



STAN SANITARNY KRAJU ZA 2009 ROK

Spis treści

Wstęp	7
I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych	9
1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych	9
1.1 Zatrucia i zakażenia pokarmowe	11
1.2 Wirusowe zapalenia wątroby	12
1.2.1 Wirusowe zapalenie wątroby typu A	12
1.2.2 Wirusowe zapalenie wątroby typu B	13
1.2.3 Wirusowe zapalenie wątroby typu C	13
1.3 Zachorowania na choroby zakaźne wieku dziecięcego	15
1.4 Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową	16
1.5 Grypa sezonowa oraz pandemia grypy A(H1N1)v	19
2. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce	21
3. Występowanie ognisk epidemicznych w szpitalach na terenie kraju w 2009 roku	23
3.1 System kontroli zakażeń szpitalnych	26
3.1.1 Ogólna charakterystyka kontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej	27
3.1.2 Organizacja sterylizacji w kontrolowanych placówkach	28
3.1.3 Stan techniczno - sanitarny lokalnych sterylizatori	29
3.1.4 Struktura organizacyjna lokalnej sterylizatori	29
3.1.5 Wyposażenie w sprzęt sterylizacyjny i kontrola procesów sterylizacji	30
II. Jakość wody przeznaczonej do spożycia	31
1. Wstęp	31
2. Zaopatrzenie ludności w wodę	33
3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych	34
4. Analiza przekroczeń parametrów	35
5. Wnioski	37
III. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego	39
1. Informacje wstępne	39
2. Ogólna ocena poziomu zanieczyszczenia powietrza	40
2.1 Pył zawieszony PM10	40
2.2 Pył zawieszony – pomiary reflektometryczne	41
2.3 Dwutlenek siarki	41
2.4 Dwutlenek azotu	42

2.5 Benzen, ołów, kadm, nikiel.....	42
3. Podsumowanie i wnioski.....	43
IV. Zapobiegawczy nadzór sanitarny	44
V. Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej i kąpielisk.....	48
1. Wprowadzenie.....	48
2. Stan sanitarny wybranych obiektów	49
2.1 Ustępy publiczne	49
2.2 Domy pomocy społecznej	50
2.3 Obiekty świadczące usługi hotelarskie – hotele, obiekty wczasowo-turystyczne i inne świadczące usługi hotelarskie	51
2.4 Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi	53
2.5 Noclegownie.....	55
2.6 Obiekty komunikacji publicznej	55
2.7 Przejścia graniczne	56
2.8 Tereny rekreacyjne	57
2.9 Inne obiekty użyteczności publicznej	57
3. Kąpieliska i baseny kąpielowe	58
3.1 Kąpieliska.....	58
3.2 Baseny kąpielowe.....	62
VI. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej	66
1. Wprowadzenie.....	66
2. Stan sanitarny	67
2.1. Zakłady opieki zdrowotnej ogółem.....	67
2.2. Szpitale	67
2.2.2 Bieżący stan czystości i porządku.....	69
2.2.3 Gospodarka bielizną szpitalną i pralnictwo.....	69
2.2.4 Gospodarka odpadami stałymi, w tym medycznymi	70
2.2.5 Gospodarka nieczystościami płynnymi.....	71
2.3 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	71
2.4 Sanatoria i prewentoria.....	72
2.5 Hospicja stacjonarne	73
2.6 Przychodnie, ośrodki zdrowia i poradnie	73
2.7 Stacje Pogotowia Ratunkowego	74

2.8 Medyczne laboratoria diagnostyczne	74
2.9 Zakłady rehabilitacji leczniczej.....	74
3. Indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie, lekarzy dentystów oraz pielęgniarek i położnych	75
3.1 Indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i grupowe praktyki lekarskie	76
3.2 Indywidualne praktyki lekarzy dentystów, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów i grupowe praktyki lekarzy dentystów	76
3.3 Indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych	77
4. Podsumowanie	77
VII. Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy.....	78
1. Wprowadzenie.....	78
2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego.....	79
3. Choroby zawodowe.....	85
4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy.....	85
5. Podsumowanie	86
VIII. Higiena radiacyjna.....	87
1. Informacje ogólne	87
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich	88
3. Ochrona radiologicznej pacjenta.....	90
4. Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	90
5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych	92
6. Podsumowanie	93
IX. Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych oraz warunki pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach	93
1. Informacje wstępne	93
2. Funkcjonalność budynków.....	93
3. Stan techniczny oraz sanitarny budynków	94
4. Wodociągi i kanalizacja	94
5. Warunki do utrzymania higieny	94
6. Oświetlenie.....	95
7. Infrastruktura do prowadzenia zajęć WF	96
8. Place zabaw i rekreacji oraz tereny sportowe	98

9. Ergonomia w szkole	99
10. Opieka medyczna	100
11. Rozkłady zajęć szkolnych	100
12. Dożywianie dzieci i młodzieży	101
13. Substancje i preparaty chemiczne w szkolnych pracowniach chemicznych.....	101
14. Inne placówki oświatowo-wychowawcze	101
15. Wypoczynek dzieci i młodzieży	102
16. Podsumowanie	103
X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku	104
1. Zakres nadzoru sanitarnego.....	104
2. Najczęściej stwierdzane uchybienia	108
3. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia	112
4. Stan sanitarny środków transportu żywności	114
5. Jakość zdrowotna środków spożywczych	115
5. 1 Znakowanie środków spożywczych.....	116
5. 2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia.....	117
5. 3 Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)	118
5. 4 Badanie żywności w kierunku napromieniania promieniowaniem jonizującym....	119
5. 5 System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF	119
5. 5. 1 Powiadomienia krajowe	120
5. 5. 2. Powiadomienia przesłane przez Komisję Europejską.....	121
6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	123
7. Ocena sposobu żywienia	124
8. Podsumowanie	126
XI. Oświata zdrowotna i promocja zdrowia	127
1. Wprowadzenie.....	127
2. Realizacja zagadnień problemowych	127
2.1 Zapobieganie nadwadze i otyłości	127
2.2 Zapobieganie oraz ograniczenie palenia tytoniu	130
2.3 Profilaktyka chorób zakaźnych, w tym profilaktyka grypy	133
2.3.1 Profilaktyka HIV/AIDS.....	134
2.3.2 Profilaktyka próchnicy	135

2.3.3 Zapobieganie chorobom nowotworowym.....	136
3. Realizacja kampanii z okazji obchodów Światowego Dnia Zdrowia	144
4. Podsumowanie	145
XII. Sanitarna ochrona granic państwa	146
Zakończenie	148
Tabela 10.2 Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w latach 2008-2009.....	149
Tabela 10.4 Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2009 r.	150
Tabela 10.5 Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2009 r.....	152
Tabela 10.6 Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2009 r.	153

Wstęp

Państwowa Inspekcja Sanitarna została powołana w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed wpływem czynników szkodliwych lub uciążliwych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.) sprawuje nadzór nad warunkami:

- higieny środowiska,
- higieny pracy w zakładach pracy,
- higieny radiacyjnej,
- higieny procesów nauczania i wychowania,
- higieny wypoczynku i rekreacji,
- zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku,
- higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne.

Jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują wymienione zadania sprawując zapobiegawczy i bieżący nadzór sanitarny oraz prowadząc działalność zapobiegawczą i przeciwepidemiczną w zakresie chorób zakaźnych, a także działalność w zakresie promocji zdrowia.

Skala realnych i potencjalnych zagrożeń decyduje o tym, jakie czynniki środowiskowe powinny być przedmiotem systematycznego nadzoru i wynikających z nich działań represyjnych i interwencyjnych.

Dla oceny stanu warunków zdrowotnych ludności w kraju istotne znaczenie mają te elementy otoczenia, które związane są z masową i długotrwałą ekspozycją na czynniki patogenne, jak np.:

- żywność, której zanieczyszczenia chemiczne i mikrobiologiczne implikują istotne skutki zdrowotne;
- woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, która może być źródłem groźnych zakażeń lub zatruć;
- środowisko pracy, w którym występują czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia;
- stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnieniowych, zakładów opieki zdrowotnej, placówek nauczania i wychowania i innych obiektów użyteczności publicznej.

W 2009 roku w Polsce działało 16 wojewódzkich, 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Zoptymalizowana struktura organizacyjna, coraz nowocześniejsze wyposażenie laboratoriów oraz fachowa, stale podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe, kadra, pozwalają Państwowej Inspekcji Sanitarnej na obiektywną, dotyczącą całego terytorium kraju ocenę stanu sanitarnego, która uwzględnia zarówno istniejące, jak i mogące się pojawić zagrożenia dla zdrowia ludzi. Prowadzenie systematycznych badań oraz dokonywanie okresowych ocen stanu sanitarnego umożliwia 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.

Dostęp do wiarygodnych danych we wszystkich obszarach objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie byłby możliwy bez sprawnie działającej bazy laboratoryjnej. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujące badania w szerokim zakresie (badania żywności, wody, różnego rodzaju badania środowiskowe i inne), dysponujące wykwalifikowaną kadrami, odpowiednio przygotowaną infrastrukturą, w tym nowoczesną aparaturą, stanowią podstawowy instrument nadzoru. W laboratoriach wdrażane są i stosowane w codziennej praktyce nowoczesne metody badawcze. System laboratoriów Państwowej Inspekcji Sanitarnej opiera się o laboratoria o ponad powiatowym, a w przypadku części badań, ponadregionalnym zasięgu działalności, co umożliwia optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów, a zwłaszcza środków budżetowych. Ponadto ma miejsce specjalizacja w prowadzeniu badań, zwłaszcza wysoce specjalistycznych. W celu zapewnienia maksymalnej wiarygodności wyników badań, a także spełnienia wymagań Unii Europejskiej, laboratoria badania żywności oraz wody pracują w ramach systemów zintegrowanych. Świadectwem kompetencji laboratoriów są certyfikaty akredytacji, które posiada większość z nich, w tym wszystkie działające w ramach Zintegrowanego Systemu Badania Żywności. Laboratoria włączone do ww. systemu zostały notyfikowane w Unii Europejskiej. Zakres akredytacji ulega stałemu poszerzaniu o nowe metody badawcze. Ww. czynniki sprawiają, że poziom merytoryczny badań laboratoryjnych wykonywanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne w pełni odpowiada standardom obowiązującym w Unii Europejskiej.

Przedstawiony „Stan sanitarny kraju za 2009 rok” opracowano w Głównym Inspektoracie Sanitarnym na podstawie informacji i materiałów nadesłanych przez

państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych we współpracy merytorycznej z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie. Prezentowane dane liczbowe pochodzą z tablic wynikowych sprawozdań statystycznych za rok 2009 realizowanych przed 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 31 grudnia 2009 roku i stanowi porównanie ze stanem na koniec roku 2008.

I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w roku 2009 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. W ostatnim kwartale 2009 roku wystąpił znaczący wzrost epidemicznych zachorowań na gripę w tym wywołaną zakażeniami pandemicznym szczepem wirusa grypy A/H1N1v. Szczegółową informację nt zachorowań na gripę przedstawiono osobno, w pkt. 1.5.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 1.) – w oparciu o przygotowane przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, *Meldunki dwutygodniowe o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszone w 2009 roku* – dane te są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie.

Tabela 1. Wybrane dane epidemiologiczne dot. występowania chorób zakaźnych w Polsce w latach 2004-2009

poz.	Jednostka chorobowa zachorowania	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1.	AIDS i zakażenia HIV	163	157	167	173	190	142
2.	Dur brzuszny	2	3	3	2	5	4
3.	Dury rzekome A, B i C	3	3	1	3	2	5

4.	Salmonellozy - ogółem	15 958	16 007	13 364	11 702	9605	8964
5.	Czerwonka bakteryjna	74	80	35	64	32	30
6.	Wirusowe zakażenia jelitowe	10 398	12 533	20 671	21 748	32 535	32 660
7.	w tym zakażenia jelitowe rotawirusowe	b.d.	9996	15 702	15 187	23 646	22 045
8.	Biegunki u dzieci do lat 2	16 361	17 284	21 310	22 706	29 188	31320
9.	Krztusiec	2 955	1 925	1 525	1 985	2 167	2391
10.	Tężec	25	15	22	19	14	19
11.	Odra	11	13	120	36	97	114
12.	Różyczka	4 857	7 946	20 659	22 890	13 143	7586
13.	Ospa wietrzna	147 977	147 751	141 218	160 161	129 545	140 115
14.	Nagminne zapalenie przyusznicy (świnka)	135 179	71 999	15 114	4 147	3273	2954
15.	Nagminne porażenie dziecięce - poszczepienne	1	-	-	-	-	-
16.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	906	1 075	1578	1201	708	737 ¹
17.	Wirusowe zapalenie mózgu (wszystkie)	521	387	608	510	406	538 ²
18.	w tym zap. mózgu przeniesione przez kleszcze	262	174	316	233	200	344
19.	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu)	205	208	234	392	369	306
20.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - meningokokowe	112	126	137	213	214	192
21.	Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu)	125	72	54	46	29	20
22.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – <i>Haemophilus influenzae</i>	77	56	39	37	20	14
23.	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i zapalenie mózgu)	bd	175	211	273	268	275
24.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - pneumokokowe	bd	110	117	162	148	163
25.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - bakteryjne inne lub o nieustalonej etiologii	620	902	685	657	584	498
26.	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	3 937	4 875	4 883	4 371	3983	4174
27.	w tym wzv typu A	95	54	109	42	209	652

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

28.	wzw typu B	1 570	1 724	1 751	1 523	1375	1513
29.	wzw typu C	2 157	2 993	3 025	2 811	2393	1932 ³ (1969) ⁴
30.	Włośnica	163	62	135	292	4	36
31.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	19 872	20 065	17 264	15 241	12 215	10 817
32.	w tym - salmonellozowe	15 818	15 621	13 216	11 566	9473	8847
33.	- gronkowcowe	565	658	417	407	202	146
34.	- jadem kielbasianym	53	28	50	48	46	31
35.	- <i>Clostridium perfringens</i>	1	4	5	4	3	1
36.	Borelioza (Choroba z Lyme)	3 822	4 406	6 679	7 731	8248	10 333
37.	Grypa - ogółem	336 919	733 234	251 815	374 042	227346	1 081 975
38.	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-
39.	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7 556	7 711	7 510	7 092	6887	6874
40.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	13	13	10	11	11	17

1.1 Zatrucia i zakażenia pokarmowe

W roku 2009 obserwowano dalszy spadek liczby bakteryjnych zatruc i zakażeń pokarmowych. Wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zatrucie pokarmowe wywołane pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. Zwiększył się udział zatruc pokarmowych, których jako czynnik etiologiczny zidentyfikowano bakterie z rodzaju *Campylobacter* (z 193 w 2007 r. i 255 w 2008 r. do 361 w 2009 r.) i *Yersinia* (z 213 w 2008 r. do 288 w 2009 r.). Świadczy to o poprawiającej się diagnostyce laboratoryjnej zakażeń i zatruc pokarmowych pozwalającej na ustalenie czynnika etiologicznego odpowiedzialnego za wystąpienie zakażenia lub zatrucia pokarmowego.

