od dłuższego czasu problemy w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń HCV powinny ponadto skłaniać do zwiększenia dostępności do specjalistycznego poradnictwa i diagnostyki laboratoryjnej zakażeń wirusami hepatotropowymi.

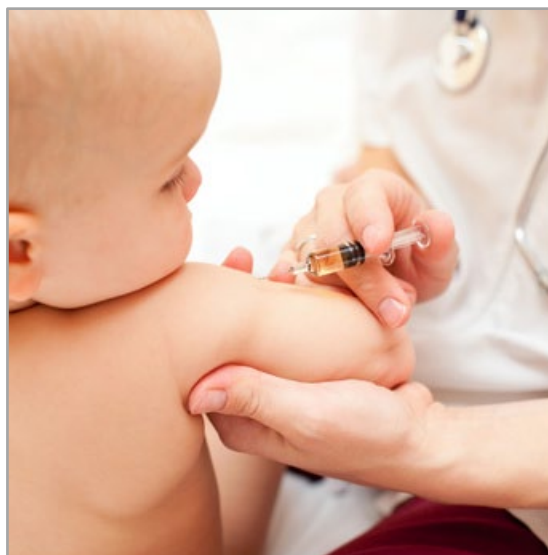
1.3 Zachorowania na choroby zakaźne wieku dziecięcego

Liczba zachorowań na krztusiec cechuje się dużą zmiennością. W latach 2004-2005 liczba zgłoszeń wynosiła ok. 2000 przypadków zachorowań, w 2006 roku spadła do 1525 przypadków, a następnie od roku 2007 obserwowano stopniowy, nieznaczny, ponowny wzrost liczby zachorowań. W roku 2009 liczba zachorowań wyniosła 2391 przypadków i była większa niż w roku 2008, kiedy odnotowano ich 2167. Natomiast w 2010 roku odnotowano spadek liczby zachorowań na tę chorobę. Istotne znaczenie w walce z krztuścem mają prowadzone od 2003 roku szczepienia przypominające przeciw krztuścowi u dzieci w 6 roku życia - szczepionką DTPa (błoniczo-tężcową z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym).

Od końca 2003 roku prowadzono również obowiązkowe powszechne szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trójwartentnej (MMR), wykonywane u dzieci w 13-15miesiącu życia, a od 2005 roku również szczepienia przypominające w 12 roku życia z użyciem szczepionki trójwartentnej (MMR), które obecnie są wykonywane w 10 roku życia.

W 2010 roku na nagminne zapalenie przyusznic (świnkę) zachorowało 2747 dzieci, w 2009 roku - 2954 dzieci, a w 2008 r. - 3271 dzieci. Tymczasem jeszcze w 2005 roku wystąpiło 71 999 zachorowań, zaś w 2004 roku - 135 179 zachorowań. Spadek zachorowań na nagminne zapalenie przyusznic spowodowany był wprowadzeniem powszechnych obowiązkowych szczepień

przeciw odrze, różyczce i śwince. W związku ze szczepieniami prognozuje się dalszy spadek zachorowań na tę chorobę zakaźną w latach następnych, jednakże dokładna analiza trendu będzie możliwa dopiero po zaszczepieniu szczepionkami MMR kolejnych roczników dzieci podlegających obowiązkowym szczepieniom.





Liczba zachorowań na różyczkę cechuje się dużą zmiennością i w 2010 roku. wyniosła 4197, zaś w 2009 roku - 7586, w 2008 roku - 13 145, a w 2007 roku - 22 886.

Dla porównania w 2005 roku wystąpiły 7946 zachorowania, zaś w 2004 roku. - 4857 zachorowań. Obecność wirusa różyczki w populacji dzieci i młodzieży powoduje, że w wyniku ponownego z nim kontaktu u osoby wcześniej szczepionej lub która przebyła zakażenie, dochodzi do ponownego wzrostu poziomu przeciwciał ochronnych i trwałego utrzymywania się odporności. Wskutek jednak powszechnych szczepień ochronnych i zmniejszenia się liczby dzieci chorujących na różyczkę w populacji może dojść do występowania zwiększonej liczby zachorowań na różyczkę w starszych grupach wiekowych, w tym w grupie kobiet w wieku rozrodczym. Wobec braku stymulacji immunologicznej w wyniku kontaktu z obecnym w populacji wirusem różyczki u osób szczepionych należy się też liczyć z zanikiem odporności poszczepiennej po ok. 15 latach od chwili szczepienia.

Z uwagi na przesuwanie się terminu świadomej decyzji o posiadaniu potomstwa przez kobiety po 30 roku życia konieczne będzie zatem rozważenie w przyszłości zasadności wprowadzenia szczepień przypominających przeciw różyczce wykonywanych u kobiet w celu zapobieżenia różyczce wrodzonej u dzieci. Ze względu jednak na teratogenne działanie szczepionek na płód (wysokie ryzyko wystąpienia zespołu ciężkich wad wrodzonych u płodu, w wyniku zakażenia wirusem szczepionkowym) podanie przypominającej dawki szczepionki musiałyby być zalecane w okresie połogu, lub w skojarzeniu ze środkami antykoncepcyjnymi stosowanymi w trakcie 3 miesięcy poprzedzających wykonanie szczepienia przypominającego przeciw różyczce.

W 2010 roku odnotowano wyraźny wzrost liczby zachorowań na ospę wietrzną w porównaniu do lat ubiegłych, w szczególności 2008 i 2009, kiedy odnotowano ich wyraźny spadek. Ospę wietrzną, podobnie jak różyczkę czy świnkę, cechuje cykliczne występowanie epidemicznych wzrostów zachorowań co kilka lat.

1.4 Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową

Neisseria meningitidis (dwoinka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, meningokok) jest jednym z najczęstszych czynników etiologicznych zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy, określanych wspólnie mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (ICHM). Zjawisko kolonizacji *N. meningitidis* u ludzi występuje powszechnie. Bakterie bytują na błonie śluzowej nosogardzieli. W okresach nieepidemicznych 5-10% populacji może być skolonizowana przez meningokoki, natomiast podczas epidemii liczba ta wyraźnie wzrasta.

Epidemie wywoływane są głównie przez szczepy z grup serologicznych A, C, Y i W 135. W Europie za większość zakażeń meningokokowych odpowiadają szczepy dwóch grup serologicznych - B i C. Ogniska epidemiczne i epidemie wywołują przeważnie meningokoki serogrupy C. W przypadku zakażeń meningokokowych

za ognisko epidemiczne uważa się wystąpienie 2 lub więcej zachorowań, dla których można ustalić związek epidemiologiczny. Pojawienie się meningokoków serogrupy C na danym terenie wpływa na ogólny wzrost liczby zachorowań inwazyjnych i wyższą śmiertelność. Polska jest jednym z krajów, w których wzrosła liczba zakażeń wywołanych przez serogrupę C. Obecnie przyczyną ok. 40% zachorowań są meningokoki serogrupy C.

W Tabeli 1.2. przedstawiono zachorowalność i zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce w latach 2009 i 2010. Najwięcej zakażeń występuje u dzieci poniżej 5 roku życia, a zwłaszcza u niemowląt, u których najczęstszą przyczyną są meningokoki należące do serogrupy B. Liczne zachorowania występują również wśród młodzieży między 15 a 19 rokiem życia, stanowiącej grupę podwyższonego ryzyka zakażeniami meningokokami zwłaszcza serogrupy C.

Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności

| Jednostka chorobowa | 1.01-31.12.2010 r. * | | 1.01-31.12.2009 r. | |
|--------------------------------------|----------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | Liczba | Zapadalność | Liczba | Zapadalność |
| ogółem | 222 | 0,58 | 296 | 0,78 |
| Choroba meningokokowa inwazyjna | | | | |
| zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu | 136 | 0,36 | 190 | 0,50 |
| Posocznica | 149 | 0,39 | 190 | 0,50 |
| inna określona i nieokreślona | 2 | 0,01 | 2 | 0,01 |

Tabela 1.2.

Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 r. oraz w porównywalnym okresie 2009 r. (NIZP-PZH)

Wpływ na obniżenie się liczby zachorowań, podobnie jak w ubiegłych latach, mają: poprawiający się nadzór nad zachorowaniami, oraz coraz większa powszechność szczepień, zwłaszcza przeciw meningokokom grupy C, które są zalecane przez Ministra Zdrowia corocznie w ramach Programu Szczepień Ochronnych. Lekarz pediatra i lekarz rodzinny mają obowiązek informowania rodziców/opiekunów dziecka o możliwości wykonania takiego szczepienia zalecanego. Szczepionki skoniugowane przeciwko meningokokom zalecane dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych są ogólnie dostępne. Ponadto dla osób podróżujących, które udają się do krajów o wysokiej zapadalności na zakażenia wywołane przez *Neisseria meningitidis* grupy A, zalecana jest szczepionka polisacharydowa przeciwko grupie A + C, stosowana u dzieci w wieku powyżej dwóch lat oraz u osób dorosłych.

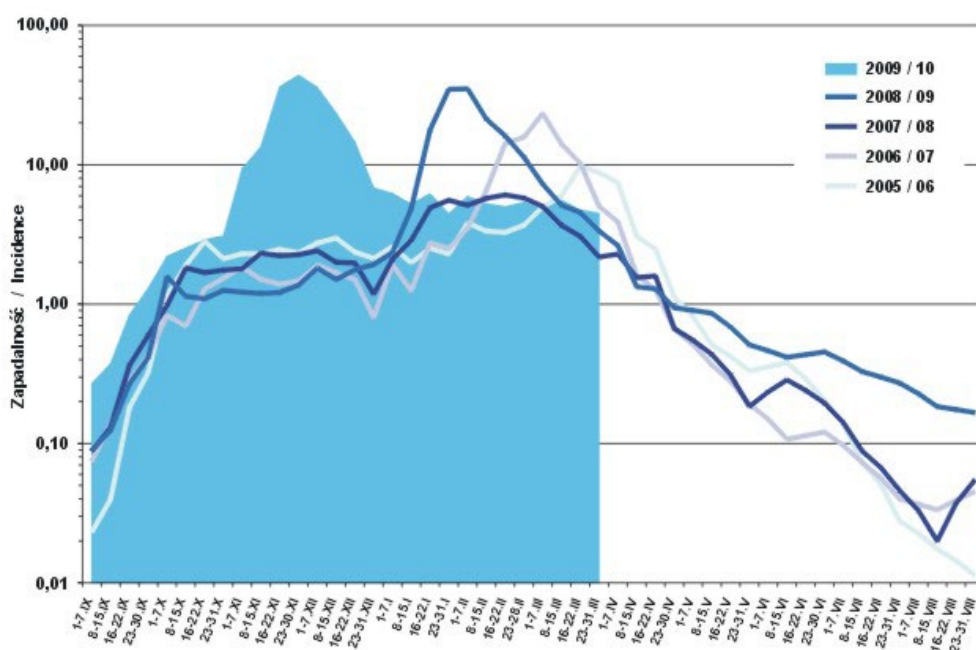
1.5 Grypa sezonowa oraz pandemia grypy A(H1N1)v na przełomie 2009 i 2010 roku

W Polsce w roku 2010 r. zarejestrowano 550 573 zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę. Ze względu na fakt, że grypa jest chorobą wywołującą okresowe wzrosty zachorowań w okresie jesienno-zimowym (ze szczytem w okresie stycznia - marca), a przyczyną zachorowań są różne szczepy wirusa, z których jeden wykazuje przeważnie dominację w kolejnych 2-3 sezonach, dane o grypie można zestawiać sezonowo od początku września do końca marca roku następnego.



Sezon zachorowań na przełomie 2009/2010 r. charakteryzował się pojawieniem nowego typu wirusa grypy - A(H1N1)v, który wywołał pierwsze zachorowania w marcu/kwietniu 2009 r. w Meksyku. Szybkie szerzenia zachorowań poza typowym sezonem wywołało zaniepokojenie Światowej Organizacji Zdrowia i w efekcie doprowadziło do ogłoszenia Pandemii Grypy 2009. Biorąc pod uwagę powszechny brak odporności populacji poniżej 60 roku życia na zakażenie nowym szczepem wirusa, szerzenie zachorowań było szybkie i szczyt zachorowań na grypę w sezonie 2009/2010 r. w Polsce przypadł w listopadzie 2009 r. tj. o ponad 2 miesiące wcześniej niż szczyty zachorowań na grypę w latach poprzedzających. Szczyt zachorowań nastąpił w okresie 23-30 listopada 2009 r. - liczba zachorowań wyniosła 133 970 przy średniej dziennej zapadalności 43,91/100 000 mieszkańców.

Łącznie w sezonie grypowym, na przełomie 2009/2010 r., w okresie od 1 września 2009 r. do 31 marca 2010 r., zarejestrowano 748 717 przypadki zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę. Zanotowano 182 zgonów z powodu grypy wywołanej wirusem A(H1N1)v, przeważnie u osób cierpiących na choroby przewlekłe.



Rycina 1.1.
 Zachorowania i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce - zestawienie sezonami

W dniu 10 sierpnia 2010 r., w oświadczeniu Dyrektora Generalnego WHO ogłoszono zakończenie pandemii Grypy i przejście w okres postpandemiczny. Wejście w tę fazę umotywowane było oceną sytuacji epidemiologicznej opartą o dane z raportów o sytuacji grypy w krajach obecnie będących w sezonie epidemicznym tej choroby oraz doświadczeniami z wcześniejszych pandemii. Dane kliniczne i epidemiologiczne wskazują, że grypa wywołana nowym szczepem miała zazwyczaj przebieg łagodny i samoograniczający.

W sezonie grypowym 2010/2011 szczep wirusa należące do podtypu A(H1N1)v jest kwalifikowany jako szczep grypy sezonowej i przewiduje się, że będzie one krążyć w populacji jeszcze przez co najmniej kilka lat, wywołując ogniska zachorowań na grypę, zarówno w sezonie epidemicznym, jak i poza nim.



System raportowania zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę jest uzupełniony o system wybiórczego nadzoru epidemiologicznego (sentinel), który nadal prowadzony jest we współpracy z wybranymi lekarzami świadczącymi podstawową opiekę zdrowotną, obejmując wykonywanie badań laboratoryjnych dla celów nadzoru epidemiologicznego. Nadzór ten sprawowany jest przez 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, a koordynowany przez Krajowy Ośrodek ds. Grypy w Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

W celu zapewnienia efektywnego reagowania na zagrożenia zdrowia publicznego niezbędne jest kontynuowanie nadzoru epidemiologicznego nad zachorowaniami na grypę i zachorowaniami grypopodobnymi, przeciwdziałanie pojawianiu się nowych przypadków zachorowań, szybkie wykrywanie zachorowań oraz prowadzenie działań prewencyjnych, w tym rekomendowanych przez WHO szczepień.

Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności

| Jednostka chorobowa | | 1.01-31.12.2010 r. * | | 1.01-31.12.2009 r. | |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | | Liczba | Zapadalność | Liczba | Zapadalność |
| Grypa wywołana nowym A(H1N1) | ogółem | 218 | 0,57 | 2632 | 6,90 |
| | u dzieci w wieku 0-14 lat | 45 | 0,77 | 795 | 2,08 |
| Grypa i podejrzenia grypy (ogółem) | ogółem | 550 573 | 1 443,05 | 1 081 974 | 2 835,85 |
| | u dzieci w wieku 0-14 lat | 242 274 | 4 165,96 | 398 434 | 6 851,16 |

Tabela 1.3.

Zachorowania na grypę w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 r. oraz w porównywalnym okresie 2009 r. (NIZP-PZH)

1.6 Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych na przestrzeni lat 2001-2010

Zgodnie z definicją Komitetu Ekspertów WHO/FAO choroba odzwierzęca (zoonoza) to choroba zakaźna lub zakażenie, które w warunkach naturalnych mogą być przenoszone na ludzi ze zwierząt kęgowych.

W Polsce nadzór nad chorobami odzwierzęcymi i odzwierzęcymi czynnikami chorobotwórczymi oraz ich opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe sprawuje Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną, każda w ramach swoich kompetencji określonych w przepisach ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz.1570 z późn. zm.), ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (Dz. U. z 2010 r. Nr 112, poz. 744 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2008 r. Nr 213, poz.1342, z późn. zm.).

Na przestrzeni ostatnich 10 lat wykaz podległych nadzorowi jednostek chorobowych - zoonoz, zmienił się wraz ze zmianą przepisów prawnych i aktualnej sytuacji epidemiologicznej. Pierwotna lista zoonoz z roku 2001 w kolejnych latach ulegała modyfikacjom, i tak np. w latach 2003-2004 monitoringiem objęto jersiniozę, kamylobakteriozę, kryptosporydiozę, chorobę kociego pazura, mykobakteriozy oraz toksokarozę. W latach 2005-2008 wprowadzono nadzór także nad jersiniozą pozajelitową oraz wariantem choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD). Natomiast w 2008 roku usunięto z wykazu następujące choroby: toksokarozę, świerzb, grzybice skóry/dermatofitozy, różycę, chorobę kociego pazura. Jednocześnie dodano jednostki, które z uwagi na nową sytuację epizootyczną świata stały się potencjalnie groźne dla zdrowia ludzi również w Polsce,

tj. grypa ptaków u ludzi, gorączka zachodniego Nilu oraz zakażenia wywołane przez hantawirusy.

Należy zaznaczyć, że nadzór nad chorobami odzwierzęcymi w Polsce odbywa się także w oparciu o zalecenia i wytyczne organizacji międzynarodowych takich jak WHO, FAO, OIE, a także instytucji europejskich takich jak ECDC, EFSA, powołanych w celu zapewnienia skutecznego systemu monitorowania i powiadamiania o wystąpieniu zagrożenia dla zdrowia ludzkiego w związku z obecnością niebezpiecznych czynników chorobotwórczych, w tym odzwierzęcych, zarówno ze strony samych zwierząt, jak i produktów pochodzenia zwierzęcego. Zgodnie z dyrektywą 2003/99/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie monitorowania chorób odzwierzęcych i odzwierzęcych czynników chorobotwórczych, jak i przepisami implementującej jej do prawa polskiego ww. ustawy o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt zoonozami, które stanowią szczególnie zagrożenie dla zdrowia publicznego i podlegają obowiązkowi monitorowania są: brucelozą, kamylobakteriozą, bąblowicą, listeriozą, włośnicą, gruźlicą wywołaną *Mycobacterium bovis*, werocytotoksyczne *E. coli* oraz salmonelozą.

Niezależnie od prowadzonego już monitoringu i nadzoru nad chorobami odzwierzęcymi, należy uznać, że sytuacja epidemiologiczna w zakresie niektórych zoonoz staje się niepokojąca i wydaje się, że w najbliższej przyszłości będą one szybko narastającym problem obciążającym zdrowie publiczne i system ochrony zdrowia. W szczególności narażone są pewne grupy zawodowe, jak leśnicy i rolnicy z powodu boreliozy czy zakażeń hantawirusowych, oraz np. grupy osób zajmujące się zbieraniem owoców runa leśnego z powodu bąblowicy. Nie można również zapominać o odzwierzęcych chorobach, które niegdyś występowały na terenach innych stref klimatycznych,



ale obecnie w związku ze zmianą klimatu oraz wzmożonym ruchem turystycznym i globalizacją handlu stają się również zagrożeniem dla społeczeństwa europejskiego, np. gorączka zachodniego Nilu.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania chorób odzwierzęcych zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 1.4) - w oparciu o przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP - PZH), na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, Meldunki roczne o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszone w latach 2001- 2010 roku.



| poz. | Jednostka chorobowa Zachorowania | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------|--|----------------|----------------|-------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| 1. | Dżuma | - | - | - | - | - | - | - |
| 2. | Tularemia | 1 | 6 | 3 | 1 | 4 | 1 | 4 |
| 3. | Wąglik | 1 | 2 | - | - | - | 4 | - |
| 4. | Bruceloza-ogółem | 7 | 5 | 3 | 3 | 6 | bd | bd |
| 5. | Bruceloza-nowe zachorowania | 1 ⁵ | 4 ⁵ | - | 2 ⁵ | 4 ⁶ | 3 ⁶ | - |
| 6. | Nosacizna | - | - | - | - | - | - | - |
| 7. | Różycza | 92 | 95 | 93 | 124 | 88 | bd | bd |
| 8. | Pryszczyca | - | - | - | - | - | - | - |
| 9. | Leptospiroza | 9 | 7 | 6 | 12 | 5 | 6 | 4 |
| 10. | Jersinioza pozajelitowa | bd | 25 | 43 | 51 | 40 | 38 | 27 |
| 11. | Mikobakteriozy | 19 | 26 | 27 | 17 | 33 | 56 | 94 |
| 12. | Listerioza -ogółem | 10 | 22 | 28 | 43 | 33 | 33 | 55 |
| 13. | Listerioza -wrodzona | 3 | 0 | 1 | 5 | - | 6 | 5 |
| 14. | Borelioza z Lyme | 3822 | 4409 | 6694 | 7735 | 8255 | 10332 | 9011 |
| 15. | Ornitozy | 2 | bd | 1 | 1 | 1 | - | - |
| 16. | Riketsjozy -razem | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| 17. | Gorączka Q | - | 59 | - | - | 24 | ⁵ | - |
| 18. | Wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD) | - | - | - | - | - | - | - |
| 19. | Wścieklizna | - | - | - | - | - | - | - |
| 20. | Styczność i narażenie na wściekliznę | 7556 | 7755 | 7523 | 7102 | 6919 | 6876 | 7497 |
| 21. | Kleszczowe zapalenie mózgu | 262 | 177 | 317 | 233 | 202 | 351 | 292 |
| 22. | Gorączka zachodniego Nilu | bd | bd | bd | bd | - | - | - |
| 23. | Choroba wywołana przez hantawirusa | bd | bd | bd | 9 | 7 | 5 | 6 |
| 24. | Toksoplazmoza - ogółem | 602 | 586 | 731 | 752 | 514 | bd | bd |
| 25. | Toksoplazmoza-wrodzona | 8 | 13 | 7 | 8 | 8 | 3 | 6 |
| 26. | Toksokaroza | 179 | 307 | 377 | 488 | 647 | bd | Bd |
| 27. | Kryptosporidioza | - | - | - | - | 1 | 5 | - |
| 28. | Bąblowica | 21 | 34 | 65 | 40 | 28 | 25 | 36 |
| 29. | Wągrzyca | - | - | 1 | - | 1 | - | ² |
| 30. | Włośnica | 172 | 70 | 130 | 292 | 4 | 36 | 51 |
| 31. | Świerzb | 12102 | 11630 | 11103 | 11473 | 11044 | bd | Bd |
| 32. | Grzybice skóry (dermatofitozy) | 4595 | 3888 | 4440 | 4264 | 5055 | bd | Bd |
| 33. | Grypa ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi | bd | bd | bd | bd | - | - | - |

Tabela 1.4.

Liczba zgłoszonych przypadków chorób odzwierzęcych w Polsce w latach 2004-2010 (dane za 2010 rok są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

⁵ W tym jeden przypadek importowany



1.6.1 Bąblowica

Zgodnie z danymi NIZP-PZH liczba rozpoznanych i zgłoszonych przypadków zachorowań na bąblowicę od 10 lat utrzymuje się na stałym poziomie. Z uwagi na występowanie w Polsce rezerwuaru tasiemca *Echinococcus multilocularis* oraz *E. granulosus*, którym są przede wszystkim lisy, jenoty oraz psy, jak również nieskomplikowany sposób siewstwa jaj tasiemców (są obecne w ziemi, na roślinach runa leśnego zanieczyszczonych odchodami ww. zwierząt) należy sądzić, że liczba przypadków bąblowicy w Polsce jest niedoszacowana, a sama choroba jest słabo rozpoznana na poziomie kraju. Szacuje się, że największe niebezpieczeństwo zarażenia się jajami tasiemców bąblowcowych występuje obecnie w województwach pomorskim, zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim, mazowieckim, małopolskim oraz podkarpackim. Dodatkowo, zgłaszane są głównie przypadki bąblowicy nieokreślonej, natomiast rzadziej przypadki zachorowań poddane pełnej diagnostyce tzn. takiej, gdzie określono gatunek pasożyta. Liczba ogółem zdiagnozowanych do maja 2010 r. przypadków bąblowicy wielojamowej (alweokokozy) wyniosła 70 z czego 1/3 przypadków zakończyła się zgonem pacjenta. O powadze problemu świadczy również fakt, że choroba została uznana za poważne zagrożenie zdrowia publicznego na poziomie europejskim, bowiem wpisano ją na listę chorób objętych siecią wspólnotowego nadzoru (Decyzja Nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady) oraz na listę zoonoz podlegających obowiązkowi monitorowania (Dyrektywa Nr 2003/99/WE Parlamentu Europejskiego i Rady).

1.6.2 Włośnica

Równie istotną pasożytniczą chorobą odzwierzęcą jest włośnica. Jak pokazują dane NIZP-PZH w latach 2001-2010 liczba zgłaszanych przypadków tej choroby utrzymuje się na podobnym poziomie, choć w latach 2004, 2006 i 2007 miały miejsce na terenie Polski duże ogniska epidemiczne włośnicy. W 2007 r. zachorowania wystąpiły w województwie zachodniopomorskim i były związane ze spożyciem wyrobów wędliniarskich dostarczanych do sklepów detalicznych.

Z uwagi na prowadzenie przez Inspekcję Weterynaryjną nadzoru nad obrotem mięsem i obowiązkowe badanie mięsa w kierunku włośni, większość zbiorowych zachorowań na włośnicę wynika ze spożycia produktów wędliniarskich przygotowanych na własny użytek, prawdopodobnie najczęściej z mięsa dzika nie badanego w kierunku pasożyta.

W 2004 roku odnotowano dwa duże ogniska epidemiczne zachorowań na włośnicę na terenach województw pomorskiego oraz wielkopolskiego, natomiast w roku 2006 zbiorowe zachorowanie na włośnicę potwierdzono w województwach kujawsko-pomorskim i wielkopolskim. Odnotowywane w latach 2008 - 2010 ogniska włośnicy również potwierdzają tendencję najczęstszego występowania tej choroby wśród mieszkańców województw północnych, północno-zachodnich oraz zachodnich. Sporadycznie włośnicę stwierdza się w pozostałych województwach.