Nadal sporadycznie występowały zakażenia pałeczką czerwonki oraz zachorowania na dur brzuszny i dury rzekome. W 2009 roku potwierdzono 30 zachorowań na czerwonkę bakteryjną, w porównaniu do 32 zachorowań w 2008 r., 64 zachorowań w 2007 roku i 35 zachorowań w 2005 roku. W roku 2009 zarejestrowano jedynie pojedyncze zachorowania na dur brzuszny (4 przypadki) i dury rzekome (5 przypadków) - podobnie jak w latach ubiegłych

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

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

(w 2008 r. liczba zachorowań na dur brzuszny wyniosła 5, a dury rzekome – 2). Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne na terenie każdego z województw prowadzą rejestry nosicieli pałeczek duru brzuszego będących potencjalnym źródłem zakażenia. Zgodnie z danymi aktualnie w Polsce jest około 500 nosicieli duru.

W roku 2009, w stosunku do roku 2008, a także w stosunku do lat wcześniejszych obserwowano bardzo wyraźny wzrost liczby zgłoszonych przypadków biegunek u dzieci do lat 2. Były to w większości potwierdzone zakażenia wirusowe lub zakażenia o nieustalonym czynnikiem etiologicznym. Za obserwowany wzrost zakażeń jelitowych u dzieci odpowiedzialny jest przede wszystkim występowanie zakażeń wirusowych, w tym zwłaszcza zakażeń rotawirusowych.

Należy zauważyć, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym. Liczba dzieci objętych opieką w formie zinstytucjonalizowanej np. w żłobkach lub domach małego dziecka jest bowiem znikoma. Tym samym organy władzy publicznej mają niewielki wpływ na zapobieganie zakażeniom i zatruciom pokarmowym w środowisku domowym. Pewien wpływ może odgrywać oświata zdrowotna kształtująca zachowania prozdrowotne, na rzecz zwiększania higieny osobistej oraz higieny przygotowania posiłków w rodzinach dzieci w wieku do lat 2.

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 wirusowego zapalenia wątroby typu A (WZW A), tj. w którym wirus HAV wywołujący zakażenie krąży w populacji powodując masowe zachorowania przede wszystkim wśród dzieci i młodych osób, lecz stała się obecnie krajem o średniej i nadal obniżającej się endemiczności 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 2009 roku podobnie jak w 2008 roku obserwowano narastanie liczby zachorowań na (WZW A). O ile do 2007 roku obserwowano spadek liczby zachorowań z 4045 w 1997 roku

do 42 w 2007 roku to w latach kolejnych obserwuje się narastanie liczby zachorowań do 208 w 2008 roku i 652 w 2009 roku. Zachorowania dotyczyły głównie młodych osób między 20 a 30 rokiem życia i należy je wiązać z brakiem odporności i powszechną podatnością młodych osób 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 opakowanej wysoko przetworzonej żywności, nie obserwuje się mimo wszystko dużych ognisk epidemicznych a jedynie pojedyncze drobne ogniska epidemiczne.

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. W przyszłości należałoby też rozważyć zasadność wprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw WZW A.

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 2009 zachorowało 1513 osób. Dla porównania w 2008 roku zgłoszono 1375 zachorowania, w 2007 - 1523 a w 2006 roku zgłoszono 1751 zachorowania. Z uwagi na powszechność obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu 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. Brak tendencji wzrostowej wynika także prawdopodobnie z propagowania stosowania szczepień ochronnych przed planowanymi zabiegami chirurgicznymi.

1.2.3 Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) cechuje obserwowany od wielu lat trend wzrostowy liczby zachorowań. W roku 2009 stwierdzono

wprawdzie 1969 zachorowań (1932 wg innej stosowanej od 2009 roku metodologii). Dla porównania, w 2008 roku wystąpiły 2393 zachorowania, podczas gdy w roku 2007 zgłoszono 2811 zachorowań, w 2006 - 3025 zachorowań, zaś w 2005 roku – 2993 zachorowania. Szacunkowe dane epidemiologiczne pozwalają jednak sądzić, że liczba osób zakażonych 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 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. Kwestią otwartą jest, czy obserwowane w 2009 i 2008 roku zmniejszenie liczby nowych zachorowań na WZW C jest początkiem trendu spadkowego będącego wyrazem skuteczności podejmowanych działań przeciwepidemicznych czy niedostatkiem diagnostyki w tym zakresie.

Rozpoznawanie zakażenia wirusem HCV możliwie wczesne od chwili zakażenia, 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 ilość zgłoszeń wynosiła w ok. 2000 przypadków, by następnie w roku 2006 spaść do 1525 przypadków, a następnie od roku 2007 obserwowano stopniowy, nieznaczny mając na uwadze powszechność tej choroby w populacji dzieci, ponowny wzrost liczby zachorowań. W roku 2009 liczba zachorowań wyniosła 2391 i była większa niż w roku 2008, kiedy odnotowano 2167 przypadków. Od 2003 roku prowadzone są 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 trójwalentnej (MMR), wykonywane u dzieci w 13-15 miesiącu życia, a od 2005 roku również szczepienia przypominające w 12 roku życia z użyciem szczepionki trójwalentnej (MMR), które są obecnie wykonywane w 10 roku życia. Porównując ostatnie lata, widać, że w 2009 roku na nagminne zapalenie przyusznic (świnkę) zachorowało 2954 dzieci a w 2008 roku 3271. Tymczasem jeszcze w 2005 roku wystąpiło 71999 zachorowań, zaś w 2004 roku - 135179 zachorowań. Wprowadzenie powszechnych obowiązkowych szczepień przeciw odrze, różyczce i śwince spowodowało spadek zachorowań na nagminne zapalenie przyusznic. 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. W przypadku krztuśca należy zaznaczyć, że mimo ostatniego wzrostu liczby zachorowań, biorąc pod uwagę powszechność tej choroby zakaźnej w populacji dzieci, podana za rok 2009 liczba jest niewielkim wzrostem. Trzeba podkreślić, iż podobnie jak ze świnką, dokładna analiza kierunków rozwoju sytuacji epidemiologicznej krztuśca będzie możliwa po zaszczepieniu szczepionką DTPa kolejnych roczników dzieci.

Liczba zachorowań na różyczkę cechuje się dużą zmiennością i w roku 2009 wyniosła 7586, w roku 2008 – 13145, w roku 2007 - 22 886, zaś w roku 2006 - 20 659 zachorowania.

Dla porównania w 2005 roku wystąpiły 7946 zachorowania, zaś w 2004 roku. - 4857 zachorowania. Zjawisko cyklicznej zmienności liczby zachorowań występuje nie tylko w przypadku świnki, różyczki czy krztuśca, ale również dotyczy takich chorób jak ospa wietrzna. 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 musiałoby być zalecane w okresie połogu, lub w skojarzeniu ze środkami antykoncepcyjnymi stosowanymi w trakcie 3 miesięcy poprzedzających wykonanie szczepienia przypominającego.

1.4 Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową

Neisseria meningitidis (dwoinka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, meningokok) jest jednym z najczęstszych czynników etiologicznych pozaszpitalnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy, określanych wspólnie mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (IChM). Zjawisko nosicielstwa *N. meningitidis* u ludzi występuje powszechnie. Bakterie bytują na błonie śluzowej nosogardzieli. W okresach nieepidemicznych 5-10% populacji może być nosicielami meningokoków, natomiast podczas epidemii liczba ta wyraźnie wzrasta. Ogólnie uznaje się, że epidemie występują przy przekroczeniu odsetka 20-25% nosicieli *N. meningitidis* w ogólnej populacji.

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 3 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 z serogrupy C.

W Polsce zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w roku 2009 wynosiła 0,81/100 000. W roku 2009 odnotowano 307 zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (dane umieszczono w Tabeli 2.), w tym: 191 - zapaleń opon mózgowych i/lub mózgu, 197 – posocznic, 2 - inne określone i nieokreślone zachorowania na chorobę meningokokową. W porównaniu z rokiem 2008, w którym zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową wyniosła 0,98/100 000 - odnotowano 373 zachorowań, w tym: 219 - zapaleń opon mózgowych i/lub mózgu, 248 – posocznic, 13 - inne określone i nieokreślone zachorowania na chorobę meningokokową. Dla porównania, sytuacja epidemiologiczna IChM w latach ubiegłych rysowała się następująco: w roku 2007 odnotowano 392 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (w tym 213 zapaleń opon mózgowych, 14 zapaleń mózgu, 258 posocznic), w roku 2006 wystąpiły 234 przypadki zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (w tym 137 zapaleń opon mózgowych, 16 zapaleń mózgu, 145 posocznic) a w roku 2005 odnotowano 208 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (w tym 126 zapaleń opon mózgowych, 9 zapaleń mózgu, 128 posocznic). Wzrost liczby przypadków IChM należy tłumaczyć: zmianą systemu rejestracji, pojawieniem i rozprzestrzenianiem się meningokoków serogrupy C należących do hiperwirulentnych kompleksów klonalnych (min. ST-11/ET-37), wystąpieniem ognisk epidemicznych IChM i związanym z nimi wzmożonym nadzorem epidemiologicznym oraz wprowadzeniem metod niehodowlanych do rutynowej diagnostyki KOROUN.

Tabela 2. Skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 2009 roku w porównaniu do analogicznych okresów 2008 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Dane skumulowane ⁵	
	Od 1.01.09. do 31.12.09.	Od 1.01.08. do 31.12.08.
Choroba meningokokowa, inwazyjna: ogółem (A39)	307	373
w tym: zapalenie opon mózgowych i /lub mózgu (A39.0, A39.8)	191	219
posocznica (A39.1-4)	197	248
inna określona i nieokreślona (A39.5-9)	2	13

W związku z występowaniem lokalnych ognisk zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową, podejmowano stosowne działania przeciwepidemiczne m.in. aktywnie monitorowano przypadki zachorowań, poprzez gromadzenie informacji o wszystkich wykrytych zachorowaniach, we współpracy z Krajowym Ośrodkiem Referencyjnym ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KORUN) w Narodowym Instytucie Leków w Warszawie.

W związku z wystąpieniem ogniska choroby meningokokowej w marcu 2009 r. podjęto decyzję o konieczności przeprowadzenia akcji obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw *Neisseria meningitidis* gr. C w mieście i gminie Goleniów oraz Przybiernów (woj. zachodniopomorskie). Łącznie zaszczepiono 6 938 osób. Szczepieniami objęto dzieci i młodzież z roczników 2004-1990 oraz funkcjonariuszy służb MSWiA.

Kwestie zapobiegania szerzenia się ogniska choroby meningokokowej zostały uregulowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie metod zapobiegania zakażeniom meningokokowym (Dz. U. z 2009 r. Nr 56, poz. 465).

⁵ z uwzględnieniem ewentualnych korekt

1.5 Grypa sezonowa oraz pandemia grypy A(H1N1)v

W sezonie grypowym 2008/2009 r., od 1 września 2008 r. do 31 marca 2009 r., łącznie zanotowano 527 213 zgłoszenia przypadków zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę.

W kwietniu 2009 r. w Meksyku wystąpiły pierwsze ogniska zachorowań wywołanych nowym szczepem wirusa grypy. Grypa ta początkowo została określana mianem „świńskiej grypy” jednakże późniejsze badania wykazały, że nowy szczep wirusa A(H1N1)v jest szczepem grypy ludzkiej, który powstał w wyniku reasortacji jego materiału genetycznego z materiałem genetycznym pochodzącym z wirusów grypy świń oraz ptaków. Zmiany antygenowe, które zachodzą w osłonce wirusa, na skutek reasortacji, skutkują wyższym potencjałem epidemicznym wirusa (tzw. skok antygenowy) niż mające swe źródło w kumulacji drobnych mutacji przesunięcie antygenowe, które jest źródłem zmienności wirusów sezonowych. W przypadku reasortacji, zmiana charakterystyki antygenowej wirusa jest na tyle duża, że większość ludzi nie jest już dłużej chroniona przez, nabytą w drodze zakażeń wirusami grypy krążącymi we wcześniejszych latach, odporność krzyżową.

Zachorowania szybko rozprzestrzeniły się na inne kontynenty. Występowanie ognisk epidemicznych po sezonie zachorowań, który zwykle dla półkuli północnej przypada na okres jesienno-zimowy (od września do kwietnia), wskazywały na znaczny potencjał szerzenia się nowego wirusa. Spowodowało to uznanie nowego szczepu za pandemiczny i ogłoszenie w dniu 11 czerwca 2009 r. przez WHO pandemii grypy.

Pierwsze zawleczenia choroby do Polski wystąpiły już w maju 2009 r. i ich liczba zwiększała się wraz z występowaniem nasilenia zachorowań w innych krajach Europy, zwłaszcza w Anglii i Hiszpanii, gdzie zachorowania o charakterze epidemicznym wystąpiły już w okresie wakacyjnym. Epidemiczny wzrost zachorowań na grypę wystąpił natomiast z początkiem listopada to znaczy dwa miesiące wcześniej niż w latach ubiegłych, gdy epidemie były wywoływane przez szczepy sezonowe. Szczep wirusa A(H1N1)v zdecydowanie dominował wśród wirusów grypy, wypierając niemal całkowicie szczep sezonowy A(H1N1) oraz dominujący we wcześniejszych latach szczep A(H3N2). Większość zachorowań miała jednak typowy dla grypy sezonowej, łagodny, samoograniczający się przebieg. Jednakże podobnie jak w przypadku grypy sezonowej, u części chorych przebieg choroby był cięższy. Na wystąpienie powikłań w postaci pierwotnego wirusowego zapalenia płuc lub wtórnych bakteryjnych zapaleń płuc narażone były zwłaszcza osoby z przewlekłymi chorobami płuc, układu krążenia, wątroby, nerek oraz schorzeniami powodującymi obniżenie

odporności. W części przypadków wskutek wystąpienia niewydolności oddechowej konieczne było stosowanie wentylacji mechanicznej (respirator) lub pozaustrojowego utlenowania krwi (ECMO). Od 1 września 2009 r. do 31 marca 2010 r. zanotowano łącznie w Polsce 750 847 zachorowań na grypę oraz choroby grypopodobne oraz 180 zgonów, u osób z potwierdzonym zakażeniem wirusem A(H1N1)v (w tym 148 zgonów do końca roku 2009). W większości przypadków wystąpiły one u osób należących do wymienionych wyżej grup ryzyka.

Od chwili otrzymania informacji o wystąpieniu zachorowań w Meksyku Państwowa Inspekcja Sanitarna podjęła działania mające na celu opóźnienie wystąpienia w Polsce zachorowań na większą skalę. Służyło temu obejmowanie w pierwszej fazie rozwoju epidemii osób z kontaktu nadzorem epidemiologicznym oraz promowanie zachowań służących ograniczeniu przenoszenia się choroby między ludźmi (zachowanie higieny oddychania oraz higieny osobistej) zwłaszcza w środowisku przedszkolnym oraz szkolnym tzn. w grupach wiekowych, w których zapadalność na grypę jest najwyższa. Równocześnie rozbudowano bazę laboratoryjną Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie możliwości wykonywania badań diagnostycznych w kierunku grypy metodami biologii molekularnej (RT-PCR), które jako jedyne dają możliwość odróżnienia między zachorowaniami na grypę wywołanymi nowym wirusem, a wirusami sezonowymi. Nowe metody badań diagnostycznych były wykorzystywane nie tylko do celów klinicznych, lecz również do prowadzenia wybiórczego nadzoru epidemiologicznego nad grypą (sentinel), który jest realizowany przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne we współpracy z Krajowym Ośrodkiem ds. Grypy w NIZP-PZH.

Przeciwdziałanie epidemii grypy oraz ograniczenie skutków jej wystąpienia było koordynowane w ramach Krajowego Komitetu ds. Pandemii Grypy, w skład którego poza pracownikami Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego wchodzi również przedstawiciela innych resortów. Równocześnie utrzymywano ścisłą współpracę z WHO, ECDC, Komisją Europejską oraz krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Podjęto również szereg działań mających na celu zwiększenie zaangażowania w przygotowania i reagowanie w czasie pandemii grypy przez sektor prywatny.

2. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce

Program Szczepień Ochronnych (PSO) wydawany jest corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu na podstawie ustawy *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień*. Program Szczepień Ochronnych na rok 2009 zawierał niezmienny zakres obowiązkowych szczepień ochronnych w stosunku do roku poprzedniego. Wraz z ukazaniem się rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2008 roku *zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień*, do Programu Szczepień Ochronnych od października 2008 wprowadzono obowiązkowe szczepienia przeciw pneumokokom oraz przeciw ospie wietrznej dla dzieci z wybranych grup ryzyka zagrożonych szczególnie ciężkim przebiegiem tych zakażeń. Rozszerzono obowiązek szczepień przeciw pneumokokom na dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia po urazach i z wadami ośrodkowego układu nerwowego przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego lub chorujące na przewlekłe choroby serca z niewydolnością układu krążenia, schorzenia immunologiczno-hematologiczne, małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, sferocytozę wrodzoną, asplenię wrodzoną lub po splenektomii, zespół nerczycowy o podłożu genetycznie uwarunkowanej strukturopatii, pierwotne zaburzenia odporności, zakażone HIV, przed planowanym przeszczepem lub po przeszczepie szpiku, narządów wewnętrznych lub wszczepieniu implantu ślimakowego; dzieci przedwcześnie urodzone do ukończenia 1 roku życia chore na dysplazję oskrzelowo-opłucną. Nałożono obowiązek szczepień przeciw ospie wietrznej na dzieci do ukończenia 12 roku życia: z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby, z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji, zakażone HIV, przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią, oraz dzieci do ukończenia 12 roku życia z otoczenia dzieci wymienionych wyżej, które nie chorowały na ospę wietrzną.

Wraz z wejściem w życie nowej ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi prowadzone są prace legislacyjne nad projektami rozporządzeń regulujących organizację szczepień ochronnych w Polsce. Przedmiotowe akty wykonawcze do ustawy ukażą się zgodnie z brzmieniem przepisów przejściowych ustawy najpóźniej do końca 2010 roku.

Zmiany w Programie Szczepień Ochronnych wynikają z potrzeby dostosowania PSO do standardów światowych. Poprzedzone są bieżącą analizą sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych, aktualnymi trendami współczesnej wakcynologii, a także zaleceniami WHO dotyczącymi zarówno typów sugerowanych do stosowania szczepionek, jak i kompatybilności schematów obowiązkowych szczepień ochronnych z realizowanymi przez tę organizację programami eradykacji chorób zakaźnych na świecie. Ponadto przy ustalaniu PSO brane są pod uwagę także inne czynniki, m. in. dbałość o stan zdrowia dzieci, młodzieży oraz osób z tzw. grup ryzyka.

Program Szczepień Ochronnych podlega ciągłej ewaluacji, m. in. z uwagi na istniejące i wdrażane obecnie przez inne państwa Unii Europejskiej programy szczepień obowiązkowych, co jest niezmiernie istotne ze względu na częste migracje rodzin z dziećmi do innych krajów UE. W kolejnych latach zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz merytorycznymi uwagami krajowego grona ekspertów (Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym i Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. PSO przy Ministrze Zdrowia) planuje się następujące zmiany:

- wprowadzenie obowiązkowych powszechnych szczepień przeciwko inwazyjnej chorobie pneumokokowej dzieci do lat dwóch,
- wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciwko pneumokokom i ospie wietrznej u dzieci z rozszerzonych grup ryzyka,
- wdrożenie szczepionek skojarzonych z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym,
- wdrożenie nowych równoważnych lub skuteczniejszych szczepionek niezawierających związków rtęci,
- wprowadzenie szczepionek poliwalentnych o wysokim stopniu skojarzenia.

Zmiany w PSO przyczynią się do wprowadzenia nowych szczepionek, rozszerzania grup dzieci i młodzieży podlegających obowiązkowi szczepień ochronnych, ograniczenia liczby wykonywanych iniekcji, dalszego eliminowania preparatów odczynowych. Projektowane zmiany PSO będą uwarunkowane zmianami legislacyjnymi oraz wielkością środków budżetowych przeznaczonych na ten cel.

Corocznie dokonuje się szczegółowej analizy realizacji szczepień ochronnych w Polsce, która obejmuje:

- 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,
- analizę występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

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. Przedstawia wartości procentowe dotyczące stosunku liczby osób podlegających szczepieniu do zaszczepionych, tzw. miernik wyszczepialności wynoszący powyżej 95 %, wykorzystywany w procesie analizy sytuacji sanitarnej w kraju. Odsetek jest zwykle wyższy, sięgający w wielu przypadkach wartości zbliżonych 100%. Dane za rok 2009 publikowane będą na podstawie zbiorczych druków sprawozdawczych MZ-54 z realizacji szczepień ochronnych za 2009 rok. Informacje ze sprawozdań kwartalnych publikowane są przez PZH w meldunkach o chorobach zakaźnych.

Biuletyny i meldunki dostępne są na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

3. Występowanie ognisk epidemicznych w szpitalach na terenie kraju w 2009 roku

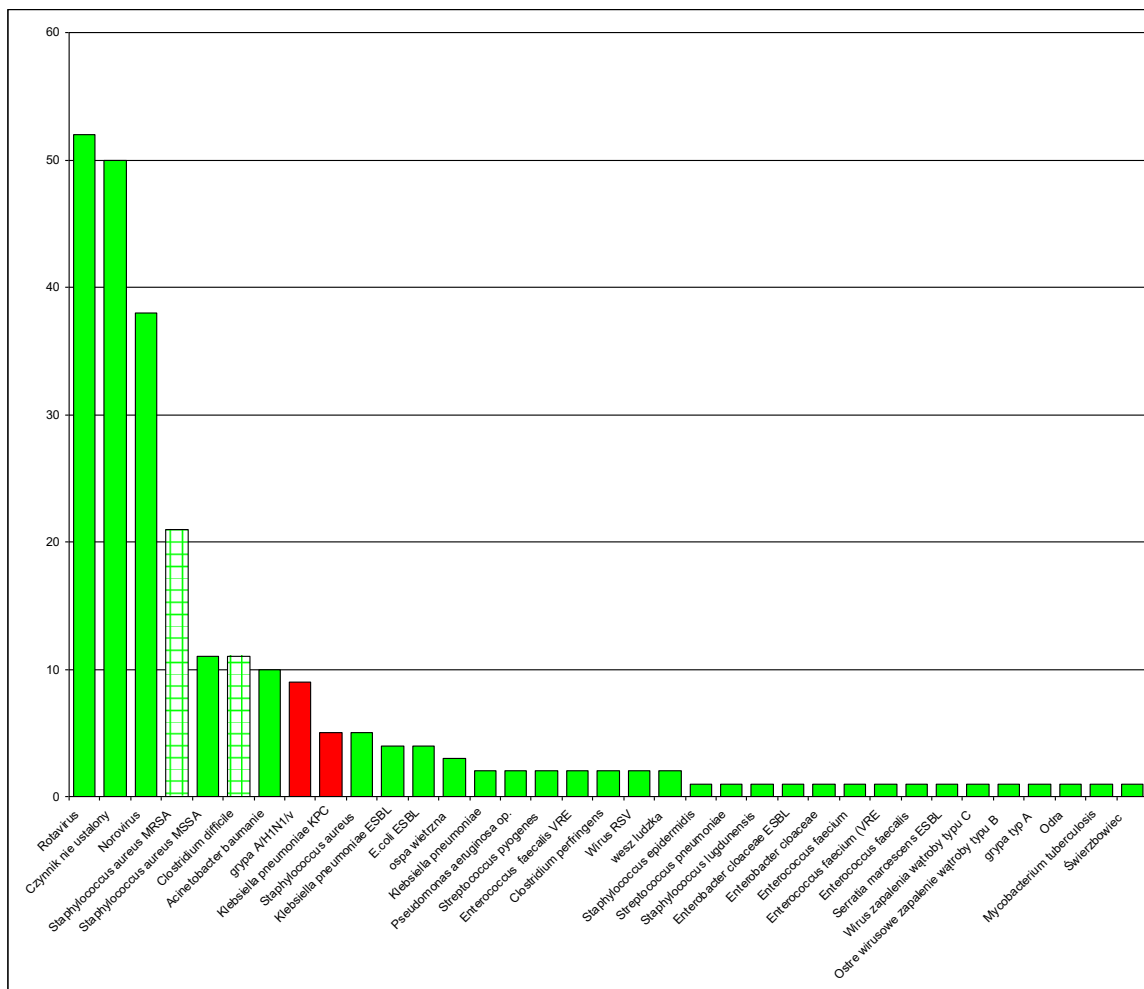
W 2009 roku do Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 252 ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych. Zakażeniu w tych ogniskach uległy ogółem 2382 osoby, w tym 2224 pacjentów i 158 osób personelu. Należy zaznaczyć, iż spośród wszystkich zgłoszonych ognisk w 78% rozpoznanie etiologii zakażenia ustalono w oparciu o przeprowadzone badania laboratoryjne, zaś w 5% na podstawie typowych objawów klinicznych (m.in. ospę wietrzną, świerzb, wszawicę).

W przypadku 42 ognisk epidemicznych, co stanowi 17% z ogólnej liczby zgłoszonych ognisk, nie ustalono etiologii. Wyżej wymienione ogniska epidemiczne były zarejestrowane przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych jako ostre wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe (52%), infekcje grypopodobne (36%) oraz zapalenie płuc (12%) – w ostatnim przypadku, stwierdzone na podstawie objawów klinicznych i potwierdzone badaniem RTG.