1.6.3 Toksokaroza

Toksokaroza podlegała obowiązkowemu zgłaszaniu w latach 2005-2008. Rezerwuarem toksokarozy są psy i koty. Źródłem inwazyjnych postaci glist psich i kocich jest piasek i gleba zanieczyszczone odchodami tych zwierząt, ich sierść oraz zanieczyszczone owoce i warzywa (choroba brudnych rąk). Badania próbek piasku z piaskownicy wykonywane w ostatnich latach wskazują na częste wykrywanie postaci inwazyjnych pasożytów odzwierzęcych. Grupą szczególnie narażoną na zachorowanie są dzieci. W Polsce w latach 2005-2008 liczba diagnozowanych przypadków toksokarozy była wysoka i z roku na rok wzrastała. Z uwagi na skrytość i niespecyficzność objawów należy sądzić, że liczba zgłoszeń była mniejsza niż rzeczywista liczba zarażonych. Niezależnie od faktu, iż w roku 2008 toksokaroza została skreślona z listy chorób podlegających zgłaszaniu, w latach 2008-2009 w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie diagnozowano kolejne przypadki toksokarozy u dzieci w wieku od 4 miesięcy do 14 lat. Konieczne jest prowadzenie edukacji rodziców w zakresie przestrzegania zasad higieny u dzieci po kontakcie ze zwierzęciem czy zabawie w piaskownicy, a w przypadku właścicieli psów i kotów - konieczności systematycznego odrobaczania zwierząt, wyprowadzania psów na smyczy, oraz przekonywanie do sprzątania po swoim pupilu, tak by nie powiększać dużego już rezerwuaru pasożytów w środowisku.

1.6.4 Toksoplazmoza

Toksoplazmoza występuje pod postacią zakażenia wrodzonego odmatczywego, jeśli ciężarna kobieta zarazi się pasożytem, który pokonuje barierę łożyska. Ryzyko zarażenia płodu podczas pierwotnej inwazji ciężarnej wynosi 20% w I trymestrze, a w III trymestrze aż 65%. Obecnie za najczęstszą drogę zakażenia pasożytem uznaje się spożycie surowego mięsa zwierząt gospodarskich zawierające oocysty *Toxoplasma*, lub zanieczyszczonych warzyw i owoców. Koty, dotąd uznawane za główny rezerwuara pasożyta, w obecnej chwili nie stanowią najczęstszego źródła zakażenia, z uwagi na fakt, iż aby doszło do wydalania przez zwierzę cyst, musi być spełnionych wiele warunków, co przy obecnej weterynaryjnej profilaktyce chorób zakaźnych kotów jest mało prawdopodobne. Mimo wszystko osoby posiadające koty, a w szczególności kobiety w ciąży, powinny być świadome zagrożenia.

Szacuje się, że odsetek osób seropozytywnych na świecie wynosi od 35 do 90%, a wśród ciężarnych 5 - 65%. Zgodnie z danymi NIZP-PZH w Polsce liczba przypadków toksoplazmozy ogółem w latach 2001-2008 utrzymywała się na stałym wysokim poziomie. Należy sądzić, że wykrywalność toksoplazmozy w Polsce i liczba zgłoszonych przypadków toksoplazmozy wrodzonej w latach 2009 i 2010 nie oddają prawdziwej skali problemu.

1.6.5 Gorączka Q

Na podstawie danych z NIZP-PZH można stwierdzić, że gorączka Q nie występuje w Polsce. W kontekście trwającej w Holandii od 2007 r. dużej epidemii gorączki Q u zwierząt (fermy kóz) oraz licznych, również śmiertelnych, zachorowań na tę chorobę u ludzi, a także zwiększonej zapadalności na tę chorobę w Niemczech, należy sądzić,



ze statystyki odnoszące się do polskiej sytuacji epidemiologicznej nie oddają pełnego obrazu. Wpływ na niską rozpoznawalność zachorowań na gorączkę Q mają przede wszystkim niespecyficzne objawy grypodobne oraz zbyt mała ilość badań laboratoryjnych, które są zasadnicze dla potwierdzenia rozpoznania. Na zachorowania szczególnie narażone są osoby pracujące w budynkach gospodarskich oraz pobliscy mieszkańcy, gdyż bakterie *Coxiella burnetti* bardzo łatwo przenoszą się drogą powietrzną - pyłową. W Polsce wykryto ogniska gorączki Q w roku 2005, na przełomie lat 2008 i 2009 wśród pracowników ferm bydła oraz członków ich najbliższych rodzin z okolic Biłgoraju oraz Leżajska, natomiast w listopadzie 2010 r. w województwie śląskim wdrożono nadzór epidemiologiczny nad osobami z gospodarstwa rolnego, w którym znajdowała się sztuka bydła zakażona *Coxiella burnetti*. Wymaga podkreślenia faktu, że gorączka Q u ludzi jest chorobą podlegającą zgłaszaniu i zwalczaniu, natomiast zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi zwalczania chorób zakaźnych u zwierząt, gorączka Q w Polsce podlega jedynie obowiązkowi rejestracji. Brak jednolitego podejścia służb sanitarno-weterynaryjnych do zwalczania gorączki Q nie sprzyja skutecznemu przeciwdziałaniu występowania tej choroby u ludzi. Należy się także liczyć z faktem, iż z powodu trwającej epidemii gorączki Q u zwierząt w Holandii i Niemczech, do Polski mogą trafić zakażone zwierzęta z tych krajów i stanowić zagrożenie dla ludzi.

1.6.6 Brucelozą

Na przestrzeni kilkudziesięciu lat liczba osób chorujących na brucelozę w Polsce spadła. Przed laty najliczniej zakażoną grupą bakteriami z rodzaju *Brucella* byli lekarze weterynarii, hodowcy i pracownicy ferm owiec, kóz, bydła oraz trzody chlewnej. Najbardziej chorobotwórczą dla człowieka jest *Brucella melitensis* powodująca brucelozę owiec i kóz oraz *B. suis* - pałeczka ronienia świń. Źródłem drobnoustrojów są płody, wody płodowe oraz łożysko zwierząt zakażonych. Istotnym źródłem bakterii *Brucella* są także produkty spożywcze sporządzone z surowego i poddanego niedostatecznej obróbce mleka zwierząt zakażonych, np. sery. Odnotowywane w ciągu 10 lat w Polsce nowe przypadki zachorowań na brucelozę to głównie przypadki importowane z krajów przede wszystkim basenu Morza Śródziemnego, gdzie owce i kozy stanowią podstawę produkcji mlecznej oraz serów. Zgodnie z danymi EFSA za lata 2004-2008, liczba przypadków brucelozy u ludzi w całej UE wykazuje lekki trend spadkowy, ale nadal brucelozą zajmuje pierwsze miejsce pod względem liczby przypadków chorób odzwierzęcych w Europie. Porównując statystyki zachorowań na tę chorobę w Polsce i Europie (2004 r. - 1337 (Polska - 7), 2005 r. - 1218 (Polska - 4), 2006 r. - 1033 (Polska - 0), 2007 r. - 542 (Polska - 1), 2008 r. - 709 (Polska - 4)) można podejrzewać, że liczba przypadków stwierdzanych w naszym kraju jest niedoszacowana.

1.6.7 Borelioza z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu

Od wielu lat obserwuje się w Europie wzrost częstości występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, przede wszystkim boreliozy oraz kleszczowego zapalenia mózgu.

Zachorowania na boreliozę w Polsce cechuje obserwowany od wielu lat trend wzrostowy. W roku 2010 stwierdzono jednak spadek liczby zachorowań - zanotowano 9011 przypadków. Zapadalność wyniosła natomiast 23,62/100 tys. mieszkańców. Dla porównania, w 2009 r. wystąpiły 10332 zachorowania, podczas gdy w 2008 roku zgłoszono 8255 zachorowań, w 2007 roku - 7735 zachorowań, zaś w 2006 r. - 6694 zachorowania. Największą zapadalność odnotowano w województwach podlaskim i warmińsko-mazurskim. Jednocześnie liczba rejestrowanych przypadków boreliozy w Polsce może być zaniżona, co być może wynika z problemów z rozpoznawaniem tej choroby. Ponadto ze względu na niespecyficzne i rozciągnięte w czasie objawy, wiele przypadków może być zgłaszanych ze znacznym opóźnieniem. Rośnie także liczba przypadków boreliozy jako choroby zawodowej, podczas gdy ogólna liczba chorób zawodowych maleje. Przyczyny wzrostu zachorowalności na boreliozę należy upatrywać w stale zmieniającym się zasięgu geograficznym bytowania oraz wydłużaniu okresu żerowania kleszczy, zmianach klimatu, czy zmianie sposobu spędzania czasu wolnego (częstsze podróże). Istotną rolę odgrywają też migrujące ptaki przenoszące zakażone kleszcze na obszary, na których krętki *Borrelia burgdorferi* dotychczas nie występowały. Przeciwno chorobie nie ma szczepionki, co potęguje problem i uniemożliwia szybkie jego opanowanie. Ważne jest również wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie w początkowej fazie choroby. Dlatego też potrzebna jest dalsza i coraz skuteczniejsza współpraca organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i lekarzy w zakresie diagnostyki i edukacji społeczeństwa na temat nieswoistych metod zapobiegania zakażeniom.

W Polsce od lat notuje się stałą liczbę zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu na poziomie około 250 - 300 przypadków rocznie - w 2010 r. stwierdzono 292 przypadki zachorowań, w 2009 r. - 351, w 2008 r. - 202, w 2007 r. - 233, zaś w 2006 r. - 317. Największa zapadalność występuje w województwach podlaskim i warmińsko-mazurskim. Rośnie odsetek osób zaszczepionych przeciwko tej chorobie. W 2005 r. liczba osób zaszczepionych wyniosła 14.829, w 2006 r. - 20.194, w 2007 r. - 23.374, w 2008 r. - 30.822, w 2009 r. - 48.496. Na obecną sytuację epidemiologiczną kleszczowego zapalenia mózgu wpływają uregulowanie kwestii ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na czynniki biologiczne rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81, poz. 716, z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 listopada 2005 r. w sprawie wykazu stanowisk pracy oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach (Dz. U. Nr 250, poz. 2113). Zgodnie z ww. aktami prawnymi do obowiązków pracodawcy należy m. in. zapewnienie pracownikom środków ochrony zbiorowej lub indywidualnej. Do środków tych należy również szczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu - jako wskazane do wykonania u osób pracujących w kompleksach leśnych, jak również u pracowników wypasających zwierzęta w warunkach potencjalnego ukąszenia przez kleszcze.



1.6.8 Hantawirusowa gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym (HFRS)

Gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym (HFRS) występuje na wszystkich kontynentach i rozpoznawana jest we wszystkich krajach Europy. W Polsce, w latach 2007 - 2010, liczba zachorowań utrzymywała się na stałym poziomie 5-9 przypadków, przy czym w 2008 i 2009 r. zachorowania odnotowano jedynie na terenie województwa podkarpackiego. Niewielka liczba przypadków zachorowań na HFRS wśród ludzi wydaje się być sytuacją stabilną. W roku 2003 z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego rozpoczęto wdrażanie rutynowej diagnostyki HFRS w kraju. Konieczność diagnozowania HFRS w kraju wynikała nie tylko ze względów kliniczno-epidemiologicznych, ale także z uwarunkowań prawnych. Członkostwo Polski w UE zobowiązuje bowiem Państwową Inspekcję Sanitarną do prowadzenia w ramach nadzoru sanitarnego diagnostyki mikrobiologicznej 44 chorób zakaźnych, w tym gorączki krwotocznej z zespołem nerkowym. Jest ona objęta wspólnotową siecią nadzoru i kontroli (Decyzja Nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady). Dodatkowo choroba ta, jako jedna z wirusowych gorączek krwotocznych, podlega obowiązkowi zgłaszania, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. nr 234, poz. 1570, z późn. zm.). Mimo niskiej skali zagrożenia zakażeniami wywołanymi przez hantawirusy wśród ludzi istnieją przesłanki, związane z pojawieniem się nowych aspektów epidemiologicznych oraz licznymi przypadkami zachorowań w innych krajach klimatu umiarkowanego, które sugerują, iż skala problemu jest nadal w Polsce nieznana, zaś liczba rejestrowanych przypadków zachorowań jest zaniżona, co może wynikać z problemów z rozpoznawaniem tej zoonozy. Dlatego też pilnym zadaniem jest rozpoznanie faktycznej sytuacji epidemiologicznej HFRS w kraju, jak również przybliżenie problemu pracownikom służby zdrowia oraz osobom narażonym na zakażenie, zarówno ze względu na wykonywany zawód (leśnicy, rolnicy, melioranci, wszyscy mieszkańcy wsi), jak i rekreacyjnie przebywającym na zagrożonych terenach.

1.6.9 Leptospiroza

Leptospiroza uznawana jest obecnie za jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób odzwierzęcych na świecie. W Polsce liczba rejestrowanych rocznie przypadków zachorowań nie przekracza 10. Jedynie w 2007 r. odnotowano wzrost - 12 przypadków, spowodowany najprawdopodobniej wystąpieniem powodzi w dorzeczu Odry. W roku 2010 pomimo kilkakrotnych fal powodziowych nie odnotowano wzrostu zachorowalności na leptospirozę wśród osób narażonych. Niewielka liczba przypadków zachorowań na leptospirozę wśród ludzi wydaje się być sytuacją stabilną. Jednak obserwowane zmiany klimatyczne oraz intensywniejsze przemieszczanie się ludności, rosnąca popularność aktywnych form wypoczynku (szkoły przetrwania, rajdy terenowe, itp.) stwarzają warunki do rozprzestrzeniania się zakażeń. Również duże ryzyko zakażenia ludzi leptospirami wiąże się z bezpośrednim lub pośrednim kontaktem z zakażonymi zwierzętami - przede wszystkim gryzoniami, ale także psami, kotami, zwierzętami gospodarskimi oraz dzikimi (dziki, lisy). Grupami szczególnie

narażonymi na zakażenie są więc rolnicy, osoby obsługujące zwierzęta, lekarze weterynarii, pracownicy zakładów mięsnych. W związku z licznymi przypadkami zachorowań w innych krajach klimatu umiarkowanego, wydaje się wskazane rozważenie wprowadzenia działań umożliwiających prowadzenie nadzoru nad grupami ryzyka i potencjalnymi źródłami zakażenia.

1.6.10 Wścieklizna

Na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia zarejestrowano 1 przypadek zachorowania na wściekliznę u człowieka - w 2002 r. na terenie województwa podkarpackiego, u niezaszczepionego, 28-letniego mężczyzny. Obserwowany w ostatnich latach brak zachorowań u ludzi oraz masowo prowadzone szczepienia dzikich zwierząt nie zmieniają faktu, iż liczba osób narażonych na zakażenie wirusem wścieklizny może wciąż być wysoka. W latach 2003 - 2006 liczba osób ze styczności utrzymywała się na stałym poziomie - około 7,5 tys. W latach 2007 - 2009 liczba ta stopniowo zmniejszała się do poziomu 6 876, by w 2010 znów wzrosnąć do 7 497. Wzrost liczby osób wymagających zastosowania swoistej profilaktyki podyktowany jest w dużej mierze wzrostem liczby przypadków zachorowań na wściekliznę wśród zwierząt, dzikich i domowych, zwłaszcza na terenie województwa małopolskiego. W 2010 r. na terenie tego województwa zanotowano 117 przypadki wścieklizny zwierząt dzikich i domowych. W ogniskach wścieklizny zaszczepiono 210 osób, tj. 18,2% ogółu zaszczepionych przeciw wściekliznie. Zdecydowana większość osób została zaszczepiona z powodu braku możliwości wykluczenia choroby u zwierzęcia, lub z braku możliwości poddania zwierzęcia obserwacji weterynaryjnej. Najczęściej podejmowano szczepienia po pokąsaniu przez nieznane psy i koty. Dodatkowo niepokój budzi powiększanie się populacji nietoperzy zarażonych wścieklizną. Dlatego obserwowany w ostatnich latach brak zachorowań na wściekliznę nie zmienia faktu, iż choroba ta nadal pozostaje zagrożeniem zdrowotnym w naszym kraju.

1.6.11 Zakażenie Wirusem Zachodniego Nilu

W ostatnich latach obserwuje się gwałtowne rozprzestrzenienie wirusa Zachodniego Nilu w krajach o klimacie umiarkowanym. W Polsce w latach 2008 - 2010 nie odnotowano przypadków zachorowań na Gorączkę Zachodniego Nilu u ludzi. Jednakże w 2005 r. w Białymstoku odnotowano obecność przeciwciał przeciwko wirusowi Zachodniego Nilu (WNV) u 55-letniej kobiety. Kobieta ta nie opuszczała nigdy terytorium państwa, co sugeruje zakażenie rodzime. Dodatkowo badania przeprowadzone na terenie województwa mazowieckiego oraz łódzkiego wśród ptaków, stanowiących główny rezerwuariusz wirusa Zachodniego Nilu, potwierdziły obecność przeciwciał skierowanych przeciwko WNV u części z nich. Może to sugerować, iż wirus Zachodniego Nilu jest już obecny na terenie Polski. Jednocześnie badania przeprowadzone przez Państwowy Instytut Weterynaryjny - Państwowy Instytut Badawczy w Puławach nie wykazały obecności materiału genetycznego wirusa Zachodniego Nilu w próbkach pochodzących od dzikich ptaków z terenu całego kraju. Bezsporna natomiast pozostaje kwestia, iż w dobie obecnych zagrożeń, jakie niesie ocieplenie klimatu stwarzające dogodne warunki bytowania



komarów - wektorów wirusa, rozwój transportu lotniczego, który sprzyja przeniesieniu komarów na znaczne odległości, jak również import ptaków - głównych rezerwarów wirusa, potencjalnie możliwe jest rozprzestrzenianie się tej choroby na świecie. Mając powyższe na uwadze, istnieje wyraźna przesłanka do doskonalenia metod ułatwiających diagnostykę i identyfikację WNV, a także badań monitoringowych na terenie Polski.

1.7 Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w 2011 r.

Zgodnie z danymi opracowywanymi przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w 2010 roku zarejestrowano 7509 zachorowań na gruźlicę. Było to o 727 zachorowań mniej niż w roku poprzednim i o 3163 mniej niż przed dziesięcioma laty. Współczynnik zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w 2010 roku wyniósł 19,7 i był niższy o 8,8% niż w poprzednim roku i niższy o 28,6% niż przed dziesięcioma laty. W 2010 roku, tak jak w latach poprzednich, dominowała gruźlica płuc - 6992 zachorowań. Przypadki gruźlicy płuc stanowiły 93,1% wszystkich zachorowań. Chorzy tylko na gruźlicę pozapłucną stanowili 6,9% ogółu zarejestrowanych w 2010.

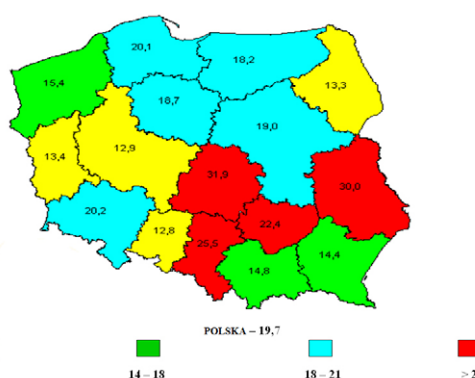
Utrzymują się różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W 2010 roku najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w woj.: łódzkim, lubelskim i śląskim. Najniższą w kraju zapadalność na gruźlicę rejestrowano w woj.: opolskim, wielkopolskim i podlaskim. Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano w 2 województwach, były to województwa: łódzkie - wzrost o 8,5% i śląskie - wzrost o 5,8%.

Zarejestrowano 62 zachorowania u dzieci do 14 roku życia (w roku 2009 zarejestrowano ich 99). Współczynnik zapadalności wynosi 1,1. Najczęstszą postacią gruźlicy pozapłucnej u chorych do 14 roku życia była gruźlica węzłów chłonnych klatki piersiowej (27 przypadków).

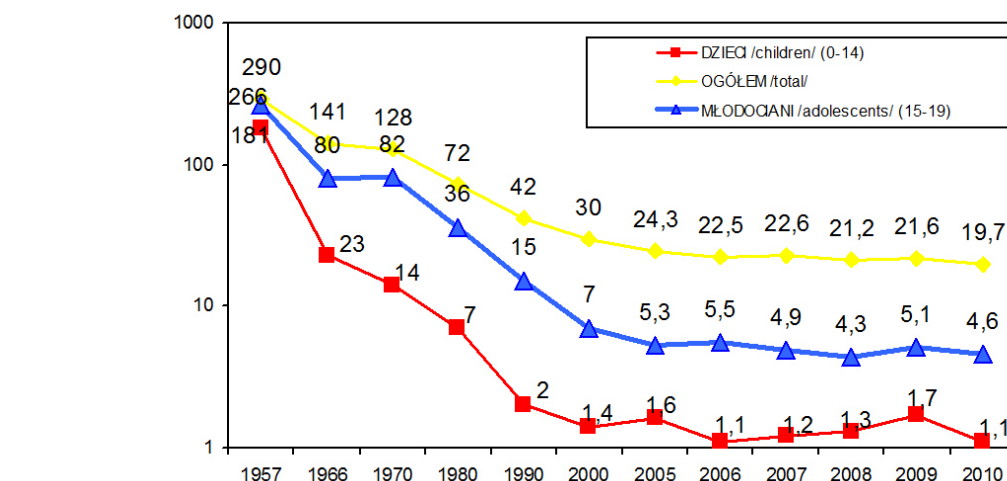
W 2010 roku gruźlica została potwierdzona bakteriologicznie u 4756 chorych w tym w 4585 przypadkach gruźlicy płuc. Ponadto w 2010 roku zmniejszyła się liczba rejestrowanych chorych na gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na najmniej 1 lek p/prątkowy. Takich przypadków było 153, co stanowiło 3,3% chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie. Wg. danych dotyczących chorobowości w 2010 roku w poradniach zarejestrowanych było 43 chorych, u których stwierdzono wielolekową oporność prątków gruźlicy.

Swoistą metodą zapobiegania są stosowane od 80 lat szczepienia BCG, obowiązkowe w Polsce, wykonywane zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków najpóźniej w ciągu 24 h od urodzenia. W roku 2010 zaszczepiono tą szczepionką 386.072 noworodków, co stanowiło 93,4% ogółu dzieci żywo urodzonych.

W zakresie strategii zwalczania gruźlicy ważną kwestią pozostaje fakt, iż w myśl obowiązujących regulacji prawnych wszystkie działania mające na celu zapobieganie, wykrywanie i leczenie są bezpłatne dla wszystkich osób przebywających w Polsce (także dla cudzoziemców, uchodźców).



Rycina 1.2. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2010 roku wg województw. Współczynnik na 100 000 ludności.



Rycina 1.3. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2010.

2 Zagrożenie epidemiologiczne na terenach dotkniętych powodzią

W czasie powodzi istniało zwiększone ryzyko epidemiologiczne występowania chorób takich jak dur brzuszny, tężec, a także zatruc i zakażeń pokarmowych innych niż dur brzuszny, jak np. salmonelozy jelitowe, czerwonka bakteryjna, wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW typu A). W trakcie trwania akcji przeciwpowodziowej organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły nadzór nad sytuacją epidemiologiczną w zakresie występowania chorób zakaźnych, zakażeń i zatruc. Wzmocniono nadzór nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi występującymi u ludzi, w tym w szczególności nad nosicielami duru brzusznego. W trakcie trwania powodzi analizowano informacje napływające na bieżąco z wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz weryfikowano liczbę i miejsca zamieszkania nosicieli duru brzusznego i paradržów. Analizowano także informacje spływające z terenów popowodziowych dotyczące zatruc i zakażeń jelitowych pochodzenia pokarmowego pod kątem ich ewentualnego związku z powodzią. Na bieżąco przeprowadzono dochodzenia epidemiologiczne mające na celu wykrycie i unieszkodliwienie źródeł zakażenia oraz przecięcie dróg szerzenia się tych chorób.

W związku z wystąpieniem sytuacji powodziowej na terenie kraju znacznie wzrosło ponadto ryzyko zakażenia laseczką tężca oraz liczba osób narażonych na zakażenie tężcem. W głównej mierze zagrożenie to dotyczyło osób biorących czynny udział w przeciwdziałaniu i usuwaniu skutków powodzi. Osoby narażone na zakażenie tężcem w wyniku zranienia podlegają zgodnie z zaleceniami Programu Szczepień Ochronnych (PSO) szczepieniom obowiązkowym według schematu przewidzianego dla osób wcześniej zaszczepionych lub nie szczepionych przeciwko tężcowi lub wymagają podania antytoksyny tężcowej. W tym celu przeprowadzono oszacowanie zapotrzebowania na szczepionkę p/ tężcową i zrealizowano dodatkowe zamówienia szczepionek przeciwko tężcowi na potrzeby kraju.

Do realizacji szczepień zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych, zostały wyznaczone przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych istniejące punkty szczepień, położone najbliżej rejonów zagrożonych, tak aby umożliwić łatwy dostęp do szczepień jak najszerszej grupie osób. Następnie, w celu zapewnienia ciągłości tych szczepień, wzmocniono nadzór nad ich wykonywaniem poprzez wprowadzenie tygodniowego raportowania. Państwowa Inspekcja Sanitarna na bieżąco monitorowała realizację szczepień ochronnych, ze szczególnym uwzględnieniem terenów powodziowych.

Dodatkowo dokonano analizy możliwości wystąpienia na terenach powodziowych zakażeń WZW typu A. Zgodnie z opinią wyrażoną przez ekspertów, sytuacja epidemiologiczna nie dała podstaw do podjęcia dodatkowych działań, m.in. wprowadzenia masowych szczepień przeciwko WZW typu A ze względu na brak występowania na terenie Polski rezerwuaru wirusa. Zalecono wzmocnienie nadzoru m.in. nad ośrodkami dla uchodźców celem zapobieżenia zawleczenia choroby z krajów, w których występuje ona powszechnie.

Ponadto, Minister Zdrowia oraz Główny Inspektor Sanitarny podjęli działania zmierzające do zaopatrzenia terenów popowodziowych w środki dezynfekcyjne oraz sprzęt ochrony osobistej, niezbędne do zabezpieczania sanitarnego terenów popowodziowych. Środki te były przekazywane wojewódzkim stacjom sanitarno-epidemiologicznym (WSSE) z magazynów Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych, a następnie dystrybuowane na bieżąco na tereny powiatów objętych powodzią. Dodatkowo podjęto działania mające na celu pozyskanie środków dezynfekcyjnych z innych źródeł. W efekcie na rzecz WSSE zwolniono bezzwrotnie ze składnic Agencji Rezerw Materiałowych preparaty chemiczne z przeznaczeniem do dezynfekcji powierzchni i sprzętu, jak również scedowano darowiznę w postaci środków dezynfekcyjnych.