Wśród zdiagnozowanych patogenów najliczniejszą grupę stanowiły:

- rotawirusy – 52 ogniska epidemiczne (21%),
- norowirusy – 38 ognisk epidemicznych (15%).

Najwięcej zachorowań wywołanych przez rotawirusy (42 ogniska), podobnie jak w latach ubiegłych, wystąpiło na oddziałach pediatrycznych, co ma ścisły związek z typową dla tych wirusów populacją wrażliwą na zakażenie. W przypadku norowirusów – ogniska epidemiczne występowały na różnych oddziałach, w szczególności internistycznych.



Ryc. 1 Struktura epidemicznych zakażeń szpitalnych zarejestrowanych w 2009 roku według czynnika etiologicznego

W 2009 r., w stosunku do lat poprzednich, zgłoszono większą liczbę ognisk epidemicznych wywołanych przez typowe bakteryjne drobnoustroje szpitalne, dysponujące wieloma mechanizmami lekooporności m.in. *Staphylococcus aureus MRSA* (21 ognisk, co stanowi 8,3% ogółem zgłoszonych), *Clostridium difficile* (11 ognisk, co stanowi 4,4%). Dla porównania w 2008 r. zgłoszono 3 ogniska, co stanowiło 1,3% wszystkich zgłoszeń. Nie jest możliwe określenie na podstawie zgłoszeń, czy wzrost liczby tych ognisk odzwierciedla zwiększenie częstości występowania patogenów alarmowych w szpitalach, czy też poprawę zgłaszalności ognisk epidemicznych, w wyniku wejścia w życie nowej 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.), do której wprowadzono przepisy o zgłaszaniu ognisk epidemicznych.

W związku z powyższym, konieczne jest szczególnie staranne wdrażanie i nadzór nad realizacją programu kontroli zakażeń szpitalnych w zakresie redukcji ryzyka lekooporności oraz transmisji patogenów alarmowych w szpitalach, opartego na:

- wczesnym wykrywaniu zagrożeń poprzez należyte wykorzystanie badań mikrobiologicznych u pacjentów wysokiego ryzyka,
- racjonalnym stosowaniu antybiotyków w szpitalach, poprzez m.in. opracowanie i wdrożenie receptariusza szpitalnego,
- przestrzeganiu zasad izolacji barierowej, zwłaszcza odpowiedniej higieny rąk i dekontaminacji środowiska szpitalnego oraz sprzętu medycznego.

Należy także zwrócić uwagę na istotny problem, który pojawił się w 2009 r. w związku z rozprzestrzenianiem się wybitnie niebezpiecznych drobnoustrojów - szczepów pałeczek jelitowych wytwarzających tzw. β -laktamazy KPC (szczepy *Klebsiella pneumoniae* wytwarzające beta-laktamazy), w szpitalach na terenie miasta stołecznego Warszawy i okolic. Do Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 5 ognisk epidemicznych wywołanych przez szczepy KPC. Ogniska epidemiczne wywołane przez KPC zarejestrowano w stacji dializ, OIT, oddziale rehabilitacji, oddziale internistycznym. W czterech ogniskach zakażenie dotyczyło układu moczowego, w jednym ognisku miejsca operowanego i zapalenia płuc. Łącznie zakażeniu w tych ogniskach uległo 16 osób, co stanowi 0,7% ogółem zakażonych pacjentów.

Podobnie jak w innych krajach, identyfikowane do tej pory w Polsce szczepy KPC w większości należą do gatunku *Klebsiella pneumoniae*, który jest jedynym z najważniejszych czynników etiologicznych zakażeń szpitalnych, łatwo przeżywający w środowisku szpitalnym i posiadający duży rezerwuar w nosicielstwie (przewód pokarmowy, układ moczowy). Zakażenia *Klebsiella pneumoniae* z reguły występują pod postacią sepsy, zapalenia płuc i zakażenia dróg moczowych. Pojawienie się tego szczepu w szpitalu z reguły prowadzi do jego szybkiego rozprzestrzeniania wśród pacjentów, a zabiegi eradykacyjne są niezwykle trudne i wymagają najostrożniejszych i bardzo kosztownych procedur kontroli zakażeń.

W związku z powyższym, Krajowy Konsultant w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej - Prof. dr hab. n. med. Waleria Hryniewicz rozpoczęła w roku 2009 opracowywanie, rekomendowanych przez Ministerstwo Zdrowia, zaleceń dotyczących postępowania

w przypadku identyfikacji w zakładach opieki zdrowotnej szczepów bakterii Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy typu KPC.

Ważnym nowym zjawiskiem w 2009 roku były zgłoszone do Państwowej Inspekcji Sanitarnej ogniska epidemiczne grypy pandemicznej A(H1N1)v. Ogniska te w liczbie dziewięciu, zarejestrowano w województwie mazowieckim, pomorskim, podkarpackim i śląskim. We wszystkich ogniskach epidemicznych wirus grypy był potwierdzony laboratoryjnie metodą Real-time PCR. Łącznie zakażeniu w tych ogniskach uległo 61 osób, co stanowi (2,7%) ogółem zakażonych pacjentów oraz 15 osób personelu co stanowi (9,5%) ogółem zakażonych. Podczas trwania tych ognisk epidemicznych 7 osób zmarło. Ogniska epidemiczne zarejestrowano w następujących oddziałach: pediatrycznym, wewnętrznym, onkologicznym, hematologicznym, ginekologicznym oraz na OIOM.

3.1 System kontroli zakażeń szpitalnych

W 2009 roku na polecenie Głównego Inspektora Sanitarnego przeprowadzono doraźną kontrolę szpitali w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych. Kontrola ta przeprowadzona została w 223 wybranych reprezentatywnie zakładach opieki zdrowotnej w obszarze specjalności zabiegowej, niezabiegowej, oraz lokalnej sterylizatorni w oparciu o zunifikowane załączniki kontrolne przygotowane we współpracy z Narodowym Instytutem Leków. Uzyskane dane wprowadzone zostały do „Zintegrowanego systemu kontroli, zbierania danych epidemiologicznych i analizy statystycznej Państwowej Inspekcji Sanitarnej”. Wyniki kontroli posłużyły do analizy porównawczej sytuacji epidemiologicznej oraz realizacji procedur zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną w polskich szpitalach. Poniższą analizę, zawężono do szczegółowej charakterystyki danych dotyczących lokalnych sterylizatorni w kontrolowanych szpitalach.

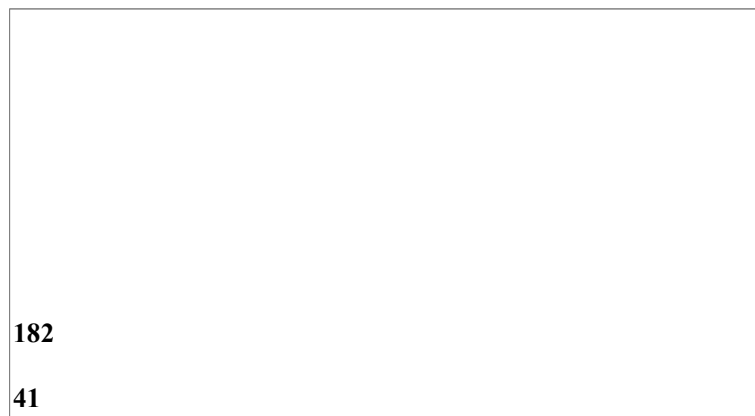
Jednym z podstawowych narzędzi kontroli zakażeń szpitalnych jest prawidłowa organizacja sterylizacji. Według definicji jest to proces w wyniku, którego zostają zniszczone wszystkie chorobotwórcze czynniki biologiczne oraz ich formy przetrwalnikowe przez zastosowanie czynników fizycznych i chemicznych. Sterylizacja ma zasadniczy wpływ na bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów, personelu medycznego oraz jakość procesu leczenia.

Warunki sanitarne dotyczące procesów sterylizacji w zakładach opieki zdrowotnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku 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.). Zgodnie z ww. rozporządzeniem w szpitalu należy zapewnić stałe zaopatrzenie w materiały sterylne.

3.1.1 Ogólna charakterystyka kontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej

Spośród 223 skontrolowanych szpitali 182 (81,6%) stanowiły publiczne zakłady opieki zdrowotnej i 41 (18,4%) niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (Ryc. 2).

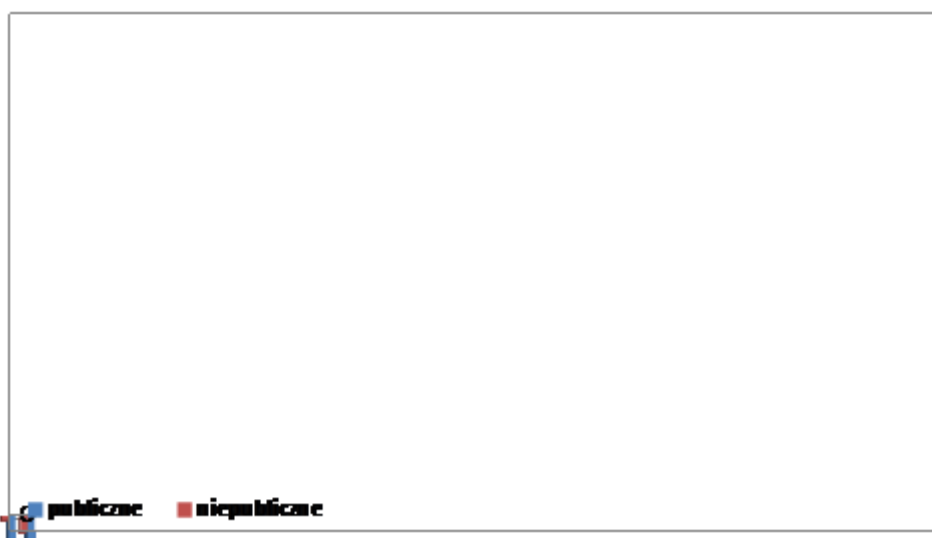


Ryc. 2 Charakterystyka kontrolowanych szpitali.

Kontrole wybranych szpitali przeprowadzone zostały we wszystkich 16 województwach.

Liczbę placówek ustalono w oparciu o następujące kryteria:

- posiadanie specjalności zabiegowej, niezabiegowej oraz lokalnej sterylizatorni,
- zarejestrowane szpitale na terenie danego województwa (Ryc. 3).



Ryc. 3 Charakterystyka kontrolowanych szpitali w podziale na województwa

3.1.2 Organizacja sterylizacji w kontrolowanych placówkach

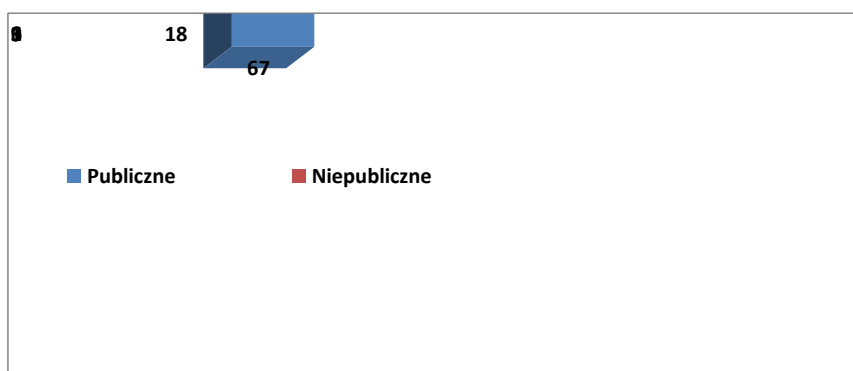
94 skontrolowane szpitale (42%) posiadają w swojej strukturze organizacyjnej tylko centralną sterylizatornię, 45 placówek (20%) tylko lokalną sterylizatornię, 10 szpitali (4%) procesy sterylizacji szpitalnej wykonuje w innym miejscu niż teren szpitala, na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym. 54 zakłady opieki zdrowotnej (24%) oprócz centralnej sterylizatorni mają w swojej strukturze organizacyjnej również lokalną sterylizatornię, 6 placówek (3%) procesy sterylizacji wykonuje we własnej lokalnej sterylizatorni jak również zleca je podmiotom zewnętrznym, 8 szpitali (4%) dysponuje centralną sterylizatornią i zleca wykonywanie procesów sterylizacji podmiotom zewnętrznym. 4 placówki (2%) oprócz centralnej i lokalnej sterylizatorni wykonują także procesy sterylizacji narzędzi i materiałów medycznych poza szpitalem na podstawie umowy z podmiotem zewnętrznym (Ryc. 4).



Ryc. 4 Organizacja sterylizacji w kontrolowanych placówkach

3.1.3 Stan techniczno - sanitarny lokalnych sterylizatorni

Spośród 109 skontrolowanych szpitali, które w swojej strukturze organizacyjnej posiadały lokalną sterylizatornię, szczegółowe informacje na temat lokalnej sterylizatorni uzyskano ze 104 szpitali. W pozostałych 5 placówkach przeprowadzenie kontroli nie było możliwe między innymi z uwagi na wyłączenie sterylizatorni z użytkowania na czas kapitalnego remontu, awarię sterylizatora i zamknięcie sterylizatorni. Stan techniczno-sanitarny w 85 placówkach (67 publicznych i 18 niepublicznych) pozostawał bez zastrzeżeń, w 11 szpitalach (8 publicznych i 3 niepublicznych) stwierdzono nieprawidłowości takie jak: uszkodzone płytki podłogowe, zacieki i zagrzybienia widoczne na ścianach, zniszczone ściany i podłogi korytarza, autoklawy z ubytkiem (odprowadzanie wody pokryte korozją), brak możliwości mycia i dezynfekcji rąk przy wejściu do strefy sterylnej, brak środka do dezynfekcji rąk, brak rękawiczek jednorazowego użytku, brak śluzy umywalkowo - fartuchowej, nieprofesjonalny sprzęt do sprzątnięcia, brak zaplecza magazynowego. W dwóch skontrolowanych szpitalach stan techniczny lokalnej sterylizatorni był zły, natomiast stan sanitarny pozostawał bez zastrzeżeń; w 3 szpitalach trwały prace remontowe (Ryc. 5).