Podjęto również szereg działań zwiększających świadomość społeczeństwa na zalanych terenach. Prowadzona była szeroko rozpowszechniona akcja informacyjna w zakresie postępowania przy czyszczeniu i dezynfekcji instalacji wodnych, odkażaniu studni przydomowych zgodnie z przyjętymi procedurami (odpompowanie wody ze studni przy udziale Straży Pożarnej, oczyszczenie i dezynfekcja studni, badanie jakości wody przez stacje sanitarno-epidemiologiczne), zapobiegania chorobom zakaźnym, zasad postępowania z zalaną żywnością, działań w przypadku potencjalnego narażenia na czynniki toksyczne. Ponadto przygotowano materiały informacyjne na temat uciążliwości spowodowanej nadmiernym rozprzestrzenianiem się komarów na terenach popowodziowych. Zostały one upowszechnione poprzez poszczególne stacje sanitarno-epidemiologiczne. Niezwykle istotne z punktu widzenia osób zaangażowanych w działania przeciwpowodziowe było również uruchomienie infolinii dotyczącej możliwych zagrożeń sanitarno-epidemiologicznych związanych z powodzią.



3 Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce

Program Szczepień Ochronnych (PSO) dotyczy najmłodszego pokolenia i wpływa na stan zdrowia publicznego, dlatego jest jednym z najważniejszych i najwrażliwszych społecznie programów polityki zdrowotnej. Wydawany jest corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu, na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 234, poz. 1570 z późn. zm.), w terminie do 31 października każdego roku. Program Szczepień Ochronnych na rok 2011 stanowi załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2010 r. w sprawie PSO na rok 2011 (Dz. Urz. MZ. z dnia 29 października 2010 r. Nr 12, poz. 70). Zakres obowiązkowych szczepień ochronnych określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018, z późn. zm.).

Zmiany w Programie Szczepień Ochronnych poprzedzone są bieżącą analizą sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych, aktualnymi trendami współczesnej wakcynologii, a także zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczącymi zarówno typów szczepionek sugerowanych do stosowania, jak i kompatybilności schematów obowiązkowych szczepień ochronnych z realizowanymi przez tę organizację programami eradykacji chorób zakaźnych na świecie. Zmiany w Programie Szczepień Ochronnych dotyczą rozszerzania grup dzieci i młodzieży podlegających obowiązkowi szczepień ochronnych, wprowadzania nowych szczepionek oraz eliminowania preparatów powodujących niepożądane odczyny poszczepienne.



Polska, podobnie jak inne kraje, posiada wypracowany przez wiele lat system powszechnych szczepień ochronnych, który skutecznie zapobiega szerzeniu się groźnych chorób zakaźnych. Jest on systematycznie modyfikowany i dostosowywany do zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i aktualnej wiedzy medycznej. Odporność zbiorowiskowa pojawiająca się przy zaszczepieniu ponad 90% populacji, a taki poziom przekraczany jest w przypadku wszystkich prowadzonych w Polsce obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży, skutecznie przecina możliwość epidemicznego szerzenia się zakażeń.

W 2010 roku na podstawie rocznego sprawozdania ze szczepień ochronnych za rok 2009 - MZ-54, którego wzór i termin określają przepisy o statystyce publicznej, dokonano szczegółowej analizy realizacji szczepień ochronnych w Polsce. Obejmuje ona:

- stan zaszczepienia, w odniesieniu do poszczególnych chorób zakaźnych, populacji dzieci z roczników podlegających szczepieniom ochronnym oraz osób z określonych grup zawodowych i grup ryzyka. Dane te opracowane są statystycznie w odniesieniu do poszczególnych województw oraz całego kraju,
- analizę porównawczą stanu zaszczepienia osób podlegających szczepieniom w roku bieżącym w porównaniu do roku poprzedniego.

Analiza realizacji szczepień ochronnych za rok 2010 będzie dostępna w czerwcu 2011 roku. Materiały te publikowane są w formie opracowanego i wydawanego corocznie Biuletynu „Szczepienia Ochronne w Polsce”, który stanowi główne źródło informacyjne o realizacji szczepień w Polsce. Informacje publikowane są przez PZH w meldunkach o chorobach zakaźnych. Biuletyny i meldunki dostępne są na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

W związku z wprowadzeniem do PSO szczepień przeciwko pneumokokom i ospie wietrznej dla dzieci z wybranych grup ryzyka, przeprowadzono szeroko zakrojoną akcję informacyjną skierowaną do środowiska medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy specjalistów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni specjalistycznych, w których udzielane są konsultacje specjalistyczne. Podjęte przez Państwową Inspekcję Sanitarną działania miały na celu poprawę jakości i dostępu do usług świadczonych w zakresie realizacji ww. szczepień w celu objęcia szczepieniami wszystkich dzieci z określonych obowiązującymi przepisami prawa grup ryzyka.

Komisja Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przyjęła w 2010 jednoznaczne stanowisko dotyczące stosowania w ramach Programu Szczepień Ochronnych wyłącznie szczepionek nie zawierających związków rtęci jako konserwantów. Minister właściwy do spraw zdrowia realizując zapotrzebowanie roczne na szczepionki do Programu Szczepień Ochronnych uwzględni rekomendacje gremiów eksperckich.

W Polsce w 2010 roku realizowano, w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2009 roku w sprawie metod zapobiegania zakażeniom wirusem grypy (Dz. U. Nr 223, poz. 1791), szczepienia ochronne przeciwko grypie sezonowej dla pracowników służby zdrowia oraz innych osób współpracujących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Kontynuowano prace legislacyjne nad projektami rozporządzeń regulujących organizację szczepień ochronnych w Polsce, stanowiącymi



wypełnienie upoważnień ustawowych zawartych w art. 17, 18 i 21 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679). W dniu 15 listopada 2010 roku ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne oraz sposobu przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju, którego upoważnienie ustawowe zawarte jest w art. 18 ust. 11 ww. ustawy. W dniu 21 grudnia 2010 roku ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania, którego upoważnienie ustawowe zawarte jest w art. 21 ust. 8 ww. ustawy.

4 Występowanie ognisk epidemicznych w szpitalach na terenie kraju

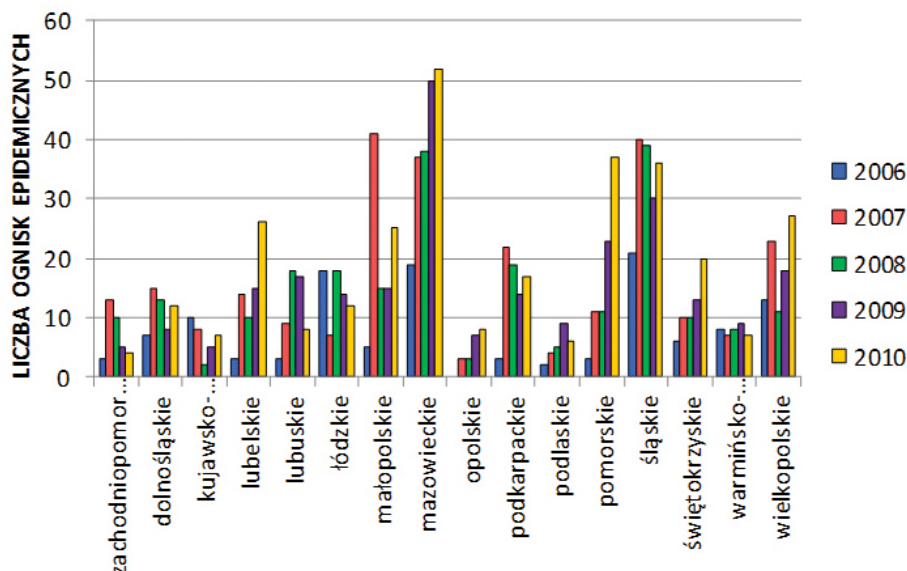
Monitorowanie zagrożeń epidemiologicznych w zakładach opieki zdrowotnej i działania na rzecz ich ograniczenia prowadzone są w oparciu o odpowiednie uregulowania prawne:

- ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.), która definiuje epidemię jako wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas nie występujących,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń (Dz. U. Nr 54, poz. 484), w którym jest mowa o zachorowalności ponad tło endemiczne lub wzroście częstości izolacji określonego drobnoustroju chorobotwórczego.



Do celów rejestracji/zgłoszenia - przyjmuje się wystąpienie co najmniej 2 powiązanych epidemiologicznie przypadków zakażeń gdy występuje wzrost liczby zachorowań spowodowanych tym samym czynnikiem etiologicznym w określonym czasie, na podstawie danych z kart rejestracji zakażenia szpitalnego, danych z pracowni mikrobiologicznej oraz kart monitorowania zakażeń szpitalnych.

W 2010 roku do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w Polsce zgłoszono 304 ogniska epidemiczne. Zakażeniu w tych ogniskach uległy ogółem 3063 osoby, w tym 2806 pacjentów i 257 osób personelu, przy czym zakażenie epidemiczne potwierdzono laboratoryjnie u 1033 osób, co stanowiło 33,8% ogółu zakażonych.



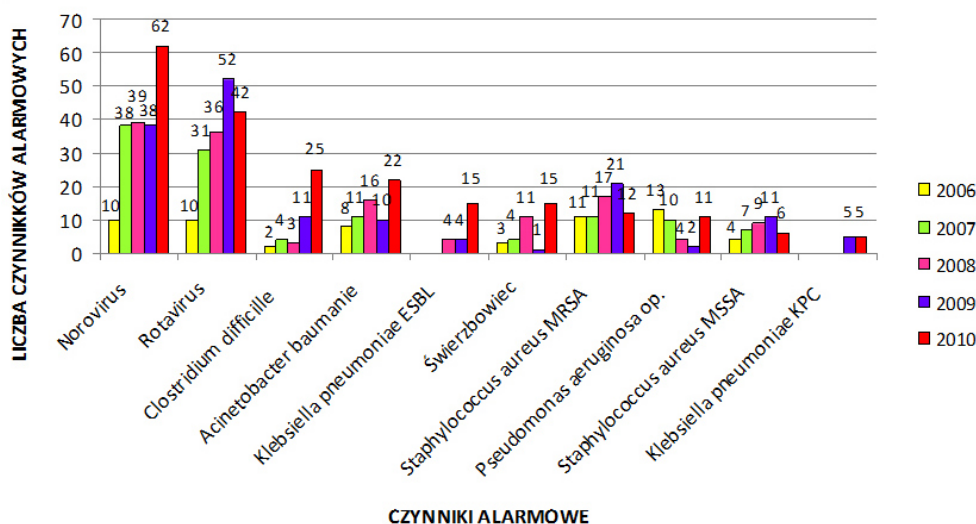
Rycina 1.4.
Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2006-2010.



Jak wynika z przedstawionych na Ryc. 1.2 danych, liczba zgłoszeń ognisk epidemicznych w 2010 r. w stosunku do lat ubiegłych wzrosła w województwie lubelskim, małopolskim, mazowieckim, pomorskim, świętokrzyskim i wielkopolskim, co może być wyrazem poprawy zgłaszalności ognisk zakażeń szpitalnych w tych województwach.

Należy zaznaczyć, iż spośród 304 ognisk zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 79% potwierdzenie etiologii ogniska epidemicznego ustalono w oparciu o przeprowadzone badania laboratoryjne, zaś w 4% na podstawie typowych objawów klinicznych. m.in. ospę wietrzną, świerzb.

W przypadku 17% z ogólnej liczby zgłoszonych ognisk, które były zarejestrowane przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych jako ostre wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe, nie ustalono etiologii zakażeń.



Rycina 1.5. Struktura ognisk epidemicznych w szpitalach zarejestrowanych w latach 2006-2010 według czynnika etiologicznego.

Jak wynika z Ryc. 1.3 wśród patogenów epidemicznych najliczniejszą grupę stanowiły: Norowirusy - 20,4% ogółem zgłoszonych ognisk. W przypadku norowirusów, ogniska epidemiczne występowały w oddziałach: internistycznych, pulmonologicznych, psychiatrycznych, neurologicznych i rehabilitacji.

W 2010 r. zaobserwowano nieznaczny spadek liczby ognisk wywołanych rotawirusem - zgłoszono 42 ogniska, co stanowiło 13,8% ogółu, głównie na oddziałach pediatrycznych.

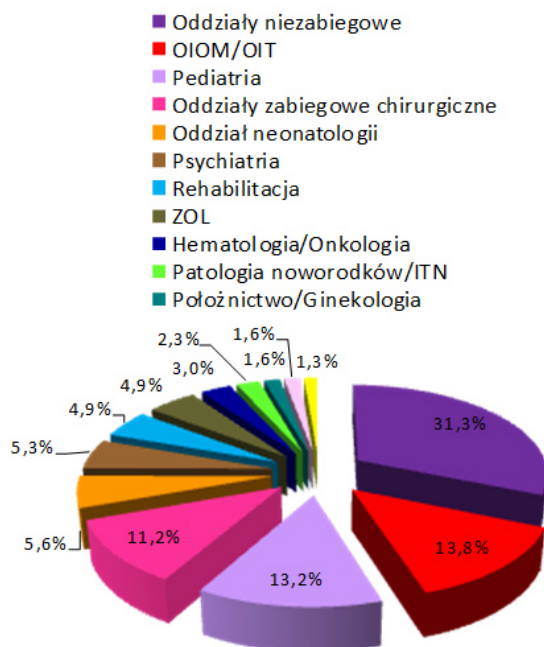
W 2010 r. zaobserwowano trend malejący w zakresie występowania gronkowców w ogniskach epidemicznych - Staphylococcus aureus MRSA - 12 (3,9% ogólnej liczby zgłoszonych ognisk), oraz Staphylococcus aureus MSSA - 6 (2% ognisk).

Wyraźnie wzrosła w 2010 r. liczba zgłoszeń zakażeń bakteryjnych wywołanych przez typowe drobnoustroje szpitalne, dysponujące wieloma mechanizmami lekooporności: m.in. Acinetobacter baumannii - 22 (7,2% ognisk), pałeczki Klebsiella pneumoniae ESBL - 15 (4,9%), pałeczki niefermentujące z gatunku Pseudomonas aeruginosa - 11 (3,6% ognisk), Clostridium difficile - 25 (8,2% ognisk). Należy podkreślić, że w innych krajach również wzrasta częstość zakażeń tym patogenem, według raportu CDC z kwietnia 2008 roku częstość zakażenia C. difficile wśród pacjentów hospitalizowanych w latach 2001 - 2005 uległa podwojeniu. Wzrost liczby przypadków zakażenia C. difficile na świecie jest związany z większą częstością stosowania wszystkich antybiotyków, w szczególności fluorochinolonów, które około roku 2001 zaczęły być szeroko używane. Od 2009 roku również w Polsce obserwujemy wzrost występowania C. difficile w ogniskach epidemicznych zarejestrowanych w zakładach opieki zdrowotnej.

Należy oczekiwać dalszego pogorszenia sytuacji epidemiologicznej w tym zakresie, o ile nie zostaną podjęte skoordynowane działania zapobiegawcze zarówno na szczeblu szpitali, jak i kraju.

W 2009 roku zarejestrowano pierwsze przypadki ognisk epidemicznych wywołanych przez szczepy pałeczek jelitowych wytwarzających tzw. β-laktamazy KPC. Ogniska epidemiczne zarejestrowano tylko w szpitalach na terenie województwa mazowieckiego.

W 2010 r. zgłoszono 3 ogniska epidemiczne z województwa mazowieckiego i 2 ogniska z województwa śląskiego. Ogniska epidemiczne wywołane przez KPC zarejestrowano w oddziale chorób wewnętrznych (nefrologia), OIT, OAIT. Łącznie zakażeniu w tych ogniskach uległo 13 osób, co stanowi 0,42% ogółem zakażonych pacjentów. Ważnym działaniem zapobiegawczym na szczeblu krajowym były opracowane przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej - Panią Profesor dr hab. n. med. Walerię Hryniewicz zalecenia dotyczące „Postępowania w przypadku identyfikacji w zakładach opieki zdrowotnej szczepów bakterii Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy typu KPC” rekomendowane przez Ministra Zdrowia i dostępne na stronie www.antybiotyki.edu.pl. Upowszechnienie tych wytycznych niewątpliwie przyczyniło się do podjęcia intensywnych działań prowadzonych przez zespoły ds. zakażeń szpitalnych, w celu wyeliminowania ryzyka rozprzestrzeniania się Klebsiella pneumoniae KPC+ poprzez prowadzenie kontroli zakażeń i kolonizacji w szpitalach już dotkniętych tym problemem oraz niedopuszczenie do rozprzestrzeniania się tych szczepów w innych ośrodkach.



Rycina 1.6.

Ogniska epidemiczne w 2010 r. wg typu oddziału.

Najwięcej ognisk epidemicznych zarejestrowano w oddziałach niezabiegowych (interna, kardiologia, neurologia, reumatologia, nefrologia) - były to głównie ogniska ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego spowodowanych przez Norowirusy, a także *Clostridium difficile* i świerzbowiec. Ogniska zgłoszone w OIOM/OIT stanowiły 13,8% ogółu zgłoszonych ognisk, najczęściej były wywołane przez *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* ESBL lub KPC. Ogniska zgłoszone w oddziałach pediatrycznych stanowiły 13,2% ogółu i były wywołane przede wszystkim przez Rotawirusy.

Ogniska zgłoszone w oddziałach zabiegowo-chirurgicznych (chirurgia, urologia, kardiochirurgia, neurochirurgia) stanowiły 11,2%, a główne czynniki alarmowe zarejestrowane w tych ogniskach to Norowirusy, Rotawirusy, *Clostridium difficile*.

Ogniska zgłoszone w oddziałach neonatologii stanowiły 5,6% ogółu ognisk, były wywołane głównie przez *Enterobacter cloacae* ESBL, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* MSSA.

Należy podkreślić, iż całkowite wyeliminowanie zakażeń szpitalnych i ognisk epidemicznych nie jest możliwe, natomiast można doprowadzić do minimalizacji występowania tych zakażeń w zakładach opieki zdrowotnej. Jednym z ogniw łańcucha działań prewencyjnych jest właściwa organizacja nadzoru epidemiologicznego w szpitalu.

W szpitalach zostały formalnie powołane zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami. Nie wszystkie z nich mają jednak skład w pełni zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 roku w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. Nr 108, poz. 706). Do zadań zespołów należy m.in. monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych,

prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych oraz opracowywanie raportów z działań podjętych w ogniskach epidemicznych.

W celu uszczelnienia systemu związanego z kontrolą zakażeń szpitalnych wydano w 2010 r. nowe akty prawne: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100, poz. 645) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 100, poz. 646). Rozporządzenie ww. określa zakres i sposób prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań, zapobiegających szerzeniu się zakażeń chorób zakaźnych, częstotliwość jej prowadzenia, a także sposób dokumentowania. Zakres kontroli obejmuje ocenę prawidłowości i skuteczności: oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń, procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, wykonywania badań laboratoryjnych, analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej oraz profilaktyki i terapii antybiotykowej. Wprowadzenie w życie powyższych uregulowań prawnych niewątpliwie przyczyni się do poprawy sytuacji w zakresie zakażeń szpitalnych, w szczególności występowania ognisk epidemicznych, m.in. poprzez uszczelnienie procedur oraz racjonalną politykę antybiotykową. Jedną z najistotniejszych interwencji w tym zakresie są również rutynowe kontrole oraz działalność doradczo-konsultacyjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

5 Analiza procesów dezynfekcji i sterylizacji

Zakażenia szpitalne, to jedno z najpoważniejszych zagrożeń dla hospitalizowanych pacjentów. Zakażeń tych nie można całkowicie wyeliminować, a jedynie doprowadzić do minimalizacji ich występowania. Prawidłowo przeprowadzona dezynfekcja i sterylizacja pełnią zasadniczą rolę w prewencji zakażeń powstałych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

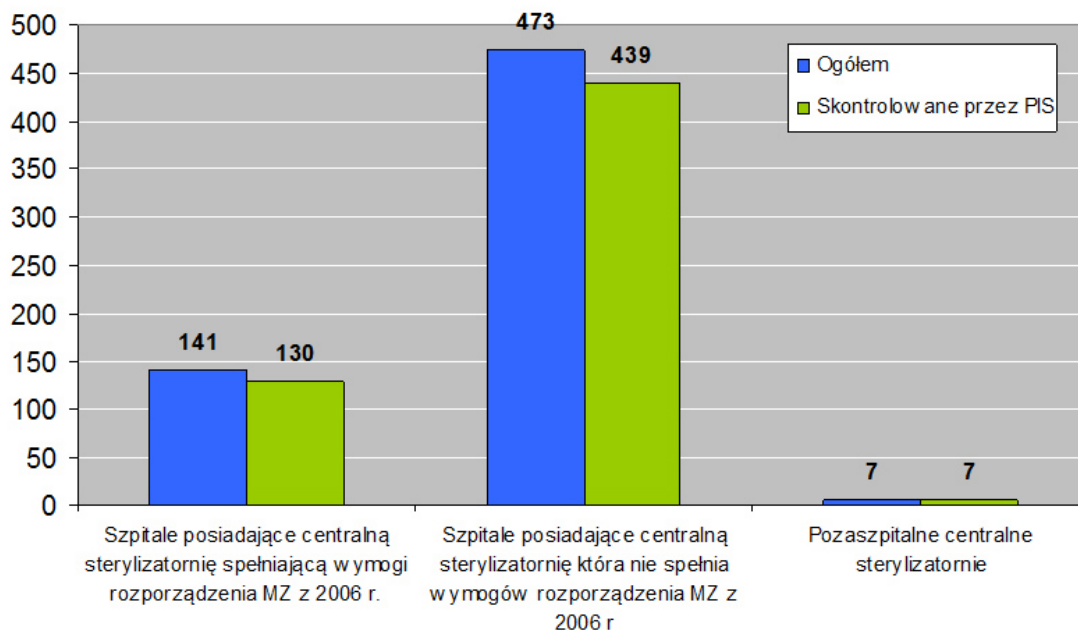
Sterylizacja jest procesem, który prowadzi do eliminacji wszystkich biologicznych czynników chorobotwórczych - zarówno form wegetatywnych, jak i przetrwalnikowych (spor). Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w szpitalu zapewnia się stałe zaopatrzenie w materiały sterylne. W zależności od przyjętych rozwiązań, materiały sterylne mogą być dostarczane bądź ze sterylizatorni zlokalizowanej poza zaopatrywanym obiektem posiadającym system zarządzania jakością (ISO lub GMP) i gwarantującej wykonanie wyrobu sterylnego, bądź z centralnej sterylizatorni zorganizowanej w ramach zaopatrywanego szpitala.

Według wstępnych danych nadesłanych do Głównego Inspektoratu Sanitarnego przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, w 2010 r. na terenie Polski działało łącznie 614 szpitali, które w swoim statucie miały centralną sterylizatornię. Spośród tych szpitali, 141 placówek (23%) dysponowało centralną sterylizatornią, która spełniała wymagania 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. Nr 213, poz. 1568), m.in. posiadała podział na trzy strefy: brudną, czystą i sterylną, a 473 szpitale (76%) miały w swojej strukturze centralną sterylizatornię nie spełniającą tych wymagań (w liczbie tej uwzględnione zostały również placówki posiadające odpowiednie programy dostosowawcze). W przypadku 7 (1%) szpitali procesy sterylizacji były wykonywane na podstawie umów zawartych z pozaszpitalnymi centralnymi sterylizatorniami, które spełniają wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia, ale nie są w strukturze danego szpitala. (Ryc. 1.5) W kolejnych latach planowane jest pogłębienie analizy m.in. w zakresie odstępstw od obowiązujących wymagań w centralnych sterylizatorniach.

Zgodnie z ustawą z 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm), kierownicy szpitali lub zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, są obowiązani do wdrożenia

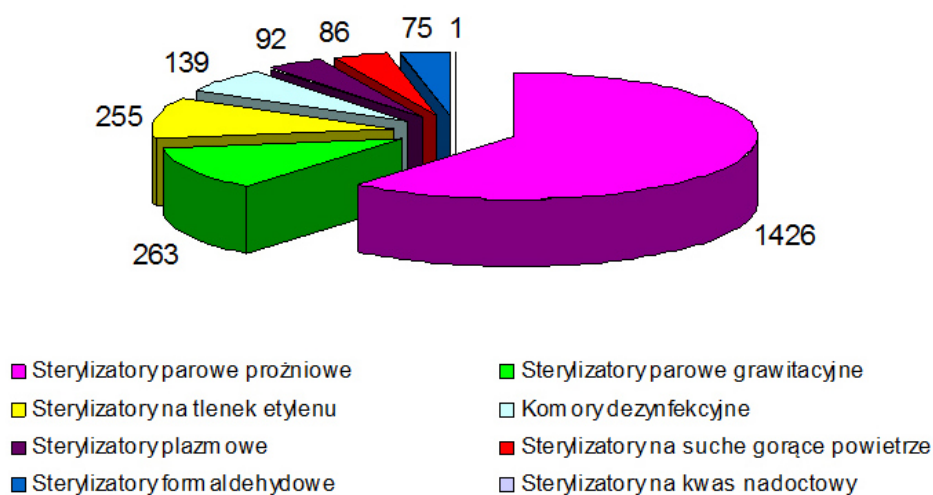


i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Przebieg procesów sterylizacji odgrywa kluczową rolę w takim systemie. Dlatego Stowarzyszenie Kierowników Szpitalnej Sterylizacji i Dezynfekcji zgłosiło pilną konieczność kształcenia profesjonalnej kadry realizującej zadania w zakresie sterylizacji i dezynfekcji medycznej. W odpowiedzi, Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Edukacji Narodowej z prośbą o wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860, z późn. zm) nowego zawodu technika sterylizacji medycznej. Jednocześnie, Minister Zdrowia powołał zarządzeniem z dnia 29 lipca 2010r. Zespół do spraw opracowania założeń merytorycznych do podstawy programowej kształcenia w zawodzie technika sterylizacji medycznej.



Rycina 1.7. Liczba szpitali posiadających centralną sterylizatornię, która spełnia bądź też nie spełnia wymagań rozporządzenia MZ.

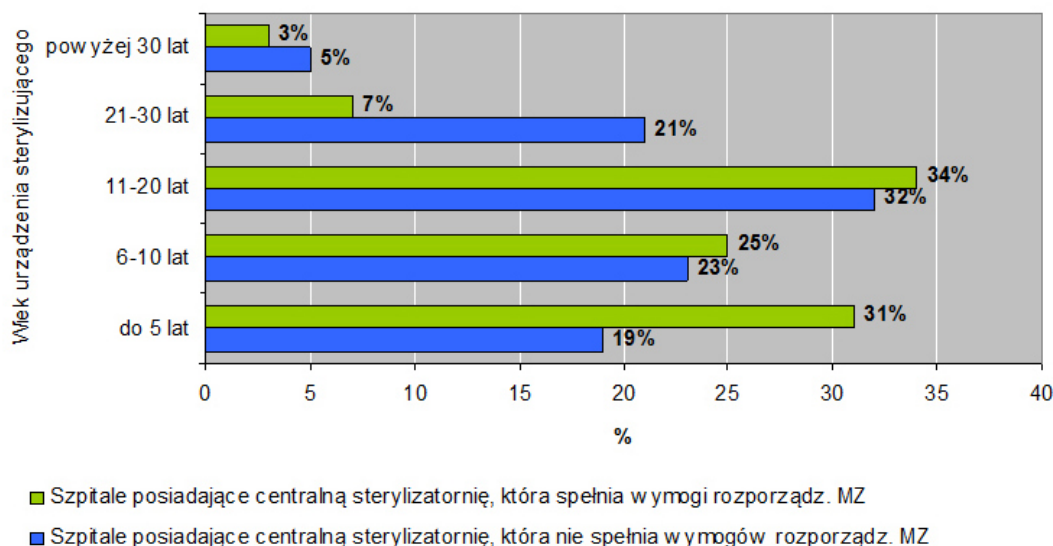
Większość skontrolowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną centralnych sterylizatorni było wyposażonych w sterylizatory parowe, były to głównie sterylizatory parowe próżniowe. (Ryc. 1.6)



Rycina 1.8. Wyposażenie w sprzęt sterylizujący szpitali posiadających centralną sterylizatornię, w zależności od rodzaju urządzenia sterylizującego.



Wiek posiadanych urządzeń sterylizujących mieścił się zwykle w przedziale 11-20 lat, biorąc pod uwagę rok ich produkcji. Należy jednak zwrócić uwagę na dużą liczbę urządzeń nowych tj. do 5 lat, szczególnie w szpitalach z centralną sterylizatornią spełniającą wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia. Odsetek sprzętu sterylizującego mającego powyżej 30 lat był niewielki i wynosił od 3 do 5%. (Ryc. 1.7)



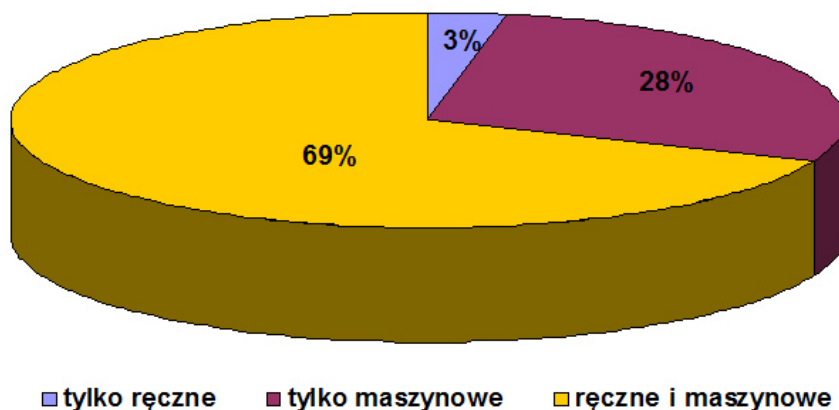
Rycina 1.9.
Wyposażenie w sprzęt sterylizujący szpitali posiadających centralną sterylizatornię, w zależności od roku produkcji urządzenia sterylizującego.

Jednym z czynników mających wpływ na ograniczenie zakażeń szpitalnych jest kontrola wewnętrzna procesu sterylizacji, którą należy uznać za jedno z najważniejszych kryteriów świadczących o jakości usług w danej placówce. Na podstawie uzyskanych danych, można stwierdzić, że procesy sterylizacji w większości szpitali z centralną sterylizatornią były monitorowane przy użyciu wskaźników fizycznych, chemicznych i biologicznych. Najczęściej stosowanymi wskaźnikami fizycznymi określającymi stan techniczny urządzenia były m.in. termometry, manometry, kontrolki świetlne, karty kontrolne, wydruki parametrów procesu tj. czas, temperatura, ciśnienie. Do zwykle stosowanych wskaźników chemicznych określających warunki procesu sterylizacji wewnątrz urządzenia można było zaliczyć m.in. testy Bowie-Dicka, wieloparametrowe testy paskowe, wskaźniki zintegrowane, testy emulacyjne, testy kontroli wsadu. Biologiczna kontrola procesów sterylizacji, informująca o fakcie zniszczenia wszystkich drobnoustrojów chorobotwórczych przeprowadzana była we wszystkich placówkach przy zastosowaniu takich wskaźników jak np. sporał A, sporał S czy fioletowe wskaźniki biologiczne o szybkim odczycie.

Niezwykle ważnym elementem gwarantującym jakość w procesie sterylizacji jest jej prawidłowa dokumentacja. W większości szpitali posiadających centralną sterylizatornię sporządzany był pełen protokół procesu sterylizacji zawierający takie informacje jak: data sterylizacji, nr kolejny cyklu, parametry procesu tj. temperatura, ciśnienie oraz czas, wyniki kontroli chemicznej i biologicznej, podpis osoby odpowiedzialnej za proces, wydruki ze sterylizatorów.

W większości szpitali (95%) istnieje system nadzoru nad sprzętem i dokumentacją, który umożliwia zidentyfikowanie wysterylizowanego sprzętu medycznego użytego u konkretnego pacjenta pod względem np. daty sterylizacji, kodu urządzenia, terminu ważności.

Spośród skontrolowanych szpitali posiadających centralną sterylizatornię spełniającą wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia, 69% placówek przygotowuje materiał do sterylizacji poprzez ręczne i maszynowe mycie sprzętu medycznego. Wyłącznie maszynowe mycie, które zapewnia większą wiarygodność procesu oraz minimalizuje narażenie personelu na chemikalia i materiał potencjalnie zakaźny, wykonywane jest tylko w 28% centralnych sterylizatori. Tylko w 3 % placówek sprzęt medyczny myty jest wyłącznie ręcznie. (Ryc.1.8)



Rycina 1.10.

Sposób mycia sprzętu medycznego w szpitalach z centralną sterylizatornią spełniającą wymagania rozporządzenia MZ.

Resterylizacja jest to powtórna sterylizacja po pierwszej sterylizacji przemysłowej, tj. druga sterylizacja wyrobu medycznego, który nie był użyty do wykonania procedury medycznej z takich względów jak np. utrata daty ważności, uszkodzenie opakowania pierwotnego. W świetle aktualnie obowiązujących przepisów prawa, wyrób poddany resterylizacji nie może być wykorzystany ponownie wobec pacjenta bez instrukcji ponownej sterylizacji i jej zatwierdzeniu przez producenta tego wyrobu.

Ze wstępnych danych nadesłanych przez WSSE wynika, że większość szpitali z centralną sterylizatornią, która spełnia wymogi rozporządzenia, nie wykonuje resterylizacji sprzętu jednorazowego użycia (88%), w przypadku 8% jest ona wykonywana, dla 4% nie udało się uzyskać takich danych. W kolejnych latach, problem ten będzie przedmiotem szczegółowych analiz Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

II Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej i innych placówek służby zdrowia

W 2010 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 39 702 obiektach służby zdrowia spośród 74 625 ujętych w ewidencji (53,2% ogółu).

1 Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej

W 2010 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 19 093 obiektach tej grupy, co stanowi 73,5% ujętych w ewidencji. Była to najliczniejsza grupa skontrolowanych obiektów, stanowiąca blisko połowę ogółu placówek służby zdrowia objętych nadzorem sanitarnym. Ogólna ocena stanu sanitarnego skontrolowanych placówek była zbliżona do stwierdzanej w latach poprzednich. Stan sanitarny oceniono negatywnie w 954 obiektach, co stanowiło 5,0% ogółu skontrolowanych w tej grupie. Wskaźnik ten nieznacznie wzrósł w porównaniu z rokiem poprzednim.

Do zakładów opieki zdrowotnej należą zarówno zakłady lecznictwa zamkniętego, jak i placówki lecznictwa otwartego, a także inne obiekty, takie jak medyczne laboratoria diagnostyczne, pracownie protetyki i ortodontji, zakłady rehabilitacji leczniczej oraz żłobki. Pierwsza z grup obejmuje szpitale publiczne i niepubliczne, szpitale uzdrowskowe, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria i prewentoria, hospicja stacjonarne. W drugiej grupie placówek przeważają przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie i ambulatoria.

1.1 Szpitale

Szpitale należały do obiektów, które były objęte przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzmocnionym nadzorem sanitarnym. W 2010 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono ogółem w 805 szpitalach spośród 847 wykazanych w ewidencji (95,0%), a więc kontroli poddano prawie wszystkie placówki. Za niedostateczny uznano stan sanitarny 194 skontrolowanych obiektów, co stanowiło 24,1% objętych kontrolą. Oznacza to zwiększenie się liczby takich placówek w porównaniu z rokiem ubiegłym, kiedy negatywna ocena sanitarna dotyczyła 179. Dostosowanie szpitali do wymagań 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. Nr 213, poz. 1568, z późn. zm.) następowało powoli. Trudności w dostosowaniu części szpitali do wymagań określonych w przepisach w dużej

mierze wynikały z faktu, że nadal wiele z nich mieściło się w starych budynkach, często o pierwotnie innym przeznaczeniu i jedynie adaptowanych na budynki szpitalne. Mimo prowadzonych w wielu obiektach szpitalnych prac remontowych, zastrzeżenia dotyczące ich stanu sanitarno-technicznego były bardzo liczne i stanowiły przedmiot negatywnej oceny sanitarnej. Do najczęściej odnotowanych uchybień w tym zakresie należały: niewłaściwy stan techniczny i wyposażenie pomieszczeń, brak węzłów sanitarnych przy salach chorych, brak podjazdów dla karetek, brak oddzielnych dróg transportu materiałów czystych i brudnych oraz odpadów medycznych, brak klimatyzacji, wentylacji mechanicznej, filtrów powietrza. Większość szpitali zrezygnowała z prowadzenia własnych pralni i zlecała pranie bielizny wyspecjalizowanym firmom, dysponującym pralniami z barierą sanitarną i w pełni zautomatyzowanymi.

1.2 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze

W 2010 r. skontrolowano 322 obiekty obu powyższych grup, co stanowiło 77,2% wszystkich zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ujętych w ewidencji. Przeważały wśród nich zakłady opiekuńczo-lecznicze (187 zakładów). Negatywnie oceniono stan sanitarny 5,9% placówek objętych kontrolą. Najczęstszym powodem negatywnej oceny omawianych obiektów był ich ogólny niewłaściwy stan sanitarno-techniczny i higieniczny, brak prawidłowej wentylacji pomieszczeń oraz niedostosowanie obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych.

1.3 Sanatoria i prewentoria

W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano 209 obiektów spośród 239 znajdujących się w ewidencji (87,4%). Stan sanitarny oceniono negatywnie ogółem w 5,7% skontrolowanych obiektów, co oznacza, że wskaźnik ten uległ zwiększeniu w porównaniu z rokiem ubiegłym (w 2009 r. wyniósł 2%).





1.4 *Hospicja stacjonarne*

W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano 53 hospicja spośród 60 znajdujących się w ewidencji (88,3%). Negatywny stan sanitarny stwierdzono tylko w 1 placówce. W placówkach tych na ogół nie stwierdzano nieprawidłowości w zakresie dezynfekcji, postępowania z odpadami medycznymi oraz bielizną czystą i brudną, w przypadku których ściśle przestrzegane są opracowane i zatwierdzone procedury. Część placówek realizowała programy dostosowawcze, zaopiniowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

1.5 *Przychodnie, ośrodki zdrowia i poradnie*

Przychodnie, ośrodki zdrowia i poradnie, świadczące usługi medyczne w trybie ambulatoryjnym, stanowiły najliczniejszą grupę obiektów wśród ogółu zakładów opieki zdrowotnej. W 2010 r. skontrolowano stan sanitarny 13 854 placówek spośród 18 537 pozostających w ewidencji (74,7%). Zły stan sanitarny stwierdzono w 618 przypadkach (4,5%). Najczęściej stwierdzane uchybienia w zakresie stanu sanitarnego obejmowały: brak przystosowania obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności toalet, zbyt małe powierzchnie gabinetów lekarskich, brak umywalk w gabinetach zabiegowych, zły stan higieniczny pomieszczeń, brak lub niewłaściwie opracowane procedury segregacji i kategoryzacji odpadów. W części placówek problem stanowiło postępowanie z brudną bielizną, która była przekazywana do pralni ogólnodostępnych, nie odpowiadających wymaganiom do prania bielizny szpitalnej.

Zgodnie z ustawą z 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm),

kierownicy szpitali lub zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Przebieg procesów sterylizacji odgrywa kluczową rolę w takim systemie. Dlatego Stowarzyszenie Kierowników Szpitalnej Sterylizacji i Dezynfekcji zgłosiło pilną konieczność kształcenia profesjonalnej kadry realizującej zadania w zakresie sterylizacji i dezynfekcji medycznej. W odpowiedzi, Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Edukacji Narodowej z prośbą o wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860, z późn. zm) nowego zawodu technika sterylizacji medycznej. Jednocześnie, Minister Zdrowia powołał zarządzeniem z dnia 29 lipca 2010r. Zespół do spraw opracowania założeń merytorycznych do podstawy programowej kształcenia w zawodzie technik sterylizacji medycznej.

1.6 *Stacje Pogotowia Ratunkowego*

W 2010 r. skontrolowano pod względem sanitarnym 277 stacje Pogotowia Ratunkowego spośród 379 ujętych w ewidencji (73,1%). Za niedostateczny uznano stan sanitarny 29 skontrolowanych placówek (10,5%). W większości przypadków wynikał on z uchybień sanitarno-technicznych. We wszystkich skontrolowanych placówkach stan sanitarny karettek podczas kontroli oraz sposób postępowania z odpadami medycznymi nie budziły zastrzeżeń.

1.7 *Medyczne laboratoria diagnostyczne*

Skontrolowano 586 medycznych laboratoriów diagnostycznych (77,3%). Spośród nich negatywnie oceniono stan sanitarny 15 placówek (2,6%). Należy odnotować, że materiał potencjalnie zakaźny w laboratoriach pobierany był wyłącznie przy użyciu sprzętu jednorazowego użytku.

2 *Indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie, lekarzy dentystów oraz pielęgniarek i położnych*

W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano ogółem stan sanitarny 19 690 obiektów omawianej grupy spośród 46 991 ujętych w ewidencji (41,9%). Negatywnie oceniono stan sanitarny 164 skontrolowanych placówek (0,8%). Najliczniejszą kategorią objętych kontrolą sanitarną placówek w omawianej grupie były indywidualne praktyki lekarzy dentystów (7144 skontrolowanych obiektów) oraz indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (5896 skontrolowane obiekty). Spośród skontrolowanych 2040 indywidualnych praktyk lekarskich negatywnie oceniono 0,5%, 5896 indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich 0,8%, a grupowych praktyk lekarskich 0,9%. Wśród skontrolowanych 10 328 indywidualnych i specjalistycznych praktyk dentystycznych odsetek ocen negatywnych dotyczył mniej niż 1% placówek. Nie odnotowano złego stanu sanitarnego w indywidualnych specjalistycznych praktykach pielęgniarek i położnych oraz grupowych praktykach lekarzy dentystów.



Podsumowanie

1) Analiza stanu sanitarnego obiektów służby zdrowia wskazuje, że w 2010 r. nie uległ on zasadniczym zmianom w porównaniu z rokiem 2009. Dotyczy to zwłaszcza zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku których udział obiektów ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym wśród ogółu skontrolowanych nie uległ poprawie w porównaniu z rokiem ubiegłym i wyniósł 5,0%.

2) Największy odsetek obiektów ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym - 24,1% - odnotowano w grupie placówek szpitalnych, co wynika ze specyfiki tych obiektów oraz szczególnych wymagań w stosunku do nich.

3) Na tle zakładów opieki zdrowotnej pozytywnie wyróżniają się placówki służby zdrowia będące indywidualnymi praktykami lekarskimi, dentystycznymi i pielęgniarskimi. W tej grupie obiektów odsetek negatywnych ocen sanitarnych wynosił poniżej 1%.

4) Zdecydowana większość zakładów opieki zdrowotnej posiadała pozytywnie zaopiniowane programy dostosowujące obiekty do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że wymagania te są wielostronne i zmierzają do zapewnienia wysokiego standardu warunków sanitarno-technicznych w obiektach służby zdrowia, stąd ich realizacja wymaga pokonania wielu trudności, zarówno od strony technicznej, jak i finansowej. Nadal wiele obiektów wymaga poprawy.

III Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku

1 Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2010 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 358 276 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku, w tym:

- 8 146 zakładów produkcji żywności, w tym m. in.: 6137 piekarni, 3215 ciastkarni,
- 201 081 obiektów obrotu żywnością, w tym m. in.: 147 886 sklepów spożywczych,
- 22 699 środków transportu żywności,
- 75 340 zakładów żywienia zbiorowego otwartych, w tym m. in.: 44 548 zakładów małej gastronomii,
- 34 589 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m. in.: 947 bloków żywienia w szpitalach, 198 kuchni niemowlęcych, 407 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 9884 stołówki szkolne, 8791 stołówki w przedszkolach, 441 zakładów usług cateringowych oraz 2570 innych zakładów żywienia,
- 3003 wytwórni i miejsc obrotu przedmiotami użytku,
- 3418 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami, w tym m. in. 237 zakładów produkcji i konfekcjonowania kosmetyków.

W nadzorowanych zakładach przeprowadzono 341 303 kontroli sanitarnych, w tym 27 389 kontroli interwencyjnych. Wydano 46 104 decyzje nakazujące usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 867 decyzji przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań ukarano 24 874 mandatami, na łączną kwotę 4 888 980 PLN.

Na podstawie posiadanych danych liczbowych można stwierdzić, że w Polsce w latach 2004 - 2006 następowała systematyczna poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu żywnością. W latach 2007 i 2008 odsetek zakładów o złym stanie sanitarnym utrzymał się na poziomie roku 2006, tj. 2,3%. Natomiast w latach 2009 i 2010 następowała dalsza poprawa stanu sanitarnego (w 2009 r. - 2,2%, w 2010 r. - 2,1%).

Stan sanitarny nadzorowanych obiektów oceniany był przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z jednolitymi procedurami urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością uwzględniającymi przepisy w zakresie wymagań higieniczno - sanitarnych.

Zgodnie z obowiązującym prawem żywnościowym obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności spoczywa na przedsiębiorcach branży spożywczej.

2 Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

Stan sanitarno-higieniczny obiektów jest bardzo zróżnicowany, od obiektów nowoczesnych, po obiekty stare (zwłaszcza w miastach o zwartej zabudowie) oraz od małych (sklepy w rejonach wiejskich) po bardzo duże (typu super i hipermarkety). Stan sanitarny i techniczny poprawia się m. in. dzięki systematycznym i konsekwentnym kontrolom prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niektóre zakłady, szczególnie małe, mieszczące się w budynkach mieszkalnych w zwartych zabudowach miast lub w domach jednorodzinnych na wsi, pozbawione są możliwości rozbudowy i modernizacji (niezbędnej z uwagi na konieczność wdrażania systemów GHP/GMP/HACCP), głównie z powodu trudności ekonomicznych właścicieli oraz dekapitalizacji infrastruktury.



W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań oraz wdrażaniu i stosowaniu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a także wprowadzaniu systemu HACCP.

2 Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2010 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 9 903 środki transportu żywności, spośród których tylko 4 oceniono jako niezgodne z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi. Większość obiektów obrotu żywnością dysponuje prawidłowymi środkami transportu, dobrymi technicznie i przeznaczonymi wyłącznie do przewozu artykułów spożywczych.



4 Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do roku 2009, w 2010 r. jakość zdrowotna środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa poprawie. Zmniejszył się odsetek zakwestionowanych próbek żywności we wszystkich badanych kategoriach, zarówno produkcji krajowej, jak i wyprodukowanej w Unii Europejskiej oraz importowanej z krajów trzecich.

W 2010 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zbadały ogółem 66 913 próbki środków spożywczych, z których 3,56% nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2009 r. - 3,84%).

| Rok | Środki spożywcze | | W tym | | | | | |
|------|------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|
| | | | krajowe | | importowane | | UE | |
| | Próbki zbadane | % Próbek zestionowanych | Próbki zbadane | % Próbek zestionowanych | Próbki zbadane | % Próbek zestionowanych | Próbki zbadane | % Próbek zestionowanych |
| 2009 | 77153 | 3,84 | 65114 | 3,7 | 7851 | 5,02 | 4188 | 3,63 |
| 2010 | 66913 | 3,56 | 56088 | 3,56 | 7456 | 3,66 | 3369 | 3,32 |

Tabela 3.1.

Jakość zdrowotna środków spożywczych w latach 2009-2010

4.1 Znakowanie środków spożywczych

W 2010 r. na 37 648 ocenionych próbek pod względem znakowania - zakwestionowano 964, co stanowi 2,56% (w 2009 r. - 2,4%).

4.2 Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami

Prowadzono także w 2010 r. nadzór nad obrotem grzybami i przetworami grzybowymi, który w większości przypadków prowadzony był prawidłowo. W czasie pełnienia nadzoru zwracano uwagę, czy oferowane do sprzedaży grzyby posiadały ważne atesty i były prawidłowo oznakowane. W ramach działań profilaktycznych grzyboznawcy zatrudnieni w Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielali porad w zakresie przynależności gatunkowej grzybów. Ponadto organizowano wystawy grzybów oraz za pośrednictwem

mediów przekazywano informacje dotyczące grzybów, targowiskowej sprzedaży grzybów, grzybobrania, jego zalet oraz niebezpieczeństw wynikających z niewłaściwego postępowania.

W 2010 r. aż 80 osób uległo zatruciu grzybami (w 2009 r. - 30 osób), w tym najwięcej, bo aż 43 przypadków spowodowanych było spożyciem muchomora sromotnikowego (w 2009 r. - 11). W wyniku zatrucia grzybami w 2010 r. odnotowano 7 zgonów (w 2009 r. - 3).

4.3 Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)

W 2010 r. zbadano 636 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 3:

- 1) 2 próbki siemienia lnianego - ze względu na obecność DNA nieautoryzowanej odmiany Inu CDC TRIFFID FP967,
- 2) próbkę wafli przekładanych kremem o smaku kakaowym z orzechami arachidowymi w polewie kakaowej - ze względu na obecność soi genetycznie zmodyfikowanej Roundup Ready - bez tej informacji w oznakowaniu.

Do badań pobrano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, produkty zawierające w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej oraz produkty oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie zawierające materiał GMO niedopuszczony w UE. Badano m. in.: produkty z soi, kukurydzy i ryżu, warzywa, mięso, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze.



4.4 System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach - RASFF

W 2010 r. Krajowy Punkt Kontaktowy otrzymał 330 powiadomień o niebezpiecznej żywności i paszach (w roku 2009 - 371, w 2008 - 403, w 2007 - 361, w 2006 - 286, w 2005 - 190, w 2004 - 179, w 2003 - 89 powiadomień), w tym:

- 219 powiadomień dotyczących niezgodności wykrytych podczas kontroli urzędowej w kraju,
- 111 powiadomień z Komisji Europejskiej dotyczących produktów niebezpiecznych pochodzących z Polski lub dystrybuowanych do kraju.

Do najczęściej zgłaszanych zagrożeń w roku 2010 (podobnie jak w 2009 r.) należały chemiczne zanieczyszczenia żywności (145 zgłoszeń - 108 z kraju oraz 37 z KE).

5 Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków

Nadzór sanitarny nad materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością oraz kosmetykami obejmuje zarówno sanitarno-higieniczne warunki produkcji, jak i bezpieczeństwo zdrowotne tych produktów.

W 2010 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 5,31% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wyniósł 1,68%.

W roku 2010 w ramach unijnego Systemu RAPEX organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały 74 powiadomienia dotyczące kosmetyków. Większość notyfikowanych kosmetyków nie została zgłoszona do Krajowego Systemu Informowania o Kosmetykach (KSloK), zatem nie powinna znajdować się w obrocie na terenie Polski. W przypadku stwierdzenia tych wyrobów w obrocie podlegały one zabezpieczeniu.

6 Ocena sposobu żywienia

Zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują - zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy oraz publikują, jednostki badawczo-rozwojowe podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, w tym głównie Instytut Żywności i Żywienia. Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego, korzystne jest posługiwanie się modelowymi racjami pokarmowymi, w których podane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Obecnie mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia.

W związku z tym, że nie istnieją przepisy narzucające obowiązkowe normy żywieniowe - organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie mają podstaw prawnych do egzekwowania prawidłowego żywienia w zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego. Oceny sposobu żywienia dokonywane przez przedstawicieli PSSE w nadzorowanych obiektach, w tym informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach - przesyłane są w formie pism intencyjnych do przedsiębiorców prowadzących żywienie (odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywności i jakość żywienia) oraz do wiadomości jednostkom nadrzędnym lub dyrektorom obiektów.

W 2010 r. oceniono sposób żywienia w 6 199 zakładach żywienia zbiorowego stwierdzając następujące nieprawidłowości: wady jadłospisów i racji pokarmowych - w 16,64% próbek zbadanych teoretycznie (w 2009 r. - 21,44%), niewłaściwa wartość energetyczna

oraz wartość składników pokarmowych, co stwierdzono w 52,36% próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2009 r. - 47,60%).