Ryc. 5 Stan techniczno-sanitarny lokalnych sterylizatorni

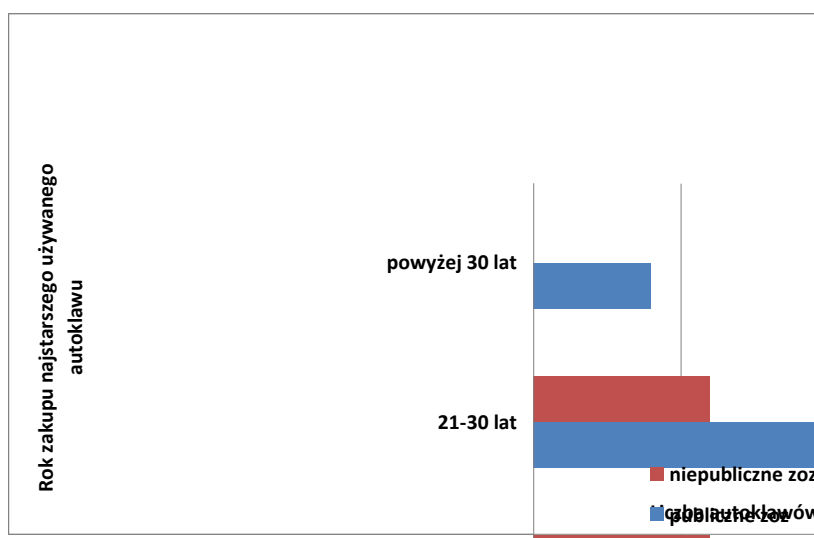
3.1.4 Struktura organizacyjna lokalnej sterylizatorni

Tylko w 33 (32%) ze 104 skontrolowanych szpitali lokalną sterylizatornię stanowił łącznie zespół pomieszczeń materiałów skażonych (przyjmowanie skażonego sprzętu oraz mycie i dezynfekcja), materiałów czystych (kontrola, konserwacja, przeprowadzanie testów, kompletowanie i pakowanie zestawów, załadunek i rozładunek sterylizatorów) oraz pomieszczenie lub wydzielone miejsce przeznaczone do magazynowania wysterylizowanego

materiału. W większości placówek sprzęt do sterylizacji przygotowywany był w oddziałach szpitalnych i gabinetach zabiegowych. Większość szpitali wyposażona była w urządzenia do manualnego mycia i dezynfekcji oraz w wydzielone stanowisko do higieny rąk. Mycie narzędzi w większej części szpitali odbywało się tylko ręcznie. Część placówek przygotowywała sprzęt zarówno ręcznie jak i automatycznie – przy użyciu urządzeń do maszynowego mycia. Przelotową myjnią-dezynfektorem między pomieszczeniem materiałów skażonych, a pomieszczeniem materiałów czystych dysponowało tylko 17 szpitali. Brak przelotowej myjni-dezynfektora wiązał się głównie z tym, że dana jednostka nie posiadała odpowiedniego pomieszczenia do zainstalowania takiej myjni.

3.1.5 Wyposażenie w sprzęt sterylizacyjny i kontrola procesów sterylizacji

W co najmniej jeden sterylizator parowy oraz w razie potrzeby sterylizator niskotemperaturowy, z wyjątkiem urządzeń na tlenek etylenu, zaopatrzonych było 13 (12,5%) szpitali ze 104 posiadających lokalną sterylizatornię. Pozostałe 91 (87,5%) szpitali dysponowało, co najmniej jednym sterylizatorem parowym, nie posiadało natomiast sterylizatora niskotemperaturowego. Większość publicznych zakładów opieki zdrowotnej (27 szpitali) najstarszy używany autoklaw zakupiło 11-20 lat temu. 17% publicznych zakładów opieki zdrowotnej i 36 % niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej nowe urządzenia zakupiło w ostatnich 5 latach (Ryc. 6).



Ryc. 6 Rok zakupu najstarszego używanego autoklawu

Kontrola procesów sterylizacji w większości szpitali przeprowadzana była prawidłowo i systematycznie przy użyciu wskaźników chemicznych wieloparametrowych i wskaźników biologicznych. Średnia ilość wysterylizowanych materiałów w ciągu doby określana była na podstawie zunifikowanych jednostek wsadu (*1 STE = jednostka wsadu: standardowa miara objętości wyrobów podlegających sterylizacji o wymiarach 300 mm x 300 mm x 600 mm równa 54 litrom, stosowana w sterylizacji*).

Na podstawie przeprowadzonych kontroli i analizy danych ukierunkowanych na lokalną sterylizatornię należy zwrócić uwagę na fakt, iż pomimo braku większych nieprawidłowości w organizacji procesów sterylizacji, duża liczba szpitali, szczególnie publicznych dysponuje nadal starym sprzętem, a procesy mycia narzędzi odbywają się przeważnie manualnie. W świetle powyższej analizy można wywnioskować również, iż istnieje konieczność opracowania aktów prawnych, które sformułowałyby jasno i ujednoliciły szczegółowe wymagania dla lokalnych sterylizatori. Obecnie polskie przepisy prawne koncentrują się jedynie na pomieszczeniach i urządzeniach centralnej sterylizatorni, której część polskich szpitali nie posiada.

II. Jakość wody przeznaczonej do spożycia

1. Wstęp

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 roku *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.) i ustawy z dnia 7 czerwca 2001 roku *o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków* (Dz. U. z 2006 r. Nr 123, poz. 858, z późn. zm.). Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku *w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz. U. z 2007 r. Nr 61, poz. 417). Badania jakości wody do spożycia wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z zapisami zawartymi w ustawie *o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków*.

Woda wykorzystywana do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia pochodzi z ujęć podziemnych i z ujęć powierzchniowych. Z ujęć powierzchniowych, najczęściej w kraju wykorzystywanych przez duże wodociągi, zaopatrywane są największe aglomeracje miejskie i przemysłowe, np. województwo śląskie, Warszawa czy Łódź. Woda taka ze względu na silne zanieczyszczenia wymaga stałego monitorowania wszystkich parametrów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku *w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi*.

Woda nadzorowana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej to woda określona w ustawie dotyczącej zbiorowego zaopatrzenia w wodę, a więc produkowana i dostarczana odbiorcom przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne. Zostały one zdefiniowane w ustawie o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę jako przedsiębiorca lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, prowadzące działalność gospodarczą w zakresie zbiorowego zaopatrzenia w wodę lub zbiorowego odprowadzania ścieków.

Podstawą nadzoru nad jakością wody dostarczanej konsumentom jest ocena zgodności z wymaganiami określonymi w ustawie i rozporządzeniu dotyczącym zbiorowego zaopatrzenia w wodę. W celu określenia czy spożywana woda jest czysta i bezpieczna dla zdrowia ludzkiego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej systematycznie dokonują oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Zadanie to wykonuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego na podstawie ustawy *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* oraz na podstawie ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków i rozporządzenia Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

W związku z uchwaleniem przez Radę Unii Europejskiej dyrektywy 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 roku *w sprawie jakości wody do spożycia przez ludzi* konieczne okazało się dostosowanie krajowych przepisów do prawa unijnego określających wymagania dla wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Zapisy dyrektywy mają na celu zapewnienie pełnej ochrony zdrowia ludzkiego przed szkodliwymi skutkami wszelkiego zanieczyszczenia wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Zostały one w pełni implementowane ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Załączniki 1 i 2 do rozporządzenia wyszczególniają parametry wymagające obowiązkowej kontroli ze względu na bezpośrednie zagrożenie zdrowotne. Natomiast załącznik 3 do rozporządzenia określa parametry mikrobiologiczne i chemiczne, niemające bezpośredniego wpływu na zdrowie, które jednak z uwagi na możliwość ich negatywnego wpływu przy długim czasie ekspozycji powinny być stale

monitorowane, a ich wartości nie powinny przekraczać dopuszczalnych określonych w rozporządzeniu.

W kraju mamy wg ewidencji 9388 wodociągów, w tym 4627 wodociągów produkujących poniżej 100m³ wody na dobę i odpowiednio 4089 wodociągów produkujących od 100 do 1000m³ wody na dobę, 609 produkujących wodę w zakresie od 1000 – 10 000m³ wody na dobę, 58 produkujących wodę w zakresie od 10 000 – 100 000m³ wody na dobę oraz 5 produkujących powyżej 100 000m³ wody na dobę.

Obecnie obowiązujące przepisy prawne, dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, nie obejmują w pełni swoim zakresem wszystkich podmiotów zajmujących się ujmowaniem, uzdatnianiem lub dystrybucją wody. Przepisy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków regulują jedynie zaopatrzenie w wodę prowadzone przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne prowadzące działalność gospodarczą zgodnie z przepisami o swobodzie działalności gospodarczej. W rzeczywistości zaopatrzeniem w wodę zajmują się także takie podmioty, jak szpitale ujmujące wodę z własnych ujęć, czy też gospodarstwa pomocnicze przy zakładach karnych, jednostkach wojskowych, czy szkoły. Podmioty te produkują wodę na potrzeby własne, ale zdarza się również, że sprzedają ją podmiotom zewnętrznym. W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2009 znajdowało się 2932 tego typu podmiotów.

2. Zaopatrzenie ludności w wodę

Ludność zaopatrywana była w wodę lepszej jakości, jeśli dostarczana była z wodociągów o większej wydajności. Jednostki pracujące z mniejszą wydajnością miały większe problemy z dostarczaniem odbiorcom odpowiedniej jakości wody. Średnio 93% mieszkańcom Polski dostarczano wodę o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w *sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz. U. z 2007 roku, Nr 61, poz. 417).

W 2009 roku w większości przypadków przekroczenia odnosiły się do żelaza i manganu, które są parametrami wskaźnikowymi i nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia konsumentów. Wpływają tylko niekorzystnie na właściwości organoleptyczne wody takie jak barwa czy smak. W przypadku przekroczeń mikrobiologicznych wodociąg jest natychmiast zamykany i zobowiązuje się przedsiębiorstwo do skutecznego poinformowania konsumentów o tym, że woda nie nadaje się do spożycia oraz zagwarantowania konsumentom

zastępczego źródła wody przeznaczonej do spożycia. W przypadku przekroczenia parametrów fizykochemicznych szkodliwych dla zdrowia, które w 2009 r. w większości przypadków dotyczyły azotanów - świadczą o wysokiej skali zanieczyszczenia wody na terenie kraju w skutek działalności rolniczej. Przekroczenia te były odnotowywane na terenie całego kraju. Jedynie województwo małopolskie i śląskie nie odnotowało ww. przekroczeń.

3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych

Woda jest niezbędna do utrzymania życia i musi być dostępna w zadowalającej jakości i ilości dla wszystkich konsumentów. Zasoby wodne powinny być chronione przed zanieczyszczeniem przed odchodami ludzkimi i zwierzęcymi, które mogą zawierać wiele chorobotwórczych bakterii, wirusów i pierwotniaków, a także helminty, czyli pasożyty jelitowe z grupy robaków. Ogólnie można stwierdzić, że największe ryzyko niesie za sobą spożycie wody zanieczyszczonej odchodami ludzkimi i zwierzęcymi. Niewystarczająca ochrona zasobów wodnych i nieskuteczne uzdatnianie wody naraża społeczeństwo na ryzyko chorób przewodu pokarmowego i innych chorób zakaźnych. Potencjalne konsekwencje mikrobiologicznego zakażenia wody są bardzo poważne, dlatego tak istotne znaczenie ma kontrola jakości wody⁶.

W celu stwierdzenia, że woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego stosuje się metody badań wody przeznaczonej do spożycia związane z wykryciem zanieczyszczeń fekalnych. Występowanie w wodzie mikroorganizmów bytujących zwykle w odchodach ludzi i zwierząt stałocieplnych wskazuje na obecność w wodzie zanieczyszczeń typu kałowego, a więc na możliwość występowania w wodzie organizmów chorobotwórczych, takich jak *Escherichia coli* i *Enterococcus (paciorkowce kałowe)*. Stanowią one swoisty wskaźnik zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody, dlatego ich dopuszczalne wartości zostały określone w załączniku 1 A do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2007 roku, Nr 61, poz. 417). Od tych parametrów nie może być żadnych odstępstw, muszą być one wypełnione bezwarunkowo, ponieważ stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia konsumenta.

W roku 2009 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru sanitarnego nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przeprowadziły zarówno analizy w kierunku

⁶ Zarząd Główny Polskiego Zrzeszenia Inżynierów – „Wytyczne WHO dotyczące jakości wody do picia. Tom I – Zalecenia”, Warszawa 1998

Escherichia coli jak i w kierunku stwierdzenia obecności w wodzie Enterokoków. Liczba przekroczeń obu wskaźników stanowiła niespełna 1 % w skali kraju. Spożywana woda w 99% była w zakresie mikrobiologii bezpieczna dla naszego zdrowia i w większości przypadków nie stanowiła dla konsumenta większego ryzyka zachorowania na choroby wodopochodne oraz posiadała odpowiednie właściwości zdrowotne.