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w zakresie sporządzania jadłospisów były: zbyt niska podaż mleka i przetworów mlecznych, co powodowało niedobory wapnia w diecie, małe urozmaicenie posiłków z niewielkim udziałem ryb, brak dodatków owocowo-warzywnych, szczególnie w posiłkach śniadaniowych i kolacjach, a także w posiłkach z produktów stanowiących źródło pełnowartościowego białka zwierzęcego. Ponadto stwierdzono nadmierne spożycie tłuszczów (margaryny, smalcu), cukru i słodczy, ziemniaków, przy drastycznych w niektórych przypadkach niedoborach w spożyciu owoców i warzyw, mleka i jego przetworów, masła, jaj. W przyrządzanych posiłkach stwierdzano także niedobory istotnych składników pokarmowych, tj. wapnia, białka zwierzęcego, żelaza, witaminy C.





Podsumowanie

Stan sanitarny ogółu nadzorowanych obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w roku 2010 uległ poprawie w stosunku do lat poprzednich. Poprawa ta osiągnięta jest m. in. poprzez modernizację obiektów oraz przez wprowadzanie systemów zapewnienia jakości. W celu zapewnienia przez przedsiębiorców właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności w dalszym ciągu będzie kontynuowany przez organy PIS nadzór sanitarny szczególnie w zakresie:

- wdrażania i skutecznego stosowania systemów kontroli wewnętrznej w obiektach żywności i żywienia - zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) oraz systemu HACCP (wraz z niezbędną dokumentacją),
- zachowania łańcucha chłodniczego na całej drodze od surowca do gotowego produktu wydawanego konsumentom, co ma szczególne znaczenie w przypadku środków spożywczych łatwo psujących się,
- poprawy funkcjonalności obiektów,
- stosowania prawidłowych procesów mycia i dezynfekcji,
- prawidłowego znakowania wyrobów,
- właściwego stosowania substancji dodatkowych,
- zachowania higieny osobistej i higieny miejsca pracy,
- identyfikowalności surowców i produktów.

IV Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością zdrowotną suplementów diety w 2010 roku

W 2010 r. nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad produkcją i obrotem suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz żywności wzbogacanej prowadzono w ramach planowych kontroli sanitarnych i działań interwencyjnych.

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje co najmniej 128 przedsiębiorców produkujących suplementy diety i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego. W 2010 r., skontrolowano 92,6% producentów suplementów diety i 94,7% producentów środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

W 2010 r., laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały 5898 analiz, w tym 4634 środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i 1264 suplementów diety. Ponadto 342 próbki poddano ocenie zgodności w kierunku zawartości jodu w soli kuchennej jodowanej oraz 705 próbek środków spożywczych wzbogacanych pod kątem deklarowanej wartości odżywczej.

Zakres badań środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego obejmował w szczególności poziomy zanieczyszczeń mikrobiologicznych żywności, zanieczyszczenia metalami ciężkimi, poziomy pozostałości pestycydów, mikotoksyn i azotanów oraz obecność GMO i znakowanie.

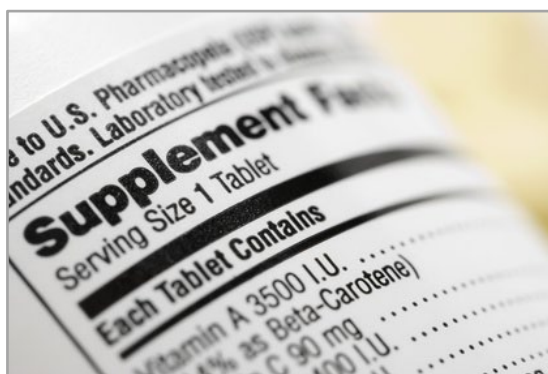
W badaniach suplementów diety i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego zdyskwalifikowano 208 próbek ogółem. Największy odsetek prób zdyskwalifikowanych stwierdzono w przypadku oceny znakowania ww. produktów. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w 195 przypadkach badanych próbek (101 środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i 94 suplementów diety). Ponadto w badaniach jakości zdrowotnej środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementów diety stwierdzono 5 przypadków stosowania substancji dodatkowych niezgodnie z warunkami określonymi przepisami prawa, 3 przypadki zanieczyszczeń mikrobiologicznych, 1 zanieczyszczenie metalami ciężkimi oraz 3 przypadki nieprawidłowości organoleptycznych.

Ze względu na problem rosnącej sprzedaży produktów prezentowanych jako suplementy diety o właściwościach leczniczych lub stymulujących w placówkach handlowych typu „sex shop” organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej we współpracy

z policją i Państwową Inspekcją Farmaceutyczną przeprowadzały kontrole doraźne mające na celu wyeliminowanie z obrotu produktów potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia konsumentów.

Niezależnie od powyższych działań organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2010 r., wielokrotnie wycofywały z obrotu suplementy diety zafałszowane substancjami i pochodnymi substancji farmakologicznie czynnych.

W 2010 r., w ramach współpracy organów urzędowej kontroli żywności dokonano wycofania z obrotu wielu partii 35 różnych produktów, w składzie których wykryto takie substancje jak np.: sybutramina, sildenafil i ich pochodne.



Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza ustawowym obowiązkiem sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad przedsiębiorcami uczestniczącymi na rynku produktów spożywczych współpracują z innymi Państwami Członkowskimi w Systemie Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF).

W 2010 r. ogólna liczba powiadomień wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej w sprawie suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz żywności wzbogacanej o nieprawidłowej jakości zdrowotnej wyniosła 151. Powiadomienia alarmowe (bezpośrednio zagrażające życiu) stanowiły 19% ogólnej liczby zgłoszeń, natomiast powiadomienia informacyjne 47%, tj. odpowiednio 30 i 72 powiadomienia.

W 2010 r., Polska zgłosiła do Komisji Europejskiej jedynie 7 powiadomień w sprawie suplementów diety o niewłaściwej jakości zdrowotnej. Powodem, dla którego zakwestionowano zgłoszone produkty było: dwukrotne nieautoryzowane zastosowanie napromieniania w suplementach diety pochodzących ze Stanów Zjednoczonych, przypadek zanieczyszczenia kaszki ryżowej dla dzieci przez *Enterobacter sakazakii* (2 z 30 próbek pochodzących z Turcji), oraz zafałszowania suplementów diety nieautoryzowanymi substancjami np.: synefryna, winpocetyna, cytrynian boru, palma sabalowa.

Jakość zdrowotna produktów dystrybuowanych przez polskich przedsiębiorców na przestrzeni 2010 r., kwestionowano w RASFF trzykrotnie. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: zawartości wanadu, hormonów, pro hormonów, johimbiny i niedozwolonego barwnika (E 127 erytrozyna) w suplementach diety wytworzonych poza UE dystrybuowanych przez polskich przedsiębiorców. Jeden przypadek dotyczył niedeklarowanej zawartości glutenu w żywności dla małych dzieci wyprodukowanej w Polsce.

V Dopalacze - nowe zagrożenie w dziedzinie zdrowia publicznego

Od 2008r. w Polsce pojawiło się nowe zagrożenie zdrowotne, pod postacią szybko narastającej fali zatruc substancjami pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, wykazującymi działanie odurzające lub psychotropowe i popularnie nazywanymi „dopalaczami”.

Pojawiły się one w legalnym obrocie pod postacią odzywek, mieszanek ziołowych lub „artykułów kolekcjonerskich”, a skala zjawiska narastała lawinowo, wskazując na jego zorganizowany charakter. Pierwszy stacjonarny sklep w „dopalaczami” powstał w 2008 r., a w październiku 2010 było już ponad 1300 sklepów, z czego większość powstała w 2010 roku. Zagrożona była głównie młodzież, która eksperymentowała z tymi łatwo dostępnymi, reklamowanymi i groźnymi substancjami. Częstymi pacjentami szpitalnych izb przyjęć i oddziałów zatruc stały się nastolatki ciężko zatrute tymi substancjami. Dodatkowy problem stanowiła okoliczność, że nie był znany skład tych preparatów.



W dniu 2 października 2010 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej rozpoczęły działania dotyczące dopalaczy. Główny Inspektor Sanitarny wydał decyzję, w której nakazał wycofanie z obrotu, na terenie całego kraju, wyrobów o nazwie „Tajfun”, określanych jako przeznaczone do celów kolekcjonerskich, oraz wszystkich podobnych wyrobów, powodujących bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzi oraz zaprzestanie działalności obiektów służących produkcji, obrotowi hurtowemu lub detalicznemu tymi wyrobami. Podstawą decyzji była przesłanka wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia. Decyzji tej nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

W celu ujednoczenia postępowania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej opracowano i wydano wytyczne, instrukcje i procedury postępowania w zakresie objętym decyzją. Z danych otrzymanych z WSE wynika, że w okresie od 2 października do 31 grudnia 2010 r. w działania te zaangażowanych było 2551 pracowników PIS. W okresie tym unieruchomiono 1 378 obiektów i przeprowadzono łącznie 7 225 kontroli, w tym część kontroli dotyczyła sprawdzenia oplombowania punktów obrotu.

Kontroli sklepów z dopalaczami dokonywano wraz z Policją. W stacjach sanitarno - epidemiologicznych prowadzone były całonocne dyżury telefoniczne.

Powołano Zespół do spraw walki z dopalaczami, w skład którego weszli eksperci, m.in. Krajowy Konsultant w dziedzinie toksykologii i dyrektorzy instytutów naukowych. Główny Inspektor Sanitarny poinformował o podjętych działaniach wszystkich marszałków województw i starostów, których poproszono o współdziałanie w tym zakresie.

W ramach przeprowadzonych kontroli pobrano do badań łącznie 16 658 próbek. Dopapalacze z punktów sprzedaży zostały zabezpieczone poprzez obanderolowanie i oznakowanie według procedury obowiązującej w organach ścigania i pod konwojem Policji przekazano je w depozyt do miejsc wyznaczonych przez poszczególnych wojewodów.

W depozytach znalazło się około 68 000 sztuk/opakowań produktów (najwięcej w województwie podkarpackim, podlaskim, lubelskim, małopolskim, zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim).

Próbki pobrane w trakcie kontroli zostały przekazane do badań do wyspecjalizowanych jednostek naukowo-badawczych, takich jak:

- Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie
- Narodowy Instytut Leków w Warszawie
- Instytut Medycyny Pracy w Łodzi
- Instytut Medycyny Wsi w Lublinie
- Instytut Sportu w Warszawie
- Instytut Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich w Poznaniu

Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że zbadane próbki zawierały substancje znajdujące się w wykazie substancji o działaniu odurzającym wymienione w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, substancje o działaniu psychoaktywnym oraz produkty lecznicze niedopuszczone do obrotu na terenie kraju, stosownie do przepisów prawa farmaceutycznego.

W dniu 27 listopada 2010 roku znowelizowano ustawę z dnia 8 października 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. nr 213 poz. 1396). Wprowadzono termin „środka zastępczego”, czyli substancji o działaniu psychoaktywnym nie wymienionej w katalogu zamkniętym określonym dotychczas w tej ustawie. Nowelizacja wprowadziła w art. 44b zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych. Reklama tych substancji stała się przestępstwem i jest zagrożona karą pozbawienia wolności. Jednocześnie z zakazem wprowadzania do obrotu środków zastępczych dodano do przedmiotowej ustawy art. 44c, uprawniający właściwego inspektora sanitarnego do skorzystania z uprawnienia przewidzianego w art. 27c ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w sytuacji gdy wprowadzony został do obrotu środek zastępczy lub produkt, co do którego zachodzi podejrzenie, że jest on środkiem zastępczym. Właściwy państwowy inspektor sanitarny wstrzymuje, w drodze decyzji, wytwarzanie lub wprowadzanie do obrotu takiego produktu oraz dokonuje jego zatrzymania i nakazuje zaprzestanie prowadzenia działalności w pomieszczeniach lub obiektach służących



wytwarzaniu lub wprowadzaniu produktu do obrotu na czas niezbędny do usunięcia zagrożenia. Wskazana powyżej nowelizacja wprowadziła również przepis, zgodnie z którym substancja, wobec której zachodzi podejrzenie, że stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia może być wycofana z obrotu na czas 18 miesięcy w celu przeprowadzenia badań.

Tym samym w przypadku stwierdzenia wprowadzania do obrotu środków zastępczych lub produktów co do których zachodzi podejrzenie, iż są one środkami zastępczymi podejmowane będą następujące działania:

- 1) zatrzymanie podejrzanych wyrobów i zabezpieczenie przez właściwego inspektora sanitarnego,
- 2) nakazanie zaprzestania działalności w pomieszczeniach lub obiektach służących wprowadzaniu tych wyrobów do obrotu na okres do 3 miesięcy,
- 3) wszczęcie procedury oceny i badań bezpieczeństwa tych wyrobów - w przypadku gdy zostanie potwierdzone, że w skład wyrobów wchodzi środek zastępczy koszty ponosi strona postępowania.

W przypadku potwierdzenia się podejrzenia, iż wprowadzany do obrotu wyrób stanowił środek zastępczy w rozumieniu art. 4 pkt. 27 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zostanie wydana decyzja o:

- 1) zakazie wprowadzania do obrotu takiego produktu,
- 2) nakazie wycofania z obrotu takiego produktu,
- 3) zniszczeniu produktu na koszt strony postępowania (wprowadzającego do obrotu).

Od dnia 14 listopada 2010 r. zorganizowano cykliczne szkolenia dotyczące walki z dopalaczami. Przeszkolono około 600 pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych różnego szczebla. W dniu 8 grudnia 2010 r. zorganizowano konferencję szkoleniową na temat walki z dopalaczami dla 400 uczestników. Konferencja adresowana była do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jednostek naukowych dokonujących diagnostyki tych produktów, Policji, Służb Celnych, Straży Granicznej i innych służb i inspekcji oraz pracowników urzędów centralnych i wojewódzkich. Konferencja miała na celu przygotowanie służb do wykonywania nowych zadań wynikających ze znowelizowanej ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wyznaczeni pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych uczestniczący w działaniach przeciwko dopalaczom wzięli udział we wspólnych z Policją warsztatach szkoleniowych, organizowanych przez Komendanta Głównego Policji w celu doskonalenia współpracy i wyznaczenia wstępnego algorytmu postępowania pomiędzy dwoma służbami.

W celu efektywnej realizacji zadań wynikających z przedmiotowej ustawy istnieje konieczność stałego współdziałania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z Kuratorium Oświaty, z Komendami Wojewódzkimi Policji, z Wojewódzkimi Inspektoratami Inspekcji Handlowej i z Wojewódzkimi Inspektoratami Farmaceutycznymi. Mając powyższe na uwadze przygotowano projekt porozumienia

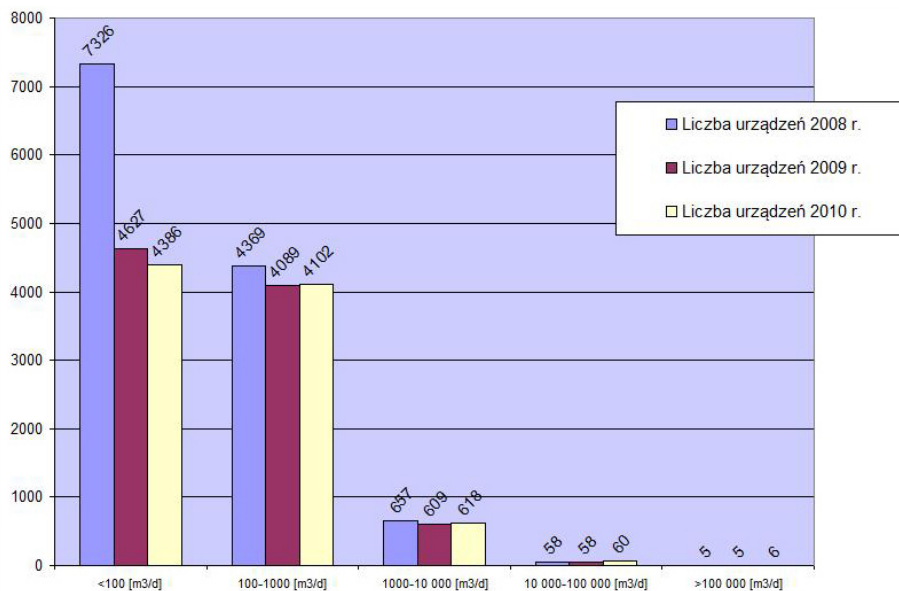
ramowego pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Szefem Służby Celnej, Komendantem Głównym Policji i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym o współdziałaniu i współpracy w zakresie przeciwdziałania wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych. Główny Inspektor Sanitarny zobowiązał państwowych inspektorów sanitarnych do prowadzenia szkoleń nauczycieli szkół ponadpodstawowych na temat działań przeciwko dopalaczom. Szkolenia będą prowadzone w uzgodnieniu z kuratoriami oświaty.

VI Jakość wody przeznaczanej do spożycia

1 Wprowadzenie

Nadzór nad jakością wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.) i ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2006 r. Nr 123, poz. 858, z późn. zm.). Jakość wody przeznaczanej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.).

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 68,5% pochodzi z ujęć podziemnych i w 31,5% z ujęć powierzchniowych. W kraju mamy wg ewidencji 9 025 wodociągów: 4 289 produkujących poniżej 100 m³/dobę, 4 063 produkujących od 100 do 1000 m³/dobę, 607 produkujących wodę w zakresie od 1000 - 10 000 m³/dobę, 60 produkujących wodę w zakresie od 10 000 - 100 000 m³/dobę oraz 6 produkujących powyżej 100 000 m³ wody na dobę.



Rycina 5.1.
Jakość zdrowotna środków
spożywczych w latach 2009-2010

2 Zaopatrzenie ludności w wodę

Około 80% (33,2 mln) ludności Polski konsumuje wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia, natomiast pozostałe ok. 10% (ok. 5 mln) ludności zaopatruje się w wodę z własnych ujęć, w tym ze studni przydomowych. Największa gęstość sieci wodociągowych jest na obszarach o największym zaludnieniu. W skali kraju z wodociągów korzysta ponad 70% mieszkańców wsi. Państwowa Inspekcja Sanitarna obejmuje nadzorem zaopatrzenie zbiorowe ludności natomiast nie nadzoruje jakości wody w studniach przydomowych, których liczba wynosi około 0,8 mln.

W związku z powodzią w 2010 r., zalaniu uległo 19 524 studni przydomowych. PIS na terenach zalanych prowadziła nadzór ciągły, w tym dostarczała sprzęt ochronny i środki dezynfekcyjne. Prowadziła badania dystrybuowanej wody dla powodziarzy. Tylko nieliczni wojewodowie przekazali środki stacjom sanitarno-epidemiologicznym na przeprowadzenie badań wody w studniach przydomowych.

Wodę o jakości zgodnej z normatywami dostarczono dla 89% ludności korzystającej z zaopatrzenia zbiorowego, a 11% ludności korzystała z wody dopuszczonej warunkowo lub na zasadzie czasowego odstępstwa.



3 Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych

Liczba przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych stanowiła niespełna 1%. W kraju nie stwierdzono epidemii wodopochodnych.

4 Analiza przekroczeń parametrów fizyko-chemicznych

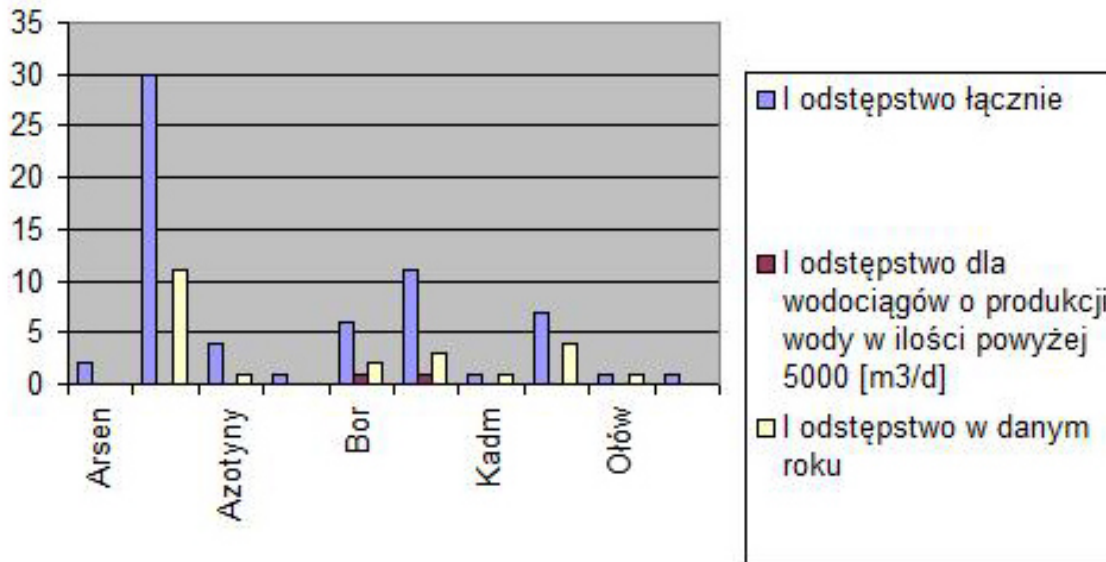
W zał. nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. określono szczegółowo dopuszczalne stężenia 26 parametrów chemicznych o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów.

Największa liczba przekroczeń była spowodowana przez azotany - 11 udzielonych odstępstw. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów łącznie (12 odstępstw) znajdowały się azotyny, bor, fluorki, kadm, nikiel i ołów.

W 2010 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły odstępstw na 23 parametry określone w ww. załączniku w skali kraju.

| | I odstępstwo | | | II odstępstwo | | |
|--|--------------|--|--------------|---------------|--|--------------|
| | łącznie | dla wodociągów o produkcji wody w ilości powyżej 5000 [m ³ /d] | w danym roku | łącznie | dla wodociągów o produkcji wody w ilości powyżej 5000 [m ³ /d] | w danym roku |
| Arsen | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Azotany | 30 | 0 | 11 | 4 | 0 | 4 |
| Azotyny | 4 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Benzo(a)piren | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bor | 6 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Fluorki | 11 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Kadm | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Nikiel | 7 | 0 | 4 | 0 | 1 | 1 |
| Ołów | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Σ trichloroetenu i tetrachloroetenu | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RAZEM | 64 | 2 | 23 | 8 | 1 | 9 |

Tabela 5.1.
Odstępstwa udzielone w 2010 r.



Rycina 5.2.
Prezentacja graficzna odstępstw udzielonych w 2010 r.

Podmioty produkujące wodę w ilości poniżej 1000 m³/dobę dostarczają swoim odbiorcom niejednokrotnie wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia z uwagi na niezgodność parametrów zarówno pod względem mikrobiologicznym (grupa coli i ogólna liczba mikroorganizmów), jak i fizyko-chemicznym (żelazo, mangan, mętność, barwa, zapach) nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu ludzi, których wymagania określone są w zał. nr 3 rozporządzenia (tzw. parametry wskaźnikowe).



VII Stan sanitarny kąpielisk i basenów

1 Kąpieliska

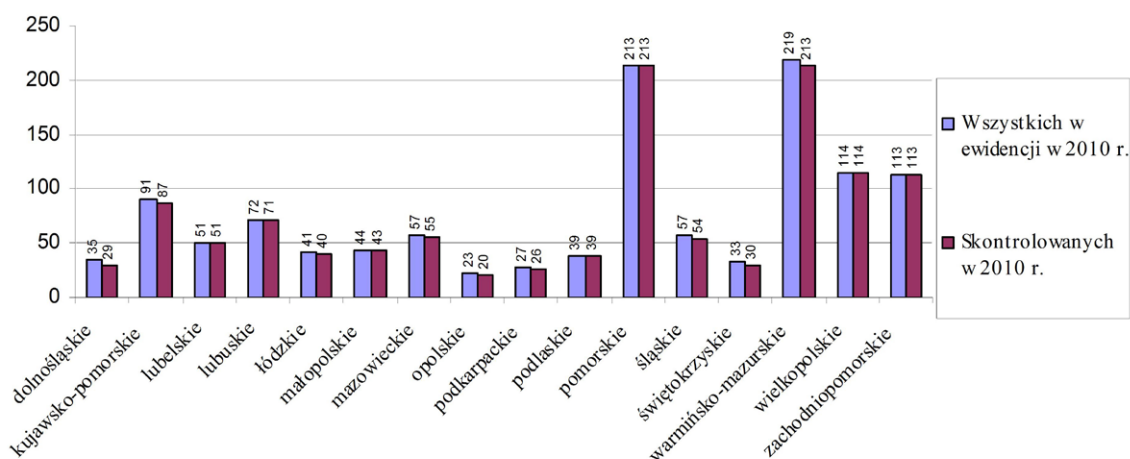
Nadzór sanitarny nad kąpieliskami ma na celu eliminowanie zagrożeń dla zdrowia użytkowników, jakie mogą wynikać z nieodpowiedniej jakości wody oraz niewłaściwego stanu sanitarnego i higieny samego obiektu i jego otoczenia. Szczególne zagrożenie epidemiologiczne dotyczy przypadków kałowego zanieczyszczenia wody w kąpielisku. W Polsce monitoring jakości wody w kąpieliskach w 2010 r. prowadzony był przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia

z 16 października 2002 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda w kąpieliskach (Dz. U. Nr 183, poz. 1530).

Ogółem w 2010 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostawało 1229 kąpielisk. Nadzorem sanitarnym objęto 1198 kąpielisk (97% wg ewidencji), w tym 829 kąpielisk niezorganizowanych (98% skontrolowanych) i 1112 kąpielisk śródlądowych (97% skontrolowanych).



Rycina 6.1.
Liczba i odsetek skontrolowanych kąpielisk w 2010 r.

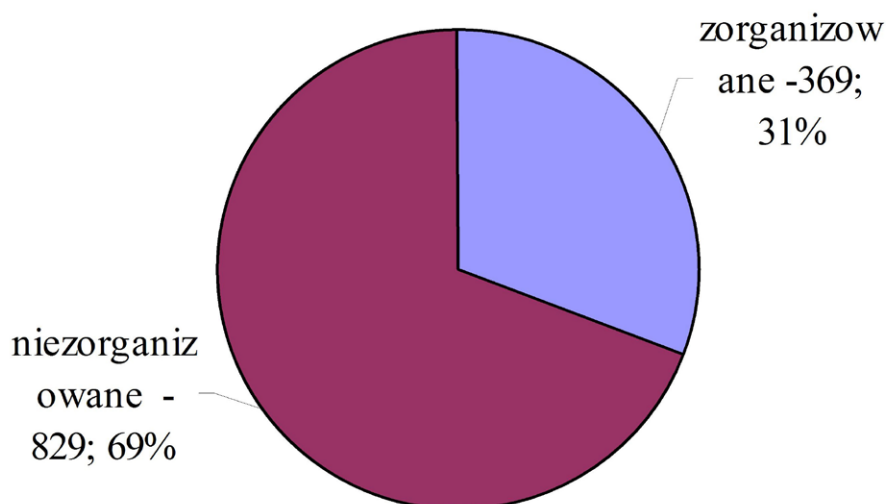


Rycina 6.2.
Liczba kąpielisk będących w ewidencji i skontrolowanych w 2010 r. przez organy PIS.

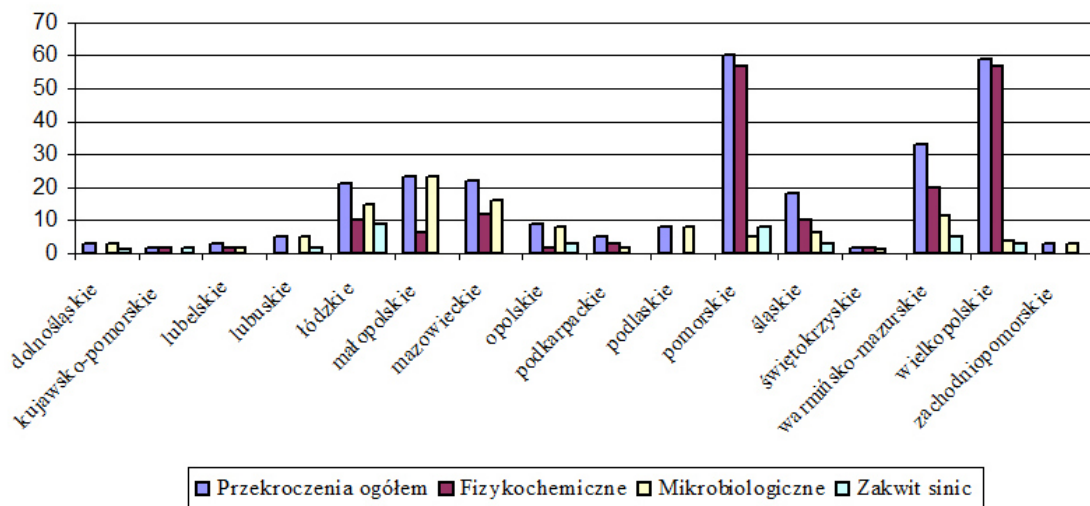
Kąpieliska morskie znajdują się w trzech województwach: pomorskim (74), zachodniopomorskim (41) i warmińsko-mazurskim (2).



Rycina 6.3.
Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych skontrolowanych przez organy PIS w 2010 r.



Jakość wody była oceniana przed rozpoczęciem sezonu kąpieliskowego i następnie w trakcie jego trwania co dwa tygodnie. W poszczególnych grupach kąpielisk stwierdzono następujące największe liczby przekroczeń.



Rycina 6.4.
Liczba kąpielisk, w których stwierdzono przekroczenia w 2010 r.

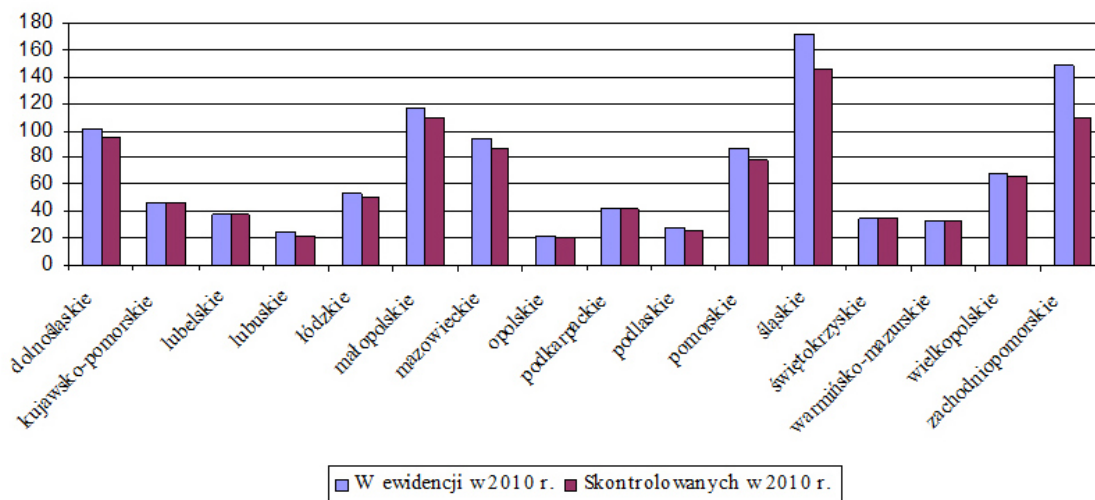
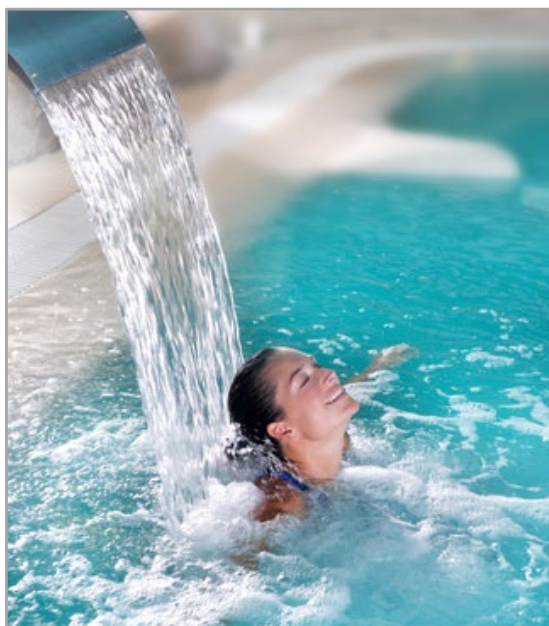
W dość znacznej grupie kąpielisk stwierdzono nieodpowiednią jakość wody. Wynika to głównie z nieuregulowanej gospodarki ściekowej, w tym dopływu ciekami wodnymi zanieczyszczeń do akwenów, na których zlokalizowane są kąpieliska, co przekreśla możliwości trwałej poprawy jakości wody w ramach nieskoordynowanych i lokalnie podejmowanych działań naprawczych.



2 Baseny kąpielowe

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mając na względzie bezpieczeństwo osób kąpiących się w basenach, nadzorują jakość wody basenowej, pomimo tego, że Komisja Europejska nie wydała żadnych aktów prawnych czy zaleceń dotyczących basenów. Obecnie nadzór nad jakością wody w basenach sprawowany jest na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2010 r. znajdowały się 1162 baseny kąpielowe w miastach, z których skontrolowano 1060. Natomiast na wsi, w ewidencji znajdowało się 391 basenów, z czego skontrolowano 320.



Rycina 6.5.
Liczba basenów krytych będących w ewidencji organów PIS i skontrolowanych w 2010 r.

Stan sanitarny basenów krytych oceniono negatywnie w 78 basenach w mieście i w 18 na wsi ze względu na zły stan sanitarny, co stanowiło odpowiednio 7% i 1% skontrolowanych obiektów.



VIII Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej

1 Wprowadzenie

W 2010 roku kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 89 201 obiektach użyteczności publicznej spośród 120 153 ujętych w ewidencji. Obiekty te stanowią liczną i różnorodną grupę, co powoduje zróżnicowanie wymagań sanitarnych, jakim powinny odpowiadać obiekty należące do poszczególnych kategorii.

Kontrole objęły:

- zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące kompleksowo ww. usługi, stanowiące najliczniejszą grupę obiektów będących pod nadzorem sanitarnym - skontrolowano 35 854 obiekty spośród 47 314 ujętych w ewidencji,
- hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie - skontrolowano 8799 obiektów spośród 11 258 ujętych w ewidencji,
- ustępy publiczne - przeprowadzono kontrolę ogółem w 2467 obiektach,
- pozostałe, znacznie mniej liczne grupy obiektów będące pod nadzorem sanitarnym:
 - 1) domy pomocy społecznej - skontrolowano 1206 obiektów,
 - 2) noclegownie - skontrolowano 190 obiektów,
 - 3) przejścia graniczne - skontrolowano 33 obiekty,
 - 4) tereny rekreacyjne - skontrolowano 9200 obiektów,
- inne obiekty użyteczności publicznej, nie należące do żadnej z wymienionych wyżej kategorii - skontrolowano 20 410 obiektów.

2 Stan sanitarny wybranych obiektów

2.1 Ustępy publiczne

Ustępy publiczne należą do obiektów, których stan sanitarny, w tym bieżąca czystość i higiena stosunkowo często budzi zastrzeżenia. W 2010 roku przeprowadzono 2467 kontrole sanitarne w ustępach publicznych w celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego ww. obiektów. We wszystkich województwach zostały skontrolowane niemal wszystkie obiekty tej grupy znajdujące się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W skontrolowanych toaletach stwierdzane były następujące uchybienia: brak kabiny przystosowanej dla osób niepełnosprawnych, niewłaściwa wentylacja, brak wody, niewłaściwy sposób odprowadzania ścieków.

W przypadku 4,2% skontrolowanych toalet stwierdzono niewłaściwy stan sanitarno-porządkowy, natomiast w 3,2% niewłaściwy stan sanitarno-techniczny.

2.2 Domy pomocy społecznej

Śród 1566 domów pomocy społecznej będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2010 roku skontrolowano 1206 obiektów (77,0%). Blisko dwie trzecie z nich stanowiły obiekty znajdujące się w miastach (1000 obiektów). Procentowy udział obiektów ze złym stanem sanitarnym wynosił 6,7% na wsi i 3,7% w mieście. Ogółem w skali kraju niezadowolający stan sanitarny stwierdzono w przypadku 57 skontrolowanych domów pomocy społecznej, co stanowiło 4,7% objętych kontrolą placówek tej grupy.

Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami w stanie sanitarno-technicznym skontrolowanych placówek były: zniszczone i brudne ściany oraz sufity, uszkodzona stolarka okienna i drzwiowa, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń.

W omawianej grupie placówek przeważają obiekty zapewniające całodobową opiekę, całodzienne wyżywienie, często także oferujące udział w programach rehabilitacyjnych i terapii zajęciowej. Najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny: pomieszczeń mieszkalnych, ciągów komunikacyjnych, toalet ogólnodostępnych, toalet przy pomieszczeniach mieszkalnych, wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych, pomieszczeń do przechowywania brudnej bielizny.

2.3 *Obiekty świadczące usługi hotelarskie - hotele, obiekty wczasowo-turystyczne i inne świadczące usługi hotelarskie*

Powyższa grupa obiektów usługowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 223, poz. 2268, z późn. zm.), obejmuje poza hotelami także motele, pensjonaty, kempingi, domy wczasowe, schroniska, pola biwakowe oraz inne niż wymienionej wyżej obiekty, świadczące usługi hotelarskie. Do tych ostatnich należą hotele pracownicze, hotele asystenckie, pokoje noclegowe (agroturystyka), bazy socjalno-noclegowe. Grupa ta obejmuje zatem obiekty znacznie zróżnicowane, biorąc pod uwagę zarówno warunki techniczne i standard wyposażenia, jak i zakres oraz poziom świadczonych usług.

Łącznie w 2010 roku w ewidencji znajdowały się 11 258 obiektów tej grupy, z czego kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 8799 (78,2%). Negatywnie oceniono stan sanitarny 349 skontrolowanych obiektów (4,0%).

W 2010 r. przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego 1936 hoteli, co stanowiło 91,8% obiektów tej grupy pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Jako nieodpowiedni oceniono stan sanitarny w 4,0% skontrolowanych placówek. W większości województw odnotowano wzrost liczby obiektów o wysokim standardzie technicznym i jakości świadczonych usług, których stan sanitarny nie budził zastrzeżeń. Najwięcej hoteli ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym znajdowało się w województwie dolnośląskim (29 obiektów - 15,6% skontrolowanych). W pięciu województwach - lubelskim, opolskim, świętokrzyskim, śląskim, lubuskim - stan sanitarny wszystkich skontrolowanych hoteli oceniony został pozytywnie.

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

Placówki, które należały do tej grupy stanowiły najbardziej liczną grupę obiektów użyteczności publicznej objętych nadzorem sanitarnym. Spośród ujętych w ewidencji 47 314 obiektów w 2010 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 35 854 zakładach (75,8%). Negatywnie pod względem sanitarnym oceniono łącznie 1953 skontrolowane obiekty (5,4%). Porównując powyższe wskaźniki z danymi z roku wcześniejszego - 3,7% zakładów ocenionych negatywnie - należy zwrócić uwagę na wzrost liczby obiektów o złym stanie sanitarnym. Wśród skontrolowanych obiektów omawianej grupy przeważały zakłady fryzjerskie (53,2%) oraz zakłady świadczące łącznie więcej niż jedną z usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej (18,6%). Mniej liczne były zakłady kosmetyczne (18,0%), zakłady odnowy biologicznej (9,6%) oraz zakłady tatuażu (0,6%). Podczas oceny zakładów kosmetycznych i tatuażu szczególną wagę przykładano do wyposażenia w sprzęt jednorazowy, zapewnienie odpowiedniej sterylizacji sprzętu naruszającego ciągłość tkanek oraz właściwego postępowania z odpadami niebezpiecznymi.

Ogólnie biorąc, w kategoriach innych obiektów świadczących usługi noclegowe, stan sanitarny oceniany był nieco lepiej w porównaniu z hotelami. Dotyczyło to:

- 1) moteli - spośród skontrolowanych 202 moteli zły stan sanitarny stwierdzono w 8 obiektach (4,0%),
- 2) pensjonatów - na 339 placówek, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 9 obiektach (2,7%) oceniono stan sanitarny jako nieprawidłowy,
- 3) kempingów - z ocenianych pod względem sanitarnym 210 obiektów w 4 przypadkach stan sanitarny został uznany za niezadowalający. Należy podkreślić pozytywną ocenę stanu sanitarnego powyższych obiektów w regionach najbardziej uczęszczanych przez turystów, gdzie ilość kempingów jest największa (województwo małopolskie - 32 skontrolowanych i ocenionych pozytywnie, zachodniopomorskie - 11),
- 4) domów wycieczkowych - 7 ze skontrolowanych 54 obiektów nie spełniało wymagań sanitarnych (13,0%).

W przypadku odrębnej podgrupy, jaką stanowią schroniska i pola biwakowe, zastrzeżenia budził stan sanitarny 20 spośród 442 skontrolowanych placówek.





2.5 Noclegownie

W ewidencji ujęto łącznie 226 noclegowni dla bezdomnych, co oznacza spadek liczby placówek tego rodzaju w stosunku do roku poprzedniego o 4. Kontrolą stanu sanitarnego objęto łącznie 190 obiektów (84,0% pozostających w ewidencji), wśród których negatywnie oceniono stan sanitarny w 7,4% obiektów. Noclegownie są placówkami o niskim standardzie technicznym, wyposażonymi jedynie w podstawowe sprzęty. Placówki te posiadają pomieszczenia sanitarne,

podręczne kuchenki i urządzenia do prania, ponadto wydzielone miejsca do przechowywania środków czystości i dezynfekcyjnych. O stan bieżącej czystości dbają sami mieszkańcy pod nadzorem kierownictwa. W zdecydowanej większości stan sanitarny oceniono jako zadowalający, stwierdzając zachowanie należytego stanu bieżącej czystości i higieny.

2.6 Obiekty komunikacji publicznej

Powyższa grupa obejmuje różnorodne obiekty związane z obsługą osób podróżujących komunikacją publiczną. Należą do niej dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, porty lotnicze, przystanie promów morskich i morskich statków pasażerskich, promów w żegludzie śródlądowej oraz rekreacyjnych i sportowych jednostek pływających. Ogółem spośród 1577 obiektów będących w ewidencji skontrolowano 1308, negatywnie oceniając stan sanitarny 187 z nich (14,3%). Najliczniejszą kategorią w omawianej grupie stanowią dworce i stacje kolejowe, które od lat stanowią grupę obiektów o złym stanie sanitarnym. W 2010 r. kontrolą sanitarną objęto 886 spośród 1124 dworców i stacji kolejowych wykazanych w ewidencji. Znaczna ich część, od lat dewastowana i nie remontowana, nie zapewniała podróżnym odpowiednich warunków. Ogółem jako niedostateczny oceniono stan sanitarny 15,9% skontrolowanych dworców kolejowych. Lepiej przedstawiał się stan sanitarny dworców autobusowych, w przypadku których negatywnie oceniono 12,8%.

Kontrolą sanitarną objęto wszystkie z 14 działających na obszarze kraju portów lotniczych, oceniając pozytywnie stan wszystkich obiektów. Nie budził także istotnych zastrzeżeń stan skontrolowanych przystani pasażerskiej żeglugi morskiej i śródlądowej.

Nadzorem sanitarnym objęto także środki transportu publicznego, przeprowadzając ogółem 8460 kontroli sanitarnych. Często były one podejmowane w ramach interwencji lub zorganizowanych, zaplanowanych akcji. Największą grupę środków transportu, objętych kontrolą sanitarną stanowiły autobusy komunikacji publicznej, wagony pociągów ekspresowych, pospiesznych oraz pociągów innego typu, samochody do przewozu zwłok i szczątków, samochody do przewozu chorych, autobusy turystyczne, tramwaje i trolejbusy. Wśród stwierdzonych nieprawidłowości przeważały drobne uchybienia sanitarno-porządkowe, które były doraźnie usuwane. Ogółem zły stan sanitarny stwierdzono w 227 przypadkach (2,7%) skontrolowanych środków transportu.

2.7 Przejścia graniczne

W 2010 r. skontrolowano ogółem wszystkie 33 przejścia graniczne ujęte w ewidencji, w tym 8 przejść lotniczych, 8 przejść morskich i przejścia drogowe. Wszystkie przejścia graniczne zostały ocenione pozytywnie pod względem sanitarnym.

2.8 Tereny rekreacyjne

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty, takie jak parki, skwery z wydzielonymi miejscami do odpoczynku, ośrodki rekreacji przy akwenach wodnych oraz wydzielone tereny do zabaw dla dzieci jak ogródki, place zabaw i piaskownice. Ogółem w 2010 roku skontrolowano 9200 takich obiektów. Negatywnie oceniono 1,6% skontrolowanych obiektów.



2.9 *Inne obiekty użyteczności publicznej*

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty użyteczności publicznej, inne niż wyżej wymienione, w przypadku których zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich sąsiedztwie. W skład tej grupy wchodzi apteki i hurtownie leków, cmentarze i domy pogrzebowe, prosekoria, obiekty sportowe, jak hale, boiska, ośrodki sportowe, lodowiska, kręgielnie, hale i korty tenisowe, strzelnice, kluby sportowe, obiekty kulturalno-widowiskowe-galerie, kina, teatry, muzea, ośrodki kultury, filharmonie,

świetlice, kluby, biblioteki, obiekty rozrywkowe, jak dyskoteki, ponadto zakłady karne, poprawcze, schroniska dla nieletnich, izby wytrzeźwień, stacje paliw, pralnie, magle, targowiska, wysypiska i składowiska odpadów, parkingi, firmy i bazy transportowe, sklepy i hurtownie z odzieżą używaną, sklepy medyczne, lokale komisji poborowych i łaźnie. Kontrolą stanu sanitarnego objęto 20 410 obiektów spośród 34 005 będących w ewidencji, oceniając negatywnie 566 (2,8%) skontrolowanych placówek.



IX Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy

1 Wprowadzenie

Działalność kontrolna pionu higieny pracy w 2010 r. realizowana była przez 318 powiatowych stacji sanitarno - epidemiologicznych i 16 wojewódzkich stacji sanitarno - epidemiologicznych. Działania kontrolne z zakresu higieny pracy prowadziło również 6 z 10 funkcjonujących w 2010 r. granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz 69 placówek szczebla podstawowego (24,7% ogółu) dysponowało bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzanie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych obecnych w środowisku pracy.

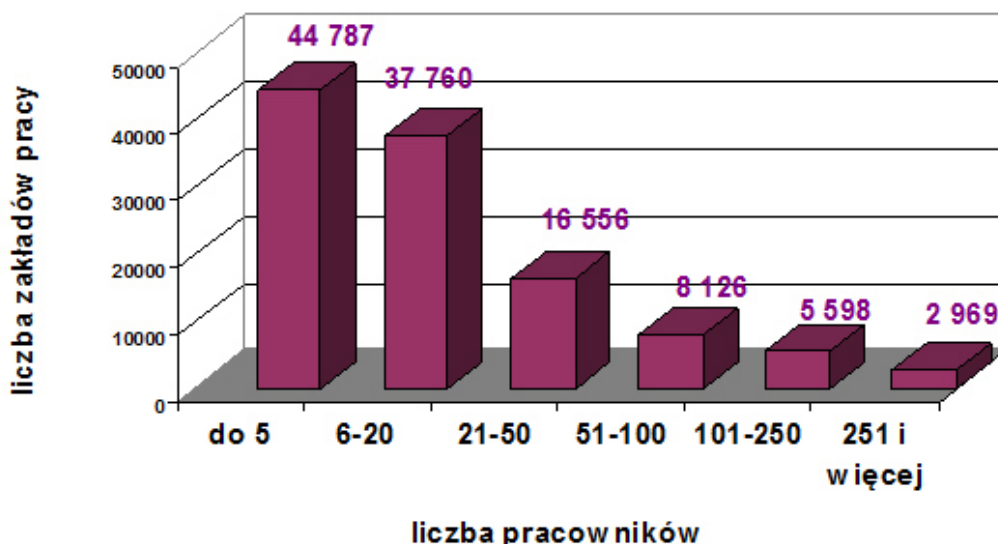
2 Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

W roku 2010 ewidencją pionu higieny pracy objętych zostało 115 796 zakładów pracy (w 2009 r. - 113 289) , zatrudniających ogółem: 4 373 131 pracowników (w 2009 r. 4 431 673).

Największą liczbę zatrudnionych objętych ewidencją pionu higieny pracy odnotowano w działalności ujętej w:

- 1) PKD 86 opieka zdrowotna i pomoc społeczna - 430 085 zatrudnionych,
- 2) PKD 10 przetwórstwo przemysłowe - 326 887 zatrudnionych,
- 3) PKD 25 produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń - 224 253 zatrudnionych,
- 4) PKD 85 edukacja - 173 492 zatrudnionych.

Większość zewidencjonowanych podmiotów gospodarczych (44 787) stanowiły zakłady zatrudniające do 5 pracowników - 38,7% podmiotów objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w 2009 r. - 38,3%).



Rycina 8.1.
Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2010 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.

Pracownicy pionów higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2010 r. 62 025 kontrole (w 2009 r. - 64 260), zakładów zatrudniających łącznie 2 520 955 pracowników. Nadzorem objęto 38,0% zewidencjonowanych podmiotów (w 2009 r. 39,3%).

W 8 769 zakładach pracy będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych (NDS i NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia, w tym w 5 779 objętych nadzorem w 2010 r. (13,1% skontrolowanych w danym roku objętych sprawozdawczością).

- Przekroczenia NDS i NDN odnotowano głównie w następujących branżach: produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli, produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania (PKD 16) - w 900 zakładach,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) - w 645 zakładach,
- produkcja artykułów spożywczych (PKD 10) - w 466 zakładach.



Ogółem w warunkach przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2010 r. zatrudnionych było 212 751 pracowników (w 2009 r. - 196 098), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) - 35 522 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania - 19 230 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń - 18 594 pracowników,
- przy produkcji metali - 15 078 pracowników.

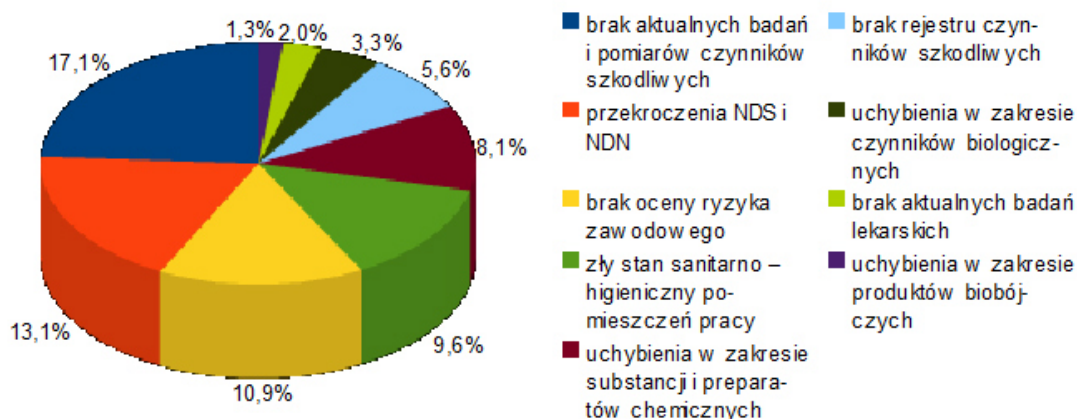
W nadzorowanych zakładach pracy najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym był ponadnormatywny hałas. Liczba osób narażonych na jego oddziaływanie stanowiła znaczny odsetek zatrudnionych w różnych gałęziach gospodarki. W narażeniu na ponadnormatywny hałas w 2010 r. zatrudnionych było 166 463 pracowników (w 2009 r. - 153 500 pracowników). Zwiększenie liczby osób narażonych na ponadnormatywne wartości hałasu, to efekt objęcia nadzorem nowych obiektów, dotychczas nie nadzorowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Ponadto zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego, właściwi inspektorzy sanitarni przeprowadzili w 2010 r. kontrole pod kątem oceny warunków pracy i wypełniania przez pracodawców obowiązków,

wynikających z oceny ryzyka zawodowego pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na hałas i drgania mechaniczne. Dzięki przeprowadzonym kontrolom oszacowano faktyczne narażenie pracowników na ww. czynniki oraz zweryfikowano liczbę obiektów, będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną działania administracyjno-egzekucyjne umożliwiły wyegzekwowanie od pracodawców opracowanie, a następnie wdrażanie w życie programów działań organizacyjno-technicznych zmierzających do obniżenia nadmiernego poziomu hałasu. W sytuacjach, w których uniknięcie lub wyeliminowanie ryzyka zawodowego wynikającego z narażenia na hałas nie było możliwe za pomocą środków ochrony zbiorowej lub organizacji pracy, kontrolujący odstępowali od wydawania w tym zakresie decyzji administracyjnych. W takich przypadkach pracodawcy zobowiązani byli do przeprowadzania pomiarów środowiska pracy i kontrolowania poziomu natężenia czynnika szkodliwego oraz zapewnienia pracownikom właściwie dobranych ochronników słuchu.