4. Analiza przekroczeń parametrów

W załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2007 roku, Nr 61, poz. 417) określono szczegółowo dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa wody dla zdrowia konsumentów. W przypadku stwierdzenia w badaniach monitoringowych przekroczenia dopuszczalnych wartości określonych w zał. 2 do rozporządzenia, podmioty produkujące wodę mogą starać się przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej o udzielenie odstępstwa na dany parametr chemiczny. Ma to na celu umożliwienie podmiotom produkującym wodę stopniowej poprawy jakości wody i dochodzenia do wymaganych wartości. Naczelnym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed możliwymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi nieodpowiedniej jakości wody. Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku i zależy od:

- rodzaju substancji i jej specyficznych właściwości toksykologicznych,
- stężenia i stopnia przekroczenia stężenia dopuszczalnego,
- czasu ekspozycji na zwiększone stężenie danej substancji w wodzie przeznaczonej do spożycia,
- narażenia populacji na daną substancję z innych źródeł,
- współistniejącego narażenia na inne substancje toksyczne, zwłaszcza za pośrednictwem wody przeznaczonej do spożycia.

Ściśle nadzorowana i ograniczona w czasie procedura, ma zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do parametrów chemicznych, mających istotny wpływ na bezpieczeństwo wody dla zdrowia, wymienionych w załączniku nr 2 do rozporządzenia, a ponadto wyłącznie w sytuacji, gdy uzyskanie poprawy jakości wody nie jest możliwe w ciągu 30 dni. Z oczywistych powodów nie obejmuje ona wskaźników mikrobiologicznych, w przypadku

których nawet jednorazowe spożycie wody nie spełniającej wymagań, czyli zawierającej mikroorganizmy chorobotwórcze, może prowadzić do zachorowań.

Procedurze udzielania zgody na odstępstwo nie podlegają także parametry, dla których określono stężenia dopuszczalne nie z powodu zagrożenia dla zdrowia ludzi w razie ich przekroczenia, lecz z uwagi na możliwy niekorzystny wpływ na barwę, zapach lub mętność wody i tym samym ocenę jej jakości przez konsumentów.

W roku 2009 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły odstępstw na 6 parametrów określonych w załączniku 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w skali kraju. Największą liczbę przekroczeń wykazały azotany – 10 udzielonych odstępstw. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów znajdowały się azotyny i bor – 3; fluorki i nikiel – 2; a ponadto antymon – 1 udzielone odstępstwo.

Największa liczba udzielonych przez organy inspekcyjne zgód na odstępstwo w 2009 r. jak i w 2008 r. była przyznana w zakresie azotanów. Zanieczyszczenie wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi azotanami, jest wynikiem prowadzonej na terenie całego kraju działalności rolniczej. Należy jednak zwrócić uwagę, że pomimo niewielkiej liczby przekroczeń tego parametru, może on być jednak poważnym zagrożeniem dla noworodków i małych dzieci. Skażenie wody azotanami zachodzi poprzez przenikanie tych związków z pól uprawnych przenikają do gleby, a następnie do wód gruntowych i powierzchniowych. Z kolei produkcja i stosowanie nawozów fosforowych, powoduje uwalnianie fluoru do gleb i wód stanowiącego równie szczególne zagrożenie. Wody te stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, powodując u niemowląt methemoglobinemię i niedokrwistość. Są również źródłem nitrozoamin, związków o działaniu rakotwórczym i mutagennym. Dlatego monitoring jakości sanitarnej wody stanowi tak ważny aspekt w nadzorze nad jej bezpieczeństwem zdrowotnym.

W roku 2009 obserwowano również przekroczenia wartości parametrów takich jak azotyny, bor, fluorki, nikiel związanych z różnymi gałęziami przemysłu. Związki te powodują większość antropogenicznych zanieczyszczeń wód, toksycznie działają na środowisko i żywe organizmy. Liczba udzielonych odstępstw w zakresie tych parametrów w roku 2009 nie była wysoka, jednak podwyższone wartości metali w wodzie do spożycia od dopuszczalnych, powinny zwrócić uwagę przedsiębiorstw wodociągowych na konieczność podjęcia odpowiednich działań, dążących do zachowania lub przywrócenia wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi pełnej przydatności jakościowej i niezagrażającej zdrowiu, korzystającej z niej ludzi.

Wśród urządzeń o najmniejszej dobowej produkcji – poniżej 100m³ wody na dobę – zaznacza się wyższą liczbę przekroczeń podstawowych parametrów mających wpływ na zdrowie ludzi. Mając na uwadze, iż są to toksyczne czynniki, szczególnie ważny jest ich monitoring w wodzie spożywanej przez ludzi. Urządzeń wodociągowych tej kategorii jest najwięcej – ich zewidencjonowana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej liczba w roku 2009 wyniosła 4627. Jakość wody skontrolowano w łącznie 4588 przedsiębiorstwach produkujących wodę w najmniejszej ilości.

Na 4089 ewidencjonowanych wodociągów o produkcji 100 m³-1000m³ wody na dobę skontrolowano 4079 z nich.

Wodociągi produkujące wodę w ilości 10 000–100 000m³/dobę, w sumie 58 ewidencjonowanych urządzeń produkujących wodę, znajdują się w prawie wszystkich województwach. Największa ich liczba, bo aż 13 znajduje się na obszarze Śląska. Przeprowadzone przez stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach nadzoru sanitarnego analizy jakości wody przeznaczonej do spożycia w zakresie parametrów określonych w załączniku nr do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi nie wykazywały przekroczeń, w związku z czym przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne nie występowały do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o udzielenie odstępstwa.

W roku 2009 pięć największych wodociągów, o wydajności powyżej 100 000 m³/dobę, dostarczało wodę na terenie województw: mazowieckiego (2 wodociągi), małopolskiego, śląskiego i wielkopolskiego. W tej kategorii urządzeń w odniesieniu do załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia nie odnotowano przekroczeń parametrów i nie udzielano odstępstw.

5. Wnioski

Dane za rok 2009 wyraźnie wskazują, że, analogicznie jak w latach poprzednich, przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty produkujące wodę w ilości poniżej 1000 m³/dobę dostarczają swoim odbiorcom niejednokrotnie wodę nieodpowiadającą wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, zarówno pod względem mikrobiologicznym, jak i fizyko-chemicznym. Przede wszystkim jednak należy zwrócić uwagę na fakt, że w odniesieniu do podstawowych wymagań, jakie określiła w swoich

przepisach Unia Europejska, a które zostały implementowane do naszych przepisów krajowych, woda dostarczana przez wodociągi o najmniejszej dobowej wydajności stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia konsumentów z uwagi na wysoką liczbę przekroczeń parametrów określonych w załącznikach 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi*. Ponieważ za jakość wyprodukowanej wody odpowiada producent, czyli przedsiębiorstwo wodociągowo-kanalizacyjne lub podmiot spełniający taką rolę zgodnie z ustawą o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków, zobowiązany jest on zapewnić wszystkim swoim odbiorcą wodę o właściwych parametrach, bezpieczną dla zdrowia ludzkiego. Woda ujmowana i dystrybuowana w tej grupie przedsiębiorstw wymaga stałego monitorowania, aby ich odbiorcy mieli zapewnioną dobrą jakość wody o składzie i parametrach świadczących o jej dobrych walorach zdrowotnych.

Aby zapewnić wymaganą jakość wody do spożycia i na potrzeby gospodarcze, bezpieczną dla zdrowia konsumentów, często niezbędne jest stosowanie niekonwencjonalnych i wysoko efektywnych procesów, np. membranowych, a także starannej i profesjonalnej eksploatacji układu oczyszczania wody, z czym niewątpliwie najmniejsze przedsiębiorstwa wodociągowe nie mogą sobie poradzić. Z roku na rok obserwuje się, że te tzw. „małe” wodociągi są włączane do większych jednostek, stąd też, według danych statystycznych, liczba wodociągów zaopatrujących ludność w wodę corocznie spada. Wzrasta natomiast świadomość konsumentów na temat wymagań, jakie powinna spełniać bezpieczna i „zdrowa” woda do spożycia, przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne podnoszą jakość świadczonych usług, starając się zapewnić dostarczenie produktu o jak najwyższej jakości. Z uwagi na wysokie możliwości finansowe przedsiębiorstw wodociągowych i kanalizacyjnych produkujących powyżej 10 000m³ wody na dobę, mogą one prowadzić procesy oczyszczania gwarantujące skuteczność i efektywność w zapewnieniu odpowiedniej jakości wody.

W roku 2009 średnio 93 % mieszkańców piło wodę o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2007 roku, Nr 61, poz. 417).

W roku 2009 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w skali kraju udzieliły odstępstw na 6 parametrów określonych w załączniku 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Największą liczbę przekroczeń wykazały azotany, aż 10 udzielonych odstępstw, ponadto udzielono odstępstw na

następujące parametry: azotyny i bor – 3; fluorki i nikiel – 2 oraz antymon – 1 udzielone odstępstwo.

Wysoka liczba udzielonych przez organy inspekcyjne w roku 2009 zgód na odstępstwo w zakresie azotanów świadczy o wysokiej skali zanieczyszczenia spożywanej wody na terenie kraju w skutek działalności rolniczej, a przez to wiąże się z możliwym zagrożeniem zdrowia ludzi w szczególności niemowląt i małych dzieci.

III. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego

1. Informacje wstępne

Naturalny skład powietrza atmosferycznego ulega ciągłym zmianom na skutek działalności człowieka. Nie są to zmiany korzystne. Do powietrza wprowadzane są zanieczyszczenia o różnym stopniu szkodliwości i toksyczności. Powodują one znaczne zmiany w funkcjonowaniu ekosystemów, działają szkodliwie na człowieka, zwierzęta i rośliny. W celu zachowania dziedzictwa przyrody dla następnych pokoleń oraz utrzymania zdrowia populacji potrzebna jest działalność ogółu społeczeństwa na rzecz ograniczania emisji zanieczyszczeń do powietrza atmosferycznego.

Ocena stanu zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego została opracowana na podstawie zbiorów danych przekazanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne do Głównego Inspektoratu Sanitarnego. W 2009 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne prowadziły pomiary emisji zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego z 2005 r. powstałymi w oparciu o porozumienie z 2005 r. między Głównym Inspektorem Sanitarnym a Głównym Inspektorem Ochrony Środowiska, które wygasło z końcem 2009 r. Sieć monitoringu stężenia pyłu, dwutlenku siarki i dwutlenku azotu obejmowała 220 gmin (ponad 200 miast oraz większość uzdrowisk).

Zgromadzone dane zostały zweryfikowane i opracowane w oparciu o dopuszczalne wartości stężeń określone w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia z dnia 3 marca 2008 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. Nr 47, poz. 281).

Wyniki stężeń substancji nieuwzględnionych w ww. rozporządzeniu porównano z wartościami stężeń zamieszczonymi w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia

5 grudnia 2002 r. w sprawie wartości odniesienia dla niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. z 2003 r., Nr 1, poz. 12).

Z wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych przesłano do Głównego Inspektoratu Sanitarnego dane z 248 stacji pomiarowych zawierające w sumie 158 808 wyników pomiarów stężeń zanieczyszczeń.

2. Ogólna ocena poziomu zanieczyszczenia powietrza

Pyły powszechnie uznawane są za mało groźne zanieczyszczenie. W rzeczywistości jednak stanowią poważny czynnik chorobotwórczy. W zależności od rodzaju oraz rozdrobnienia pył może opadać swobodnie w powietrzu (pył opadający) lub też utrzymywać się przez długi czas w postaci zawieszonyj (pył zawieszony). Źródłem pyłu jest w głównej mierze przemysł, transport oraz spalanie paliw stałych.

Stopień szkodliwości pyłów dla zdrowia człowieka zależy od średnicy ziaren pyłu. Za najbardziej szkodliwe uznawane są pyły, które mogą przedostawać się najgłębiej, aż do pęcherzyków płucnych. Toksyczność pyłu uzależniona jest też od jego rodzaju np. pył azbestowy, pył substancji toksycznej itp. Za granicę szkodliwości przyjęto wymiary ziaren pyłu poniżej 10 μm . W ostatnich latach coraz większą wagę przywiązuje się do pomiarów stężenia frakcji pyłu o wymiarach ziaren poniżej 2,5 μm . Pyły drobne są dodatkowo niebezpieczne, ponieważ są nośnikami bardzo toksycznych metali ciężkich oraz wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych (WWA – określanymi jako substancje rakotwórcze), a nawet tlenków siarki, azotu, tlenku węgla, itp. Z tych względów uznaje się, że spośród wszystkich zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego zanieczyszczenia pyłowe stanowią obecnie największy problem zdrowotny.

Stopień niebezpieczeństwa, jaki powoduje narażenie na poszczególne pyły, zależy również od ich składu chemicznego i mineralogicznego.

2.1 Pył zawieszony PM10

Ta frakcja pyłu zawieszonyj jest obecnie podstawowym wskaźnikiem zanieczyszczenia powietrza pyłami na obszarze Unii Europejskiej. Wartości dopuszczalne ustanowione w Polsce są zgodne z dyrektywami unijnymi. Przy ocenie zdrowotnej jakości powietrza kierowano się docelowymi wartościami dopuszczalnymi: 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ dla średniego

rocznego stężenia oraz $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ dla stężenia 24-godzinnego z możliwością przekraczania tej wartości 35 dni w ciągu roku. Pomiary stężenia 24h pyłu PM10 wykonywano na 94 stanowiskach, na terenie 16 województw. Na 13 stanowiskach odnotowano przekroczenie dopuszczalnej normy średniorocznej.