Rutynowe działania organów pionu nadzoru środowiska pracy przyczyniły się do poprawy warunków w zakresie przekroczeń NDS i NDN - dla 27 489 pracowników (w 2009 r. - dla 24 120 pracowników). Największą poprawę uzyskano, podobnie jak w roku 2009, w branży zajmującej się produkcją metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń, gdzie warunki pracy poprawiono 3810 zatrudnionym.

Odsetek stwierdzonych najistotniejszych uchybień w skontrolowanych zakładach przedstawiał się następująco:



Rycina 8.2. Struktura najistotniejszych uchybień stwierdzonych w skontrolowanych zakładach pracy w 2010 r.

W 2010 r. w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, wydano 18 482 decyzje administracyjne, zawierające 48 867 nakazów. Ponadto Główny Inspektor Sanitarny wydał 1 decyzję w II instancji, która dotyczyła odwołania od decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie, wydanej w zakresie poprawy warunków pracy.

Podobnie jak w roku ubiegłym najwięcej nakazów w wydawanych decyzjach dotyczyło przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy

(10 192 nakazy) oraz zalecenia obligujące do sporządzenia lub uaktualnienia oceny ryzyka zawodowego (5629 nakazów).

Znaczący odsetek obowiązków nałożonych na pracodawców dotyczył zakresu substancji i preparatów chemicznych m. in. zapewnienia wymaganego spisu stosowanych substancji i preparatów chemicznych, kart charakterystyk oraz oznakowania (4253 nakazy).

W związku z występowaniem przekroczeń dopuszczalnych poziomów stężeń i natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy wydano 2 717 nakazy obligujące pracodawców do przeprowadzania



działań techniczno-organizacyjnych zmierzających do obniżenia przekroczonych poziomów do obowiązujących normatywów higienicznych.

W ramach prowadzonego postępowania administracyjnego pracownicy pionu higieny pracy zobowiązywali odpowiednie podmioty do uzyskania pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktów

biobójczych lub wycofania z obrotu ww. produktów (498 nakazów), założenia lub uzupełnienia rejestrów związanych ze stosowaniem czynników rakotwórczych (904 nakazy), właściwego oznakowania detergentów (38 nakazów). Skutkiem wydanych nakazów było również unieruchomienie stanowisk pracy (17 nakazów), unieruchomienie zakładu (2 nakazy) oraz unieruchomienie oddziału (3 nakazy).

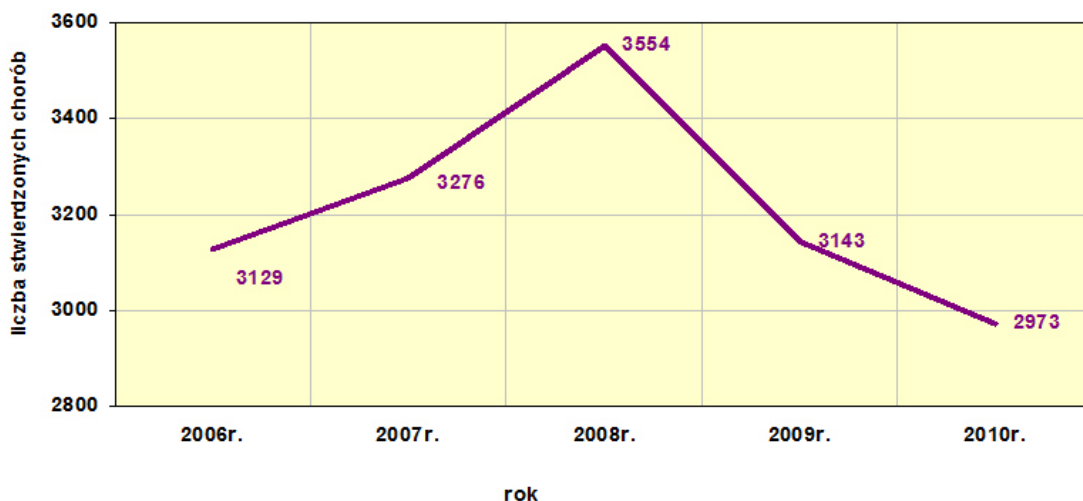
3 Choroby zawodowe

W 2010 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęło łącznie 6995 podejrzeń chorób zawodowych (w 2009 r. 7347). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 3060 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 3242 decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. W 2010 roku Główny Inspektor Sanitarny wydał 7 decyzji administracyjnych w II instancji w sprawie podejrzenia choroby zawodowej. Łącznie w 2010 r. po uprawomocnieniu się decyzji stwierdzono 2973 choroby zawodowe.

Wśród stwierdzonych chorób zawodowych dominowały: pylice płuc (793 przypadki), następnie choroby zakaźne lub

Pasożytnicze (736 przypadków). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym znalazł się obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu (321 stwierdzonych przypadków).

Schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym znalazły się na czwartym miejscu i wystąpiły w liczbie 225 przypadków. Pylice płuc zdecydowanie dominowały w województwie śląskim, gdzie w 2010 r. stwierdzonych zostało 597 ich przypadków (81,1% ogółu rozpoznanych pylic płuc w 2010 r.). Wśród chorób zakaźnych największy był udział boreliozy - 76,6% (w 2009 r. - 74,6%; w 2008 r. - 73,7%) oraz WZW typu C - 9,6% (w 2009 r. - 10,5%; w 2008 r. - 12,0%).



Rycina 8.3.
Graficzne przedstawienie liczby chorób zawodowych za lata 2006-2010

Centralny Rejestr Chorób Zawodowych opracowuje Instytut Medycyny Pracy w Łodzi na podstawie kart stwierdzenia chorób zawodowych przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarno-epidemiologicznych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

4 Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy

W ramach działalności laboratoryjnej w 2010 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 241 967 oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych.

Przeprowadzono pomiary na 92 812 stanowiskach pracy, z czego na 18 850 (20,3% ogółu skontrolowanych pomiarów stanowisk pracy) wystąpiły przekroczenia wartości obowiązujących NDS i NDN lub stwierdzono warunki niezgodne z obowiązującymi normatywami higienicznymi.



Podsumowanie

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizował w 2010 r. działania kontrolne w ramach obowiązków ustawowych, obejmując swoją ewidencją 115 796 zakładów pracy, tj o 2507 zakładów więcej, w porównaniu z poprzednim rokiem objętym sprawozdawczością. Większość skontrolowanych przedsiębiorstw stanowiły zakłady małe zatrudniające do 5 pracowników - 44 787 zakłady (w 2009 r. - 43 331 zakładów).

W 2010 roku kontrolą objęto 43 988 zakładów pracy - (38,0% zakładów będących w ewidencji pionu higieny pracy), w wyniku których wydane zostały 18 482 decyzje administracyjne o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych. Największy odsetek uchybień stwierdzonych w kontrolowanych zakładach stanowił brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia - 17,1% (w 2009 r. - 18,3%). W porównaniu z 2009 r. zwiększeniu uległa liczba zakładów, w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

W 2010 roku odnotowano zmniejszenie o 170 przypadków liczby stwierdzonych chorób zawodowych (2973 przypadki), w porównaniu z rokiem 2009 (3143 przypadki). Największy spadek odnotowano w grupie przewlekłych chorób narządu głosu - o 47,5%. Najwięcej chorób zawodowych rozpoznano w grupie pylic - 793 przypadki.

X Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych oraz warunki pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach

W 2010 r. Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad warunkami pobytu dzieci i młodzieży w placówkach nauki i wychowania, w 2010 r. skontrolowali ogółem 31 086 szkół i innych placówek oświatowo-wychowawczych spośród 40 092 (37 063 w 2009 r.) będących w ewidencji, w tym skontrolowano 335 żłobków, 9133 przedszkola, 16 548 szkół, 5340 innych placówek oświatowo-wychowawczych oraz 1229 szkół wyższych i 514 placówek rekreacyjnych. W ww. placówkach przebywało łącznie 6 598 951 dzieci i młodzieży.

Spośród skontrolowanych obiektów szkolnych, w 312 placówkach zajęcia odbywały się w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania. W roku sprawozdawczym stwierdzono znaczącą poprawę stanu sanitarno-technicznego w stosunku do lat poprzednich. Zły stan sanitarny budynków odnotowano zaledwie w 0,2% kontrolowanych obiektów.

Odnotowano 7 szkół nie podłączonych do sieci wodociągowej, 33 bez kanalizacji, ubikacje zewnętrzne posiadało 27 placówek, brak dostępu do ciepłej wody w sanitariatach dotyczył 2,93% skontrolowanych placówek.

Odnotowano poprawę w stosunku do lat ubiegłych pod względem infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego, choć nadal jedynie 69,19% szkół posiadało sale gimnastyczne lub rekreacyjne. 41% skontrolowanych szkół posiadało czynne natryski z ciepłą wodą, ale tylko w 3,7% używano ich po zajęciach wf.

Odnotowano poprawę w zakresie zabezpieczania piaskownic przy żłobkach i przedszkolach przed odchodami zwierzęcymi.

W zakresie użytkowania mebli szkolnych dostosowanych do wzrostu dzieci i młodzieży stwierdzono, iż używanie mebli niedostosowanych do wzrostu uczniów dotyczyło 14,3% przedszkoli, 12,7% szkół podstawowych, 8,9% gimnazjów i 14,2% zespołów szkół.

W 2010 r. 48,3% szkół posiadało gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej, w tym 59,3% zespołów szkół, 62,9% gimnazjów, 38,5 % szkół podstawowych, 65,9% liceów ogólnokształcących, 30,2% szkół zawodowych i 72,4% szkół specjalnych.

W roku 2010 stwierdzono niezgodność tygodniowego rozkładu lekcji z przepisami prawnymi oraz z zasadami higieny w 16% skontrolowanych placówek.



Posiłki w 2010r. wydawało 69% szkół, a skorzystało z nich ogółem 1 986 707 dzieci i młodzieży, w tym 434 357 uczniów spożywało posiłki dofinansowane przez pomoc społeczną i inne organizacje i instytucje.

Poza szkołami, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili kontrole łącznie w 15 728 innych placówkach oświatowo-wychowawczych, w tym żłobkach, placówkach wychowawczych, uczelniach wyższych i placówkach rekreacyjnych. Ponad 90% skontrolowanych obiektów zaopiniowano pozytywnie.

Podsumowanie

Przeprowadzane corocznie przez Państwową Inspekcję Sanitarną kontrole placówek nauczania i wychowania pozwalają wyciągnąć następujące wnioski:

- Placówki szkolne i przedszkolne w Polsce nie są wyposażone w wystarczającym stopniu w ergonomiczne i bezpieczne meble oraz urządzenia i sprzęt sportowy.
- Konieczna jest poprawa warunków nauczania w szkołach i placówkach poprzez stworzenie ergonomicznych stanowisk pracy uczniów.
- Odnotowuje się poprawę stanu sanitarno-technicznego w placówkach oświatowo-wychowawczych, systematycznie ulega zmniejszeniu liczba szkół z ustępami zewnętrznymi (91 placówek z zewnętrznymi ustępami w 2008 r., w roku 2010- 27 placówek).
- Placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży w większości zostały zorganizowane prawidłowo i nie budziły zastrzeżeń.



XI Zapobiegawczy nadzór sanitarny

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ma na celu zapewnienie na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz planowania i realizacji inwestycji właściwego stanu sanitarno - zdrowotnego w obiektach, w taki sposób, aby w trakcie eksploatacji obiektów nie powodowały one zagrożeń i uciążliwości dla zdrowia ludzi.

Zgodnie z ustawą o Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2010 roku zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych m. in. w sprawie:

- 1) projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, projektów planów zagospodarowania przestrzennego województw, a także innych planów i dokumentów (np.: studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, programów i strategii),
- 2) planowanych przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko na etapie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
- 3) dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
- 4) zgód, opinii i uzgodnień wynikających z przepisów dotyczących warunków technicznych budynków, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych przepisów,
- 5) obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ,
- 6) nowych procesów technologicznych np. uzdatniania wody.

Dokonywana ocena względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczyła takich przedsięwzięć inwestycyjnych jak np. obiekty handlowe, przemysłowe i usługowe, stacje bazowe telefonii komórkowej, obiekty turystyczne, w tym hotele, pensjonaty, obiekty wychowania i nauczania (szkoły, przedszkola), obiekty ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie, apteki, pomieszczenia indywidualnej i grupowej praktyki lekarskiej, itp.), drogi, oczyszczalnie ścieków, zakłady unieszkodliwiania odpadów, linie elektroenergetyczne, stacje paliw, w tym przedsięwzięć realizowanych w związku z organizacją turnieju EURO 2012.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działając w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego m. in. na podstawie ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. Nr 199, poz. 1227, z późn. zm.), w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko:

- dokonywały uzgodnień dotyczących zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko projektów planów, programów i strategii,

- dokonywały uzgodnień dotyczących odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko ww. dokumentów,
- opiniowały projekty ww. dokumentów wraz z prognozą oddziaływania na środowisko.

W ramach postępowań dotyczących oceny oddziaływania przedsięwzięć kwalifikowanych do mogących znacząco oddziaływać na środowisko, na podstawie ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowiska w sprawie obowiązku przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko, zakresu raportu o oddziaływaniu na środowisko, a także przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach i inne wynikające z ww. ustawy.

W procesie inwestycyjnym, na etapie projektowania obiektów budowlanych, w tym uzyskiwania decyzji o pozwoleniu na budowę, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogą uzgadniać projekty budowlane inwestycji. W tym zakresie zapobiegawczy nadzór sanitarny sprawowali także rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych, działający na podstawie uprawnień nadanych im przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Uprawnienie rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych dotyczy tylko uzgadniania dokumentacji projektowej.

W obszarze zadań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się również stanowiska dotyczące odstępstw od przepisów, wydawane w formie zgód, uzgodnień i opinii na podstawie przepisów prawa w sprawie warunków technicznych, bezpieczeństwa i higieny pracy, zakładów opieki zdrowotnej. Stanowiska te dotyczyły m.in. takich zagadnień jak: obniżenie wysokości, zagłębienie poniżej terenu i oświetlenie wyłącznie światłem sztucznym pomieszczeń, zastosowania recyrkulacji powietrza w budynku opieki zdrowotnej, usytuowania wyrzutni powietrza instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych, a także w zakresie odległości zbiorników na nieczystości ciekłe, odległości miejsc na pojemniki kontenery na odpady stałe, odległości otwartych zbiorników na płynne odchody zwierzęce.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, mając na uwadze konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu, w ramach sprawowanego zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, zwracały uwagę na:

- 1) oddzielenie obszarów przeznaczonych pod budownictwo mieszkaniowe od obszarów przemysłowych, w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania zabudowy przemysłowej na otoczenie,
- 2) Zapewnienie właściwej gospodarki wodno - ściekowej, w tym zaopatrzenie ludności w wodę do picia o odpowiedniej jakości i ilości.
- 3) Prawidłowe usuwanie, gromadzenie i unieszkodliwianie odpadów (w tym szczególnie niebezpiecznych) w sposób, który nie zagraża życiu i zdrowiu ludzi.



- 4) Zabezpieczenie ludzi przed uciążliwością związaną z hałasem (lotniska, miejska komunikacja, zakłady usługowe, przemysłowe, itp.) poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań technicznych, takich jak np. ekrany akustyczne czy okna o podwyższonej izolacyjności akustycznej i inne.
 - 5) Ochronę ludzi przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym oraz jonizującym poprzez zastosowanie np. odpowiednich osłon.
 - 6) Zabezpieczenie ludzi przed wpływem zanieczyszczeń emitowanych do powietrza przez uciążliwe zakłady poprzez zastosowanie odpowiednich urządzeń, takich jak emityory i urządzenia pochłaniające substancje szkodliwe dla zdrowia.
 - 7) Zagwarantowanie odpowiednich pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków pobytu ludzi w budynkach, w odniesieniu do funkcji pomieszczeń, poprzez zapewnienie w nich m. in. właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (w tym: wielkości wymiany powietrza, jego czystości, temperatury, wilgotności), a także bezpiecznych pod względem zdrowotnym materiałów budowlanych i innych warunków istotnych z punktu widzenia wymagań sanitarnohigienicznych.
 - 8) Zapewnienie odpowiednich warunków higienicznych i zdrowotnych pracy osobom zatrudnionym w zakładach pracy, biorąc pod uwagę szereg czynników m. in. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi.
- decyzje, w tym pozytywnych 23 485, tj. o ok. 6% więcej niż w 2009 r. (w 2009 r. - 22 109) w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych, a także w 47 przypadkach zgłoszone zostały sprzeciwy wobec dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania;
- dokonały ogółem 32 484 kontroli i wizji lokalnych, tj. o ok. 17% więcej niż w 2009 r. (2009 r. - 27 674), w tym obiektów w trakcie budowy - 2 418, tj. o ok. 2% mniej niż w 2009 r. (w 2009 r. - 2 467) w związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.

Liczba wydanych w 2010 r. przez rzeczoznawców ds. sanitarnohigienicznych uzgodnień dokumentacji projektowej wyniosła 42 983, tj. o ok. 6% więcej niż w 2009 r. (w 2009 r. - 40 612), w tym 42 977 pozytywnych tj. o ok. 17% więcej niż w 2009 r. (2009 r. - 36 798).

W 2010 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- wydały 180 135 uzgodnień i opinii sanitarnych, tj. o ok. 0,5 % więcej niż w 2009 r. (2009 r. - 179 268), w tym pozytywnych 144 044 (2009 r. - 132 713) tj. o ok. 8,5% więcej niż w 2009 r.;
- uzgodniły 9569 planów zagospodarowania przestrzennego, tj. o ok. 290% więcej niż w 2009 r. (2009 r. - 2 467);
- zajęły stanowiska przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach w 20 258 przypadkach (w 2009 r. - 22 494) tj. o ok. 10% mniej niż w 2009 r.;
- dokonały 12 955 uzgodnień dokumentacji projektowych inwestycji, tj. o ok. 8% mniej niż w 2009 r. (2009 r. - 14 028), w tym pozytywnych 12 684 (2009 r. - 13 543) tj. o ok. 6% mniej niż w 2009 r.;
- wydały 45 675 decyzji administracyjnych, w tym w porozumieniu z okręgowymi inspektorami pracy w sprawie zgody na odstępstwa od przepisów określających warunki techniczne, jakie muszą spełniać budynki oraz na odstępstwa od przepisów określających wymogi bezpieczeństwa i higieny pracy przypadku zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego, tj. ok. 250% więcej niż w 2009 r. (2009 r. - 13 164);
- skontrolowały pod względem sanitarnohigienicznym 23 676 inwestycji tj. o ok. 5% więcej niż w 2009 r. (w 2009 r. - 22 585), wydając w tym zakresie stosowne opinie lub



Podsumowanie

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizuje ustawowe obowiązki i zadania w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w szczególności poprzez opiniowanie lub uzgadnianie pod względem sanitarno-higienicznym: projektów planów zagospodarowania i innych dokumentów strategicznych, m.in. w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko, przedsięwzięć przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych, wydawania zgód na odstąpienie od przepisów określających warunki techniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również zajmowania stanowisk w sprawie obiektów budowlanych przekazywanych do użytkowania.

Stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajmowane są wyłącznie na wniosek zainteresowanych podmiotów lub w związku z wystąpieniami organów prowadzących postępowanie główne i dotyczą planowanych inwestycji lub zagospodarowania terenu. Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego jest ściśle związana z liczbą planowanych do realizacji w kraju przedsięwzięć.

W 2010 r. zaobserwowano spadek ogólnej liczby zajmowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowisk o ok. 0,5% w stosunku do 2009 r. Obserwuje się tendencję spadkową w stosunku do lat ubiegłych.

Liczba wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowisk dotyczących planów zagospodarowania przestrzennego znacznie wzrosła ok. 290% w stosunku do 2009 r.

W 2010 r. liczba zajętych stanowisk w związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie nadzoru zapobiegawczego (kontrola i wizje lokalne, w tym obiektów w trakcie budowy) wzrosła o ok. 17% w stosunku do roku poprzedniego.

Zanotowano ok. 10% spadek liczby zajętych stanowisk przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach w stosunku do 2009 r.

Liczba uzgodnień dokumentacji projektowych, wydanych w 2010 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, działających na podstawie uprawnień nadanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego wzrosła o ok. 6% w stosunku do 2009 r.

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawując zapobiegawczy nadzór sanitarny odgrywa znaczącą rolę w ochronie zdrowia publicznego, poprzez m.in. inspirowanie działań lokalnych organów administracji samorządowej, np. w zakresie uporządkowania gospodarki wodno-ściekowej czy gospodarki odpadami na danym obszarze, wymagając przy uzgadnianiu planów zagospodarowania przestrzennego odpowiedniego z punktu widzenia ochrony zdrowia zagospodarowania terenów, a także poprzez uzgadnianie dokumentacji projektowej, tj. wymaganie od inwestorów już na etapie planowania inwestycji spełnienia właściwych warunków sanitarnohigienicznych.



XII Higiena radiacyjna

1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna, prowadzi działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które funkcjonowały w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Oddziały higieny radiacyjnej m.in. prowadziły nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników zatrudnionych:

- w jednostkach opieki zdrowotnej stosujących urządzenia radiologiczne na podstawie zezwoleń wydanych do art. 5 ust. 4 ustawy Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r., Nr 42, poz. 276, z późn. zm.),
- w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz.

Dane statystyczne m. in. liczba nadzorowanych obiektów, urządzeń, liczba pracowników narażonych na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowisku pracy umieszczana jest w sprawozdaniu statystycznym MZ-52.

Zadania pionu higieny radiacyjnej realizowane są między innymi przez:

- 1) Kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa.
- 2) Wykonywanie pomiarów dozymetrycznych wokół źródeł promieniowania jonizującego i źródeł pól elektromagnetycznych oraz ocenę warunków pracy.

- 3) Prowadzenie postępowania administracyjnego (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości.
- 4) Ocenę wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne.
- 5) Kontrolę przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-lecznym, w tym prowadzenie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej.
- 6) Opiniowanie projektów nowopowstających lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania.
- 7) Prowadzenie procesu nadawania uprawnień inspektorów ochrony radiologicznej (odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich).
- 8) Wykonywanie pomiarów zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz.
- 9) Prowadzenie działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.

2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2010 roku zewidencjonowano 9 962 jednostki prowadzące działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

Przeprowadzono 3 331 kontrole pracowni i zakładów, w których było zatrudnionych 33 968 osób pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące.

Według danych z 2010 roku, wśród osób objętych kontrolą dawek indywidualnych nie zanotowano przekroczenia limitów dawek granicznych.

U zdecydowanej większości zawodowo narażonej grupy na promieniowanie rtg narażenie było poniżej 1 mSv tj. dla populacji. Dawka, którą otrzymali pracownicy była niższa niż dawka pochodząca od tła promieniowania naturalnego, zatem w porównaniu z latami ubiegłymi w roku 2010 parametry u populacji zawodowo narażonej na promieniowanie rtg nie uległy istotnym zmianom.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej wydano 1015 decyzji administracyjnych i zaleceń pokontrolnych

dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

Zgodnie z ustawą Prawo atomowe oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych, w roku 2010 Główny Inspektor Sanitarny powołał 53 komisje egzaminacyjne; w wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano blisko 1300 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

Ponadto przed wydaniem zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu rtg oraz na uruchomienie pracowni rtg (w roku 2010 wydano w sumie ponad 1328 zezwoleń), ocenie w zakresie ochrony radiologicznej poddawane są projekty osłon stałych, w których uwzględnia się planowane stanowiska pracy. Przy tej ocenie bierze się pod uwagę wartości dawek granicznych. Takie postępowanie przyczynia się do minimalizowania narażenia pracowników na kontakt z promieniowaniem jonizującym.

3 Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe i przepisy wykonawcze wydawane na jej podstawie. Przepisy te określają w jaki sposób zbudowany jest system ochrony radiologicznej personelu medycznego realizującego medyczne procedury radiologiczne, pacjentów poddawanych tym procedurom oraz populacji narażonej na promieniowanie jonizujące w związku z wykonywaniem procedur radiologicznych.

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez:

- wykonanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury rtg - w roku ubiegłym Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonała blisko 1000 testów jakości aparatów rentgenowskich,
- sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury rtg.

4 Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

W roku 2010 kontynuowano zbieranie danych z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi 0 Hz - 300 GHz w środowisku pracy. Wyniki analizy tych danych przedstawiają się następująco:

- w roku 2010 objęto nadzorem 831 zakładów pracy na 3560 będących w ewidencji;
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 16 461.

W ochronie zdrowia skontrolowano 625 zakładów na 2332 będące w ewidencji, w energetyce 1 na 17, w przemyśle 155 na 662, w radiokomunikacji i łączności 35 na 485, w nauce 6 na 35, oraz 9 na 29 zewidencjonowanych jako inne. Łącznie skontrolowano 3527 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach osób wyniosła 43 213 z czego:

- w ochronie zdrowia 33 099 osób,
- w energetyce 201,
- w przemyśle 5640,
- w radiokomunikacji i łączności 3864,
- w nauce 315,
- sklasyfikowanych jako inne 94.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. (Dz. U. Nr 217, poz.1833 z późn. zm.) w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy ocenę wielkości ekspozycji na pole elektromagnetyczne oddaje wskaźnik ekspozycji W , który przedstawia stosunek wielkości ekspozycji rzeczywistej do dopuszczalnej, stąd jego znacząca rola w ocenie ekspozycji.

Wskaźnik ekspozycji $W > 1$ dotyczył 235 osób, co oznacza, że osoby te podlegały ekspozycji niedopuszczalnej. W szczególności dotyczyło to osób zatrudnionych w ochronie zdrowia - 171 osób (z czego 134 pracujące przy aparatach do elektrochirurgii), w przemyśle 55 osób (z czego 50 pracujących przy zgrzewarkach).



W takich sytuacjach nakazano dostosowanie warunków pracy, aby były one zgodne z obowiązującymi przepisami, poprzez:

- dopasowanie rzeczywistego czasu pracy pracowników do czasu dopuszczalnego,
- stosowanie rotacji pracowników,
- rozwiązania organizacyjne polegające na odsunięciu stanowisk pracy od źródeł pól elektromagnetycznych.

Dla 5751 osób wskaźnik ekspozycji W zawierał się w przedziale 0,5 - 1, w tym pracowników w ochronie zdrowia dotyczy 4947 osób. Dla 31 602 osób wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.



5 *Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych*

W strukturze organizacyjnej wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych działają tzw. Podstawowe Placówki Pomiarów Skażeń Promieniotwórczych prowadzące pomiary zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz.

W roku 2010 w placówkach tych wykonano łącznie 2453 oznaczeń Cs - 137, 62 oznaczenia Sr - 90, oraz 6463 innych oznaczeń, m.in. aktywności K - 40, aktywności globalnej beta w opadzie

atmosferycznym, pomiaru mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu.

Ponadto w ramach Systemu Bezpieczeństwa Żywności prowadzony był monitoring produktów żywnościowych, w ramach którego wykonano 106 oznaczeń Cs - 137 metodą radiochemiczną oraz 291 oznaczeń Cs - 137 metodą spektrometryczną.

Otrzymane wyniki są wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

Podsumowanie

Podobnie jak w latach ubiegłych, pomimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości nie zanotowano przypadków nadmiernego zagrożenia zdrowia osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania jonizującego oraz urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne.

XIII Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia

1 Profilaktyka nadwagi i otyłości. Program edukacyjny pt. „Trzymaj Formę!”

Nieodpowiednie żywienie oraz niewystarczająca aktywność fizyczna najczęściej prowadzą do nadwagi i otyłości. Według badań WOBASZ 50% kobiet i 61% mężczyzn w wieku 20-74 lat ma nadwagę i otyłość⁶. Oszacowano, że 1 na 13 zgonów rocznie (w Unii Europejskiej) jest spowodowane nadmierną masą ciała⁷. Odpowiedzialność za zdrowie powinna być kształtowana już u dzieci, duża rola w tym zakresie przypada rodzicom, szkołom i samorządom terytorialnym. Nadwaga i otyłość dotyczy około 22% chłopców i 18% dziewczynek w szkołach podstawowych, w szkołach gimnazjalnych odsetek ten jest nieco niższy, odpowiednio 15% i 12%. Największy odsetek dzieci z nadwagą i otyłością zamieszkuje w województwie mazowieckim (18,9%), lubuskim (17,9%), dolnośląskim (17,7%), natomiast sytuacja najlepiej przedstawia się w województwie świętokrzyskim (12,6%) i małopolskim (13,5%)⁸. W związku z tym bardzo istotną kwestią jest promocja zdrowia i profilaktyka nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży.

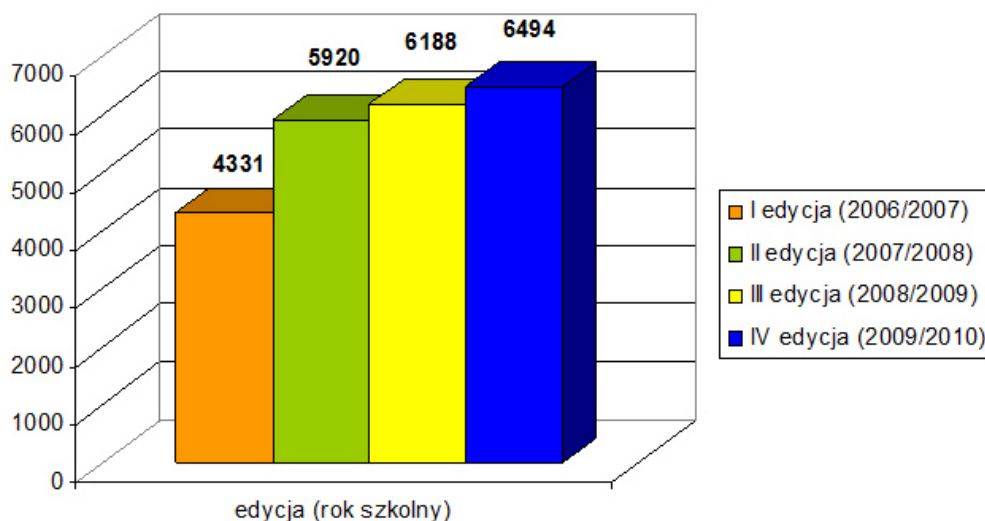
Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców (na zasadzie partnerstwa publiczno - prywatnego) w 2006 r. podjęli działania edukacyjne w zakresie promocji prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej opracowując program „Trzymaj Formę!”. Głównym celem ww. programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Na poziomie wojewódzkim i powiatowym Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała program „Trzymaj Formę!” w szerokiej współpracy środowiskowej m.in. z Urzędami Marszałkowskimi, Urzędami Miast, zakładami opieki zdrowotnej, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi,



placówkami kulturowo-oświatowymi, organizacjami tj.: oddziałami PCK, Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej (PTOZ) i innymi jednostkami. W programie udział brali uczniowie, nauczyciele gimnazjów oraz ostatnich klas (V i VI) szkół podstawowych i ich rodzice. Program w roku szkolnym 2009/2010 realizowało 6 949 szkół (33% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjalnych w Polsce) oraz 819 849 uczniów (23% uczniów we wszystkich klasach szkół podstawowych i gimnazjalnych). W ramach programu odbywały się festyny poświęcone zdrowiu i zdrowemu stylowi życia, biegi, rajdy i inne eventy. W działania często zaangażowana była społeczność lokalna. Koordynatorzy programu brali udział w naradach i szkoleniach dot. realizacji programu. Obecnie trwa V edycja programu (rok szkolny 2010/2011). Poniższa tabela przedstawia liczbę szkół podstawowych i gimnazjalnych realizujących program „Trzymaj Formę!” w kolejnych latach.

⁶ Wg wyników badania WOBASZ, 2005 przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie Polaków
⁷ Zamorska - Markiewicz B., „Otyłość - epidemia XXI wieku. Profilaktyka i leczenie zachowawcze otyłości” [w:] Postępy nauk medycznych 7, s.494 - 497, 2009
⁸ Wg wyników Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” - projekt „OLAF” 2007 - 2010

Liczba szkół realizujących program „Trzymaj Formę!”



Rycina 12.1.
Liczba szkół realizujących program „Trzymaj Formę!”



Od początku trwania programu działania realizowane są według opracowanych i konsultowanych przez ekspertów założeń merytorycznych, metodycznych i organizacyjnych. Program realizowany jest wg autorskich opracowań i za pomocą metody projektu. Każda szkoła otrzymuje pakiet materiałów wspomagających pracę nauczycieli i uczniów (poradnik dla nauczycieli, broszura dla uczniów, ulotka dla rodziców nt. żywienia i aktywności fizycznej, w tym GDA, plakat z „Talerzem Zdrowia”, płyta CD oraz strona internetowa).

Program został zaprezentowany m. in. podczas Plenarnego posiedzenia Platformy Europejskiej w Brukseli w dniu 11 lutego 2010 r., gdzie Główny Inspektor Sanitarny omówił rozwój, zakres oraz wpływ programu „Trzymaj Formę” na zachowania żywieniowe uczniów w Polsce. Spośród siedmiu inicjatyw narodowych ukierunkowanych na promocję zasad zdrowego stylu życia zaprezentowanych w trakcie posiedzenia, program „Trzymaj Formę!” był działaniem, które objęło swoim zasięgiem największą ilość uczestników. Jak podkreślał Robert Madelin (Dyrektor Generalny Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów (DG SANCO) Komisji Europejskiej, który przewodniczył posiedzeniu), program w pełni odzwierciedla założenia realizacji programów edukacyjnych na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego przy szerokim zaangażowaniu strony rządowej, świata nauki oraz sektora prywatnego. Za równie istotny element realizacji programu „Trzymaj Formę!” r. Madelin uznał również przeprowadzenie szczegółowego monitoringu zmian nawyków w zakresie żywienia i aktywności fizycznej przez młodzież uczestniczącą we wdrażaniu „Trzymaj Formę!”. Wykazane w monitoringu zmiany świadczą o efektywności programu, do której niewątpliwie przyczyniła się jego formuła - realizacja programu przy wykorzystaniu pracy metodą projektu gwarantuje, że każdy projekt jest ściśle dopasowany do oczekiwań poszczególnych grup uczestników. Badania monitoringowe przeprowadzone zostały na losowo wybranej reprezentatywnej próbie 12 005 polskich nastolatków i ich rodziców, spośród których 54% stanowiła młodzież uczestnicząca w programie Trzymaj Formę! (56%), a pozostałe 44% to młodzież nie uczestnicząca w nim. Z monitoringu jednoznacznie wynika, iż młodzież realizująca program Trzymaj Formę! jest bardziej zadowolona z własnego wyglądu, częściej spożywa

5 posiłków dziennie, rzadziej dojada w ciągu nocy, a także częściej spożywa warzywa /surówki. W zakresie aktywności fizycznej, 38% badanych dzieci twierdzi, że regularnie uprawia jakąś dyscyplinę sportową. Najczęściej jest to gra w piłkę nożną, piłkę siatkową lub pływanie. 70% spośród dzieci realizujących program sport uprawia rekreacyjnie.

Innym efektem podejmowanej współpracy w ramach programu jest rozszerzenie asortymentu w sklepikach i bufetach szkolnych m.in. poprzez dodanie do oferty produktów śniadaniowych (kanapki, produkty mleczne), napojów (wody mineralne, soki owocowe i warzywne, napoje mleczne) oraz przekąsek (m.in. owoce świeże sezonowe, owoce suszone, orzeszki, migdały, nasiona, batony i ciasteczka zbożowe). Produkty te cieszą się zainteresowaniem ze strony uczniów.



2 Profilaktyka Palenia Tytoniu

Z badań GATS (2010 r.) wynika, że codziennie pali tytoń 33,5% dorosłych mężczyzn i 21% dorosłych kobiet - łącznie 27% osób dorosłych.

Od roku 2007 Minister Zdrowia powierzył koordynację Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce (POZNPT) Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu. Obecnie realizowany jest Program określający cele i zadania na lata 2010-2013, przyjęty przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 16 lutego 2010 r. Wdrażanie Programu powinno przynieść zmianę postaw i zachowań Polaków wobec problemu palenia i przyczynić się do lepszych wyników w leczeniu uzależnienia od nikotyny. W roku 2010 Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała zadania Programu poprzez:

Światowy Dzień Bez Tytoniu (31 maja 2010 r.) - tematyka ogólnopolskiej kampanii społecznej organizowanej w ramach obchodów Światowego Dnia bez Tytoniu wynikała z hasła ogłoszonego przez WHO pt. „PŁEĆ A TYTOŃ. Ze szczególnym uwzględnieniem działań marketingowych skierowanych do kobiet” oraz z założeń Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia tytoniu w Polsce, określających skierowanie kampanii w 2010 roku do kobiet planujących ciążę, ciężarnych i młodych matek. Celem kampanii było dostarczenie wiedzy o wpływie dymu tytoniowego na zdrowie kobiet i ich potomstwa, motywowanie społeczeństwa do zaprzestania palenia oraz promowanie mody na niepalenie.



Światowy Dzień Rzucania Palenia (18 listopada 2010 r.)

- podjęte działania adresowane były do wszystkich osób palących, które poszukiwały pomocy w rzucaniu palenia oraz porad związanych ze zdrowym trybem życia. Dodatkowo, 15 listopada 2010 Główny Inspektorat Sanitarny przeprowadził ogólnopolską kampanię medialną na temat nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.). Kampania trwała do 31 grudnia 2010 roku, a przygotowany w jej ramach spot był emitowany w większości stacji telewizyjnych w Polsce. Akcja miała na celu dostarczenie społeczeństwu informacji na temat zmian w prawie. Kampania medialna była jednym z elementów projektu „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)”.

Realizację programów edukacyjnych do dzieci i młodzieży

1) Krajowy program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas”- głównym celem programu jest zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie świadomych, asertywnych postaw wśród dzieci dotyczących ochrony własnego zdrowia, w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi. W II edycji (rok szkolny 2009/2010) programem edukacyjnym objęto 2 809 przedszkoli, co stanowi 34,9% tych placówek w całym kraju. Ponadto w realizacji programu wzięło udział 1 254 oddziałów przedszkolnych, co stanowi 13,9% tych placówek w Polsce. Działaniami edukacyjnymi w programie objęto 126 549 dzieci oraz 100 875 rodziców i opiekunów.

2) „Nie pal przy mnie, proszę” - program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I-III szkół podstawowych- w roku 2010 Główny Inspektorat Sanitarny wraz z jednostkami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w całym kraju wdrożył pilotażową edycję programu. Celem głównym programu było zmniejszenie narażenia dzieci na bierne palenie tytoniu. W pilotażowej edycji program objął zasięgiem 4,87% szkół podstawowych w Polsce (686 placówek), brało w nim udział 57 366 dzieci oraz 19 277 rodziców. W ramach realizacji przeszkolono 1625 koordynatorów.

3) „Znajdź właściwe rozwiązanie”- program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów- W roku szkolnym 2009/2010 Główny Inspektorat Sanitarny wraz z jednostkami Państwowej Inspekcji Sanitarnej wprowadził pilotażową edycję programu. Do realizacji programu przystąpiło 387 szkół podstawowych (2,7% szkół podstawowych w kraju) oraz 484 szkoły gimnazjalne (6,6%). Łącznie w pilotażowej edycji programu brało udział 871 szkół. Celem głównym programu było zapobieganie paleniu tytoniu wśród młodzieży szkolnej. Ogółem w programie udział wzięło 19 395 rodziców i opiekunów oraz 85 487 uczniów (2,3% uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych).

Ogólnopolski konkurs na logo oraz hasło o tematyce antytytoniowej- konkurs zorganizowany został przez Główny Inspektorat Sanitarny. Honorowy patronat nad konkursem objęli Główny Inspektor Sanitarny oraz Dyrektor Biura WHO w Polsce. Zadaniem uczestników konkursu było wykonanie logo Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce oraz logo i hasła Światowego Dnia Bez Tytoniu.



Zwycięski projekt logotypu
„Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu”
Konkurs w 2010 r.

Program ograniczania używania tytoniu wśród pacjentów leczonych w warunkach uzdrowiskowych- specyfika leczenia uzdrowiskowego stwarza wyjątkowe szanse na wprowadzenie prozdrowotnych zmian w stylu życia pacjenta. Elementy programu obejmują: edukację zdrowotną, edukację dietetyczną, ćwiczenia grupowe fizyczno-relaksacyjne, psychoterapię i psychoedukację, zabiegi balneologiczne i farmakoterapię u chorych tego wymagających. Miejscem w którym realizowano program pilotażowy był Uzdrowiskowy Szpital Kliniczny w Ciechocinku, siedziba Krajowego Konsultanta w dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizykalnej. Wśród pacjentów, którzy ukończyli program antytytoniowy w ciągu pierwszej fazy tj. do końca trwania turnusu (90 osób), całkowicie rzuciło palenie 31 osób (34,44%). Pozostali pacjenci zmniejszyli liczbę wypalanych papierosów od 30%-50%.



Kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej- w roku 2010 przeprowadzono 222 337 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Wynika z nich, że zakaz jest przestrzegany w 95,5% instytucji. Ponadto, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzili działalność edukacyjną w zakładach pracy. W 2010 roku 1 892 zakładów pracy wprowadziło programy profilaktyczne. Edukacją objęto 49105 pracowników.



3. Profilaktyka chorób zakaźnych

Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV

Program był realizowany we wszystkich województwach i stanowił kontynuację działań podejmowanych przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach 1996-2006. Głównymi zadaniami Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, m.in. poprzez zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS. Liczba odbiorców działań programowych w roku 2010 wyniosła 1 721 339 osób, a swoim zasięgiem Program swoim zasięgiem objął łącznie 11 461 jednostek, w tym: 5974 placówek nauczania i wychowania, 3218 zakładów opieki zdrowotnej i 2269 innych jednostek.

W ramach działań programowych, kontynuowana była kampania społeczna „Daj szansę swojemu dziecku. Nie daj szansy AIDS”. W listopadzie 2010 roku odbyła się inauguracja kampanii „Wiedza ratuje życie” realizowanej w ramach głównych założeń programowych, która ma na celu promowanie wykonywania testów w kierunku HIV.

Program profilaktyki raka szyjki macicy pt. „Wybierz życie - Pierwszy Krok”

Program edukacyjny „Wybierz życie - pierwszy krok” realizowany był przy udziale specjalistów pionu Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia (OZiPZ) - Wojewódzkich i Powiatowych Koordynatorów. Celem programu jest podniesienie poziomu wiedzy na temat zagrożeń związanych z zakażeniami wirusem HPV i profilaktyki raka szyjki macicy wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, ich rodziców i opiekunów oraz kształtowanie świadomości zdrowotnej młodzieży w zakresie profilaktyki. W roku szkolnym 2009/2010 do realizacji programu poza województwem mazowieckim, które kontynuowało działania, przystąpiło 6 kolejnych województw: zachodniopomorskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, dolnośląskie, małopolskie, łódzkie. Łącznie w ramach programu w 6 województwach przeszkolono 160 pracowników pionu OZiPZ, a liczba szkolnych koordynatorów i realizatorów programu wyniosła 1282 osób. Liczba odbiorców programu - 245 385 osób. Działaniami programowymi objęto łącznie 1334 jednostek, w tym: 1041 placówek nauczania i wychowania, 219 zakładów opieki zdrowotnej i 74 innych jednostek.

Program profilaktyki zakażeń HCV pt. „STOP!HCV”

W 2010 roku Główny Inspektor Sanitarny wraz z Polską Grupą Ekspertów HCV zainicjowali działania programowe z zakresie profilaktyki zakażeń HCV. Pilotażowy program profilaktyki zakażeń HCV pt. „STOP!HCV” realizowany będzie w trzech modułach. Pierwszy z nich - moduł szkolny - zakłada dotarcie do wybranych szkół ponadgimnazjalnych (ok. 400 szkół z 16 województw, co stanowi ok. 2% młodzieży z grupy docelowej w danym szkolnym) i realizację działań wśród młodzieży. Edukacja zdrowotna prowadzona w ramach programu, koordynowana przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej wśród młodzieży, ma na celu zwiększenie świadomości i upowszechnienie wiedzy w obszarze profilaktyki zakażeń HCV. Elementem programu jest również dotarcie za pośrednictwem uczniów do rodziców - mobilizującym do zachowań prozdrowotnych. Realizacja pilotażowego programu obejmować będzie zajęcia edukacyjne, z wykorzystaniem aktywnych metod, na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, bezpieczeństwa epidemiologicznego, dróg szerzenia i ryzykownych zachowań oraz możliwości prewencji i następstw przewlekłego zakażenia. Szkolenie centralne dla wojewódzkich koordynatorów programu odbyło się w dniu 9 listopada 2010 roku w WSSE Warszawa.

Profilaktyka grypy

Celem interwencji prowadzonej w 13 województwach była profilaktyka grypy sezonowej i nowej grypy typu AH1N1, zmniejszenie szybkości szerzenia się zakażeń w społeczeństwie. Adresatami działań były dzieci i młodzież w wieku szkolnym, rodzice, kadra pedagogiczna, pacjenci i pracownicy placówek służby zdrowia, społeczność lokalna. Edukacja zdrowotna w okresie poprzedzającym zachorowania oraz w okresie nasilenia choroby jest działaniem priorytetowym, dlatego też pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzili działalność informacyjno - edukacyjną. Wydano materiały i pomoce dydaktyczne w zakresie profilaktyki grypy. W realizacji interwencji nieprogramowej uczestniczyło 2 403 659 osób i 7307 jednostek.



4 *Bezpieczne wakacje - realizacja akcji prozdrowotnych*

Profilaktyka niekorzystnych skutków promieniowania ultrafioletowego (UV)

W roku 2009/2010 jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego zainicjowały działania, skierowane do osób korzystającej z solarium, młodzieży szkolnej gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej. Działania edukacyjne miały na celu kształtowanie właściwych postaw i zachowań zdrowotnych dzieci, młodzieży oraz ich rodziców w zakresie ochrony zdrowia przed negatywnymi skutkami nadmiernej ekspozycji na promieniowanie UV. W ramach interwencji odbyły się: 503 narady, w których udział wzięło 2212 osób, 134 wykłady - 3860 osób, 119 szkoleń - 3071 osób, 560 prelekcji - 22 846 osób. Zorganizowano konkursy (łącznie 77 konkursów, w których udział wzięło 4522 osób), kampanie, imprezy, festyny (łącznie 45 imprezy dla 46 094 osób), w ramach których wydano i przekazano materiały informacyjno - edukacyjne (ulotki), udzielono 8145 porad i instruktaży w zakresie bezpiecznego korzystania z promieniowania UV dla 21 654 osób. Nawiązano również szeroką współpracę z mediami. Działania informacyjno-edukacyjne skierowano łącznie do 1 375 516 osób oraz 12 554 jednostek na terenie całego kraju.

Profilaktyka zatruc grzybami - wystawa „Poznaj grzyby - unikniesz zatrucia”

Oddział OZiPZ Wojewódzkiej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Warszawie, po raz kolejny zorganizował Wystawę Grzybów pt. „Poznaj Grzyby - Unikniesz Zatrucia”. Honorowy patronat nad przedsięwzięciem objął Główny Inspektor Sanitarny. Celem akcji była edukacja dzieci i młodzieży oraz społeczeństwa w zakresie profilaktyki zatruc grzybami oraz zwiększenie świadomości o istnieniu zagrożeń, wynikających ze spożywania źle rozpoznanych grzybów. Liczba odbiorców wystawy w Warszawie - 10 668 osób, liczba jednostek - 28, wydawnictwa: plakaty edukacyjne pt. „Grzyby trujące i podobne do nich grzyby jadalne” - 500 sztuk oraz broszury w formie składanki pt. „Bezpieczne grzybobranie” - 5000 sztuk. Działania w zakresie profilaktyki zatruc grzybami realizowane były ponadto w 8 województwach.

Ponadto Państwowa Inspekcja Sanitarna na poziomie wojewódzkim i powiatowym, kontynuowała działania w zakresie profilaktyki próchnicy „Radosny uśmiech - radosna przyszłość”, profilaktyki astmy oskrzelowej „Wolność oddechu - zapobiegaj astmie” czy profilaktyki nowotworowej „Różowa wstążeczka”. Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały również działania edukacyjno - informacyjne w ramach autorskich programów w obszarze promocji zdrowia.



XIV Sanitarna ochrona granic państwa

Graniczna kontrola sanitarna żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2010 prowadzona była przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawnych, w tym w szczególności - w rozporządzeniu (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, Rozdz. 3, t. 45, str. 200), a w zakresie nieuregulowanym w ww. rozporządzeniu - ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. 2010 r. Nr 136, poz. 914, z późn. zm.) oraz rozporządzeniach wykonawczych wydanych na jej podstawie.

Zgodnie z ww. ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzają graniczne kontrole sanitarne żywności pochodzenia nie-zwierzęcego oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, przywożonych z państw nie będących członkami Unii Europejskiej oraz z państw nie będących członkami Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. Powyższej kontroli podlegają również ww. towary wprowadzone na terytorium Wspólnoty przez przejście graniczne

leżące na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub państwa EFTA i nie poddane w tym państwie granicznej kontroli sanitarnej, obejmowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej procedurą celną, z którą wiąże się dopuszczenie do obrotu.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem 882/2004, celem granicznej kontroli sanitarnej jest zapewnienie, aby na rynek Wspólnoty z państw trzecich były wprowadzane towary bezpieczne, w tym żywność oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością. Zatem kontrole te przeprowadzane są głównie na granicy zewnętrznej Unii Europejskiej. Jednakże w przypadku zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dokonanie ostatecznej kontroli sanitarnej towarów na przejściu granicznym, związanych np. z koniecznością przeprowadzenia badań laboratoryjnych, ww. przepisy dopuszczają możliwość przekazania importowanych towarów do odprawy ostatecznej przez terenowo właściwych państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w głębi kraju.

W 2010 r., podobnie jak w latach poprzednich, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stosowały jednolite procedury, w tym procedurę kontroli PK/NG/01 „Kontrola jakości zdrowotnej przywożonej z zagranicy żywności, składników żywności, substancji pomagających w przetwarzaniu oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością”

| GSSE | DZIAŁALNOŚĆ KONTROLNO -REPRESYJNA | LICZBA KONTROLI W ZAKRESIE ZAPOBIEGAWCZEGO NADZORU SANITARNEGO | LICZBA GRANICZNYCH KONTROLI SANITARNYCH ŻYWNOCI |
|-------------|--|---|--|
| DOROHUSK | 6 | 0 | 6044 |
| ELBLĄG | 426 | 28 | 310 |
| GDYNIA | 1974 | 83 | 18882 |
| HREBENNE | 14 | 0 | 977 |
| KOROSZCZYN | 9 | 0 | 1467 |
| PRZEMYŚL | 152 | 9 | 3560 |
| SUWAŁKI | 1020 | 0 | 980 |
| SZCZECIN | 43 | 17 | 1101 |
| ŚWINOUJŚCIE | 861 | 16 | 164 |
| WARSZAWA | 227 | 0 | 18752 |

Tabela 13.1.
Działalność granicznych stacji
sanitarno-epidemiologicznych
w 2010 roku



Zakończenie

W roku 2010 Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wykonywanie zadań określonych ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Działalność Inspekcji w 2010 roku skierowana była na zacieśnianie i doskonalenie współdziałania w ramach Unii Europejskiej, zarówno z instytucjami i agendami wspólnotowymi, jak i poszczególnymi krajami członkowskimi. Sprawowanie przez Państwową Inspekcję Sanitarną zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego przyczyniło się do stabilizacji sytuacji sanitarnej w kraju. W porównaniu z rokiem 2008 w większości obszarów objętych nadzorem nie odnotowano istotnych zmian; większość obserwowanych zjawisk stanowiła kontynuację trendów wieloletnich.