Liczba wyników ogółem wyniosła 28 900; liczba wyników przekraczających wartość $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ – 3 330 (11,5 %). Średnie roczne stężenie wahało się od $7,8 \mu\text{g}/\text{m}^3$ do $59,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.2 Pył zawieszony – pomiary reflektometryczne

Oceny za 2009 rok dokonano na podstawie 30 855 danych ze 139 stanowisk pomiarowych zlokalizowanych na terenie 12 województw i 130 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

Na 14 stanowiskach pomiarowych, działających na terenie 12 jednostek administracyjnych, liczba dni w roku ze stężeniem 24h przekraczającym wartość $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ była wyższa od 35 (wartość dopuszczalna).

2.3 Dwutlenek siarki

Dwutlenek siarki jest jednym z głównych wskaźników zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego. Jest on wytwarzany podczas palenia wszystkich substancji zawierających siarkę. W praktyce głównym jego źródłem są elektrownie i ciepłownie opalane węglem kamiennym lub brunatnym. Wytwarzają one w przybliżeniu tyle samo gazu, co wszystkie pozostałe piece i paleniska przemysłowe i domowe razem wzięte.

Dwutlenek siarki wchłania się do organizmu człowieka głównie drogą oddechową, powodując uszkodzenia dróg oddechowych i kurczenie się oskrzeli, a w konsekwencji wzrost oporów przepływu powietrza w drogach oddechowych.

Oceny za 2009 rok dokonano na podstawie 35 514 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego ze 169 stanowisk pomiarowych zlokalizowanych na terenie 11 województw.

Wartości średniego rocznego stężenia wahały się od wartości poniżej oznaczalności do $49,8 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Na pozostałych obszarach stężenie średnie roczne nie przekroczyło wartości $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.4 Dwutlenek azotu

Tlenki azotu w warunkach naturalnych powstają podczas wyładowań atmosferycznych. Współcześnie są wytwarzane w wielu różnych procesach przemysłowych, przede wszystkim przy spalaniu w wysokich temperaturach. Obecne w powietrzu mają udział w tworzeniu tzw. kwaśnych deszczów. Odrębne źródło tlenków azotu o bezpośrednim zagrożeniu zdrowia ludzkiego wiąże się z rozwojem motoryzacji – w miastach stanowi ona główne ich źródło emisji.

Oceny za 2009 rok dokonano na podstawie 35 746 pomiarów 24-godzinnych wykonanych na 162 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 12 województw i 140 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach. Średnie roczne stężenie wahało się od $1,9\mu\text{g}/\text{m}^3$ do $43,2\mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.5 Benzen, ołów, kadm, nikiel

2.5.1 Benzen

Oceny za 2009 rok dokonano na podstawie 2 401 wyników pomiarów 24-godzinnych wykonanych na 35 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 5 województw i 27 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach. Średnie roczne stężenie wahało się od $1,0\mu\text{g}/\text{m}^3$ do $3,7\mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.5.2 Ołów

Pyły kadmu, ołowiu i niklu mogą bardzo toksycznie oddziaływać na poszczególne ośrodki organizmu ludzkiego wywołując różnorodne schorzenia. Charakteryzują się one dużą aktywnością w stosunku do cieczy biologicznych.

Oceny za 2009 rok dokonano na podstawie 8 883 wyników pomiarów (24-godzinnych oraz z prób zbiorczych) wykonanych na 67 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 16 województw i 71 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach. Wartości średniego rocznego stężenia wahały się od $0,002\mu\text{g}/\text{m}^3$ do $101\mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.5.3 Kadm

Do oceny wykorzystano dane z 66 stanowisk zlokalizowanych na terenie 16 województw i 71 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach. Wykonano 8 789 pomiarów. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $0,02\mu\text{g}/\text{m}^3$ do $6,9\mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.5.4 Nikiel

Do oceny wykorzystano dane z 64 stanowisk zlokalizowanych na terenie 15 województw. Wykonano 8 720 pomiarów. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $0,3\mu\text{g}/\text{m}^3$ do $42,1\mu\text{g}/\text{m}^3$.

3. Podsumowanie i wnioski

Na podstawie przedstawionych wyników można sformułować następujące wnioski dotyczące zmian poziomu zanieczyszczenia powietrza w Polsce w roku 2009:

- w porównaniu do stanu z 2008 r. obniżył się średni poziom niemal wszystkich badanych wskaźników jakości powietrza,
- obniżenie poziomu zanieczyszczeń pyłowych można uznać za istotne z punktu widzenia ryzyka zdrowotnego,
- w dalszym ciągu wartości stężenia średniego rocznego i wartości stężenia 24h zanieczyszczeń pyłowych oraz wartości stężenia średniego rocznego dwutlenku azotu przekraczają w wielu miastach poziomy dopuszczalne.

Najwyższy poziom zanieczyszczenia powietrza zanotowano w 2009 r., tak jak i w latach poprzednich na terenie województwa śląskiego, pomimo ograniczenia programu monitoringowego do badań zanieczyszczeń pyłowych. Wynika to z dużej koncentracji przemysłowych i energetycznych źródeł emisji w tym rejonie, przede wszystkim z kopalni i elektrowni.

W świetle aktualnych standardów jakości powietrza najpoważniejszy problem aerosanitarny stwarzają w Polsce zanieczyszczenia energetyczne. Najwyższe wartości stężenia zanieczyszczeń energetycznych występują w okresach z ujemną temperaturą powietrza, niską prędkością wiatru i brakiem opadów atmosferycznych.

Stwierdza się w dalszym ciągu przekroczenie wartości odniesienia dla takich substancji jak: ołów, kadm, nikiel.

IV. 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 2009 roku zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych w m. in. 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) warunków zabudowy i zagospodarowania terenu,
 - dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
 - przedsięwzięć przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach zgody na realizację przedsięwzięcia, zwanej dalej "decyzją o środowiskowych uwarunkowaniach",
 - wniosków dotyczących konieczności wykonania raportu o oddziaływaniu inwestycji na środowisko i jego zakresu na etapie uzyskiwania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach,
 - odstępstw od przepisów określających warunki techniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy (m.in. w zakresie wysokości pomieszczeń, zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego i inne),
 - obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ.

Uzgodnianie lub opiniowanie pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych przedsięwzięć dotyczyło takich obiektów jak np. obiekty handlowe, obiekty przemysłowe, 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 oparciu o ustawę 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.) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w trybie art. 106 Kodeksu postępowania administracyjnego, zajmowały stanowisko przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko.

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.

Mając na uwadze konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu, przy zajmowaniu stanowisk, w ramach sprawowanego zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, m. in. w aspekcie wartości dopuszczalnych i wymaganych wskaźników poziomów substancji, stężeń i natężeń czynników szkodliwych określonych w obowiązujących przepisach prawa dotyczących środowiska życia ludzi, zwracały uwagę na:

- na oddzielenie obszarów przeznaczonych pod budownictwo mieszkaniowe od obszarów przemysłowych, w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania zabudowy przemysłowej na otoczenie,
- zapewnienie właściwej gospodarki wodno - ściekowej, w tym zaopatrzenie ludności w wodę do picia o odpowiedniej jakości i ilości,
- prawidłowe usuwanie, gromadzenie i unieszkodliwianie odpadów (w tym szczególnie niebezpiecznych) w sposób nie zagrażający życiu i zdrowiu ludzi,
- zabezpieczenie ludzi przed uciążliwością związaną z hałasem (lotniska, miejska komunikacja, zakłady usługowe, przemysłowe, itp.) poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań technicznych, takich jak ekrany akustyczne czy okna o podwyższonej izolacyjności akustycznej;

- ochronę ludzi przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym oraz jonizującym poprzez zastosowanie np. odpowiednich osłon;
- zabezpieczenie ludzi przed wpływem zanieczyszczeń emitowanych do powietrza przez uciążliwe zakłady poprzez zastosowanie odpowiednich urządzeń, takich jak emitory i urządzenia pochłaniające substancje szkodliwe dla zdrowia;
- zagwarantowanie odpowiednich warunków pobytu ludzi w budynkach poprzez zastosowanie m.in. odpowiednich i bezpiecznych pod względem zdrowotnym materiałów budowlanych, a także zapewnienie prawidłowej funkcji oraz programu pomieszczeń z punktu widzenia wymagań sanitarnohigienicznych;
- zapewnienie odpowiednich warunków higienicznych i zdrowotnych pracy osobom zatrudnionym w zakładach pracy.

W 2009 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- wydały 179 268 uzgodnień i opinii sanitarnych, tj. o ok. 8 % mniej niż w 2008 r. (2008 r. - 194 407), w tym pozytywnych 132 713 (2008 r. – 185 252) tj. o ok. 28% mniej niż w 2008 r.;
- uzgodniły 2 467 planów zagospodarowania przestrzennego, tj. o ok. 8% mniej niż w 2008 r. (2008 r. – 2 683);
- zajęły stanowiska przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach w 22 494 przypadkach (w 2008 r. -15 612) tj. o ok. 44% więcej niż w 2008 r., w tym w 22 194 przypadkach – pozytywne, tj. o ok. 43% więcej niż w 2008 r. (w 2008 r.- 15 487);
- dokonały 14 028 uzgodnień dokumentacji projektowych inwestycji, tj. o ok. 6% mniej niż w 2008 r. (2008 r. –14 944), w tym pozytywnych 13 543 (2008 r. –14 765) tj. o ok. 8 % mniej niż w 2008 r.;
- wydały 13 164 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. 320% więcej niż w 2008 r. (2008 r. – 4 108);
- skontrolowały pod względem sanitarnohigienicznym 22 585 inwestycji tj. o ok. 7% mniej niż w 2008 r. (w 2008 r. – 24 327), wydając w tym zakresie stosowne opinie lub decyzje, w tym pozytywnych 22 109, tj. o ok. 5 % mniej niż w 2008 r. (w 2008 r. – 23 179). w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektów

budowlanych, a także w 21 przypadkach zgłoszone zostały sprzeciwy wobec dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania;

- dokonały ogółem 27 674 kontroli i wizji lokalnych, tj. o ok. 1% więcej niż w 2008 r. (2008 r. – 27 356), w tym obiektów w trakcie budowy – 2 467, tj. o ok. 4% mniej niż w 2008 r. (w 2008 r. – 2 558) w związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.

Liczba wydanych w 2009 r. przez rzeczoznawców ds. sanitarnohigienicznych opinii wyniosła 40 612, tj. o ok. 10% mniej niż w 2008 r. (w 2008 r. – 45 151), w tym 36 798 pozytywnych tj. o ok. 8% mniej niż w 2008 r. (2008 r. - 45 094).

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez organa Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizuje ustawowe obowiązki i zadania w zakresie ochrony zdrowia publicznego poprzez opiniowanie lub uzgadnianie pod względem sanitarnohigienicznym: projektów planów zagospodarowania, przedsięwzięć przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych, wniosków dotyczących konieczności wykonywania raportu oddziaływania inwestycji na środowisko i jego zakresu, odstępstw od przepisów określających warunki techniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również obiektów budowlanych przekazywanych do użytkowania.

Stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajmowane są wyłącznie na wniosek zainteresowanych 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 2009 r. zaobserwowano spadek ogólnej liczby zajmowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowisk o ok. 28% w stosunku do 2008 r. Obserwuje się tendencję spadkową w stosunku do lat ubiegłych.

Liczba wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej opinii dotyczących planów zagospodarowania przestrzennego nieznacznie zmalała (8%) w stosunku do 2008 r. i jest na poziomie 2007 r.

W 2009 r. liczba zajętych stanowisk w związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie nadzoru zapobiegawczego (kontrole i wizje lokalne, w tym obiektów w trakcie budowy) utrzymała się na poziomie poprzedniego roku.

Zanotowano 44% wzrost liczby dokonanych uzgodnień przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach w stosunku do 2008 r.

Liczba opinii sanitarnych o dokumentacjach projektowych, wydanych w 2009 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, działających w oparciu o uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego spadła w stosunku do 2008 r. o ok. 10% i była na poziomie 2007 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.

V. Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej i kąpielisk

1. Wprowadzenie

W 2009 roku kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 88 482 obiektach użyteczności publicznej spośród 113 782 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 35 134 obiektów spośród 44 403 ujętych w ewidencji,
- hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie – skontrolowano 8420 obiektów spośród 10 457 ujętych w ewidencji
- ustępy publiczne – przeprowadzono kontrolę ogółem w 2379 obiektach,
- pozostałe, znacznie mniej liczne grupy obiektów będące pod nadzorem sanitarnym:
 - domy pomocy społecznej – skontrolowano 1384 obiekty,

- noclegownie – skontrolowano 205 obiektów,
- przejścia graniczne – skontrolowano 48 obiektów,
- tereny rekreacyjne – skontrolowano 10 623 obiektów,
- inne obiekty użyteczności publicznej, nie należące do żadnej z wymienionych wyżej kategorii – skontrolowano 21 161 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 2009 roku przeprowadzono 2379 kontrole sanitarne w ustępach publicznych w celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego ww. obiektów.

Należy zauważyć, że we wszystkich województwach zostały skontrolowane niemal wszystkie obiekty tej grupy znajdujące się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W skontrolowanych toaletach stwierdzono brak kabiny przystosowanej dla osób niepełnosprawnych, wentylacji, jak również stwierdzono brak wody. Sposób odprowadzania ścieków organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w skontrolowanych ustępach oceniły także jako niewłaściwy.

3,3% skontrolowanych toalet miało niewłaściwy stan sanitarno-porządkowy, natomiast 2,8% niewłaściwy stan sanitarno-techniczny. Oceniono również stan sanitarno-porządkowy terenu wokół ustępów.

Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami były:

- zły stan sanitarno-higieniczny ścian, sufitów, kabin, urządzeń sanitarnych,
- zły stan techniczny podłóg i ścian,
- uszkodzona lub niekompletna armatura sanitarna,
- brak środków czystości i dezynfekcyjnych,
- brak środków higieny (papieru toaletowego, ręczników jednorazowego użytku),
- brak kabiny przystosowanej do potrzeb osób niepełnosprawnych o przestrzeni manewrowej (1,5m x 1,5m) oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych,
- brak wpustów kanalizacyjnych podłogowych z syfonem oraz armatury czerpalnej ze złączką do węża w pomieszczeniach z pisuarem lub mających więcej niż 4 kabiny

ustępowe,

- brak oddzielnych przedsionków ze ścianami pełnymi na całą wysokość pomieszczenia,
- brak ciepłej wody w umywalkach lub brak wody,
- brak lub niesprawna wentylacja,
- niewłaściwe przechowywanie odpadów,
- zniszczona stolarka drzwiowa,

2.2 Domy pomocy społecznej

Spośród 1509 domów pomocy społecznej będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2009 roku skontrolowano 1384 obiektów (91,7%). Blisko dwie trzecie z nich stanowiły obiekty znajdujące się w miastach (969 obiekty), na wsi natomiast zlokalizowane były 540 obiektów. Odsetek obiektów skontrolowanych na terenach wiejskich wyniósł 91,8%, natomiast w mieście skontrolowano 91,5% obiektów tej grupy. Procentowy udział obiektów ze złym stanem sanitarnym był zbliżony w obu grupach (5% i 4,8%). Ogółem w skali kraju niezadowolający stan sanitarny stwierdzono w przypadku 67 skontrolowanych domów pomocy społecznej, co stanowiło 4,8% objętych kontrolą placówek tej grupy.

W omawianej grupie placówek przeważają obiekty zapewniające całodobową opiekę, całodzienne wyżywienie, często także oferujące udział w programach rehabilitacyjnych i terapii zajęciowej. Ogólnie stan sanitarny obiektów tej kategorii był oceniany pozytywnie. Najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny: pomieszczeń mieszkalnych, ciągów komunikacyjnych, toalet ogólnodostępnych, toalet przy pomieszczeniach mieszkalnych, wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych, pomieszczeń do przechowywania brudnej bielizny. Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami w stanie sanitarno-technicznym skontrolowanych placówek były: zniszczone i brudne ściany oraz sufity, uszkodzona stolarka okienna i drzwiowa, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń.

Spośród skontrolowanych domów pomocy społecznej, część obiektów nie prowadzi dezynfekcji kocy, kołder, poduszek i materacy oraz nie prowadzi prawidłowo gospodarki odpadami medycznymi. Na ogół nie stwierdzano zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości placówek i ich otoczenia.

2.3 Obiekty świadczące usługi hotelarskie – hotele, obiekty czasowo-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 czasowe, 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 2009 roku w ewidencji znajdowały się 10 457 obiekty tej grupy, z czego kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 8420 (80,5%). Negatywnie oceniono stan sanitarny 265 skontrolowanych obiektów (3,2%).

Podstawowymi elementami uwzględnianymi przy ocenie stanu sanitarnego placówek świadczących usługi hotelarskie było: zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia, odprowadzenie ścieków bytowo-gospodarczych, gospodarka odpadami komunalnymi, sprawność wentylacji pomieszczeń i ich właściwe oświetlenie, stan stolarki budowlanej i wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych, sanitariatów i ciągów komunikacyjnych, zaopatrzenie i właściwe przechowywanie środków czystości i preparatów dezynfekcyjnych, dbałość o stan bieżącej czystości i higieny pomieszczeń mieszkalnych i sanitariatów oraz terenu wokół obiektu.

Wśród ogółu objętych kontrolą sanitarną obiektów hotelarskich najliczniejszą grupę stanowiły placówki zdefiniowane jako inne obiekty świadczące usługi hotelarskie (63%). Drugą co do liczebności grupą były hotele (22,4%). Pozostałe podgrupy obiektów były mniej liczne, a ich udział w ogólnej liczbie skontrolowanych obiektów świadczących usługi hotelarskie wynosił: schronisk i pól biwakowych – 5,2%, pensjonatów – 4,2%, moteli – 2,3%, kempingów – 2,1%, domów wycieczkowych – 0,5%.

W 2009 r. przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego 1889 hoteli, co stanowiło 93,6% obiektów tej grupy pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Przeważały wśród nich obiekty znajdujące się na terenie miast (1430 hoteli – 93,7% ogółu skontrolowanych). Jako nieodpowiedni oceniono stan sanitarny w 2,6% 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 województwach dolnośląskim (27 obiekty – 15% skontrolowanych).

Powodem negatywnej oceny był najczęściej niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, sufitów i podłóg w pomieszczeniach mieszkalnych, sanitariatach i ciągach komunikacyjnych, nieprawidłowości w gospodarce odpadami komunalnymi, nieprawidłowości w postępowaniu z bielizną brudną i czystą, niewystarczająca ilość środków czystości i sprzętu porządkowego, niewystarczająca dbałość o stan bieżącej czystości pomieszczeń.

W sześciu województwach – podlaskim, lubelskim, opolskim, świętokrzyskim, śląskim, lubuskim – stan sanitarny wszystkich skontrolowanych hoteli oceniony został pozytywnie.

Analogiczne kryteria oceny stanu sanitarnego odnoszą się do pozostałych obiektów hotelarskich. Ogólnie biorąc w grupach rodzajowych obejmujących mniej liczne obiekty, stan sanitarny oceniany był nieco lepiej w porównaniu z hotelami. Dotyczyło to:

- moteli – spośród skontrolowanych 191 moteli zły stan sanitarny stwierdzono w 1 obiekcie (0,5%).
- pensjonatów – na 352 placówek, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 13 obiektach (3,6%) oceniono stan sanitarny jako nieprawidłowy,
- kempingów – z ocenianych pod względem sanitarnym 176 obiektów w 5 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 – 25 skontrolowanych i ocenionych pozytywnie, zachodniopomorskie – 11),
- domów wycieczkowych – 1 ze skontrolowanych 46 obiektów nie spełniały wymagań sanitarnych (2,2%).

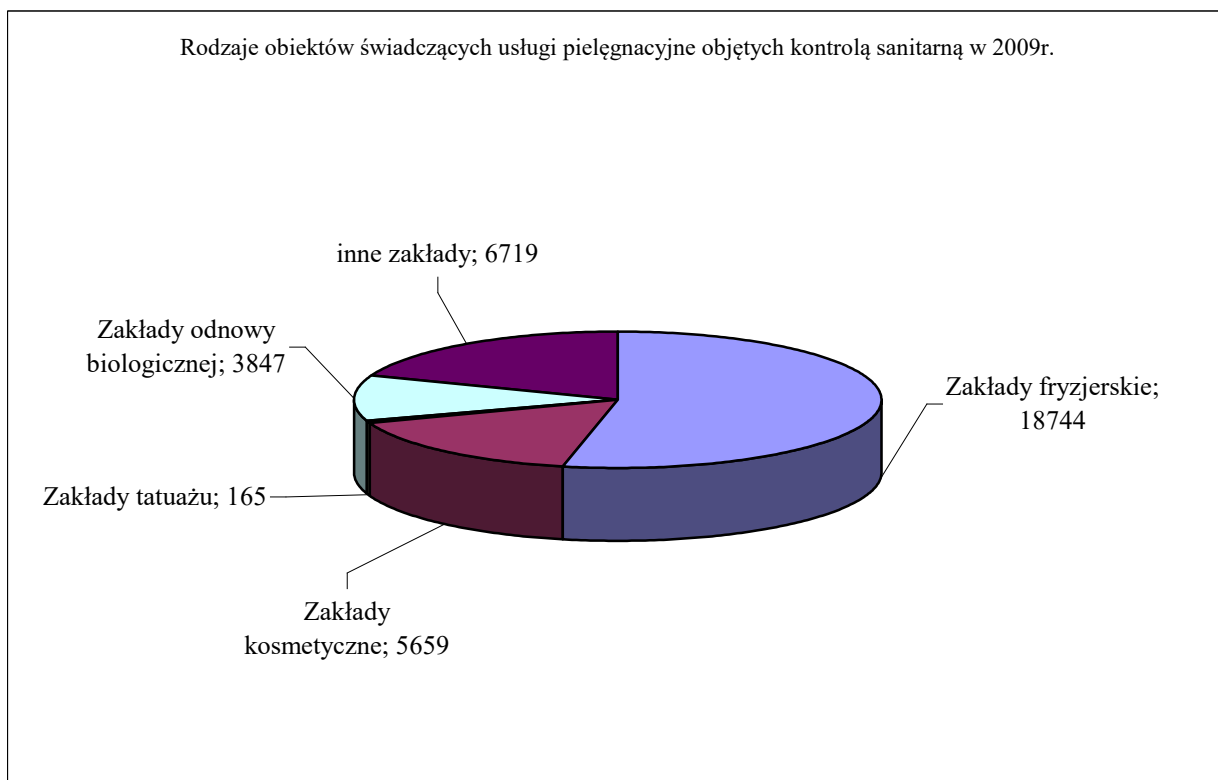
W przypadku odrębnej podgrupy, jaką stanowią schroniska i pola biwakowe, zastrzeżenia budził stan sanitarny 14 spośród 440 skontrolowanych placówek.

Wszelkie obiekty hotelarskie inne niż wymienione zaliczono do odrębnej grupy, w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmującej 6987 obiektów. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono łącznie w 5326 obiektach (76%) należących do tej grupy. W przypadku 182 placówek (3%) stan sanitarny został oceniony jako niezadowalający.

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 44 403 obiektów w 2009 roku kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 35 134 zakładach (79,1%). Negatywnie pod względem sanitarnym oceniono łącznie 1313 skontrolowane obiekty (3,7%). Porównując powyższe wskaźniki z danymi z roku wcześniejszego – 882 (2,5%) zakładów ocenonych negatywnie – należy zwrócić uwagę na wzrost liczby obiektów o złym stanie sanitarnym.

Wśród skontrolowanych obiektów omawianej grupy przeważały zakłady fryzjerskie (67,6%). Drugą co do liczebności podgrupą były zakłady świadczące łącznie więcej niż jedną z usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej stanowiące 24,1% skontrolowanych. Mniej liczne były zakłady kosmetyczne (20,7%), zakłady odnowy biologicznej (13,6%) oraz zakłady tatuażu 0,6%.



W kategorii *inne zakłady* mieszczą się zakłady gdzie są świadczone łącznie więcej niż jedna z usług fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej i tatuażu.

Ocena sanitarna każdej z powyższych kategorii przedstawiała się następująco:

- a) zakłady fryzjerskie – kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 18744 zakładach (79,2%) pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej), oceniając go negatywnie w 738 przypadkach (3,9% skontrolowanych),
- b) zakłady kosmetyczne – kontrolą stanu sanitarnego objęto 5659 spośród 7282 obiektów ujętych w ewidencji (77,7%) uznając za nieodpowiedni stan 169 zakładów (3%).
W placówkach tych niezwykle istotne jest wyposażenie w sprzęt jednorazowy, zapewnienie odpowiedniej sterylizacji sprzętu naruszającego ciągłość tkanek oraz właściwego postępowania z odpadami niebezpiecznymi, stosowanie preparatów kosmetycznych z aktualną datą ważności, zaopatrzenie w środki czystości i preparaty dezynfekcyjne,
- c) zakłady tatuażu – stanowiły niewielką grupę skontrolowanych zakładów – 165 obiektów (82,1% ujętych w ewidencji). W zakładach tych największe znaczenie ma stosowanie sterylnego sprzętu oraz prawidłowa jego sterylizacja i postępowanie z odpadami niebezpiecznymi. Z powodu uchybień w tym zakresie negatywnie oceniono stan 16 obiektów (9,7% skontrolowanych),
- d) zakłady odnowy biologicznej – świadczące usługi z zakresu pielęgnacji ciała i oferujące zabiegi relaksacyjne, ujędrniające, oczyszczające, wzmacniające mięśnie, odchudzające i modelujące sylwetkę, masażu, aerobiku i fitness – spośród 3847 obiektów tej grupy objętych kontrolą za niezadowalający uznano stan sanitarny 116 obiektów (3%),
- e) zakłady świadczące łącznie więcej niż jedną z usług fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej i tatuażu – w grupie tej skontrolowano 6719 obiektów spośród 8483 będących w ewidencji (79,2%). Za niezadowalający uznano stan 274 obiektów (4% skontrolowanych).

Do najczęstszych uchybień stwierdzanych w obiektach należących do tej grupy należało: nieprawidłowo wyposażone pomieszczenie porządkowe, stwierdzone w 1313 obiektach, niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny narzędzi pracy, zły stan techniczny pomieszczeń. Zastrzeżenia dotyczące stanu technicznego obiektów obejmowały zniszczone i wyeksploatowane wyposażenie, ubytki w posadzkach i wykładzinach podłogowych oraz okładzinach ceramicznych ścian.

2.5 Noclegownie

Liczba zewidencjonowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiektów tej grupy wykazuje od kilku lat tendencję wzrostową, która utrzymywała się także w 2009 roku. W ewidencji ujęto łącznie 230 noclegowni dla bezdomnych, co oznacza spadek liczby placówek tego rodzaju w stosunku do roku poprzedniego o 8. Kontrolą stanu sanitarnego objęto łącznie 205 obiektów (89,1% pozostających w ewidencji).

W skali kraju negatywnie oceniono stan sanitarny 9 spośród skontrolowanych 205 noclegowni.

Noclegownie są placówkami o niskim standardzie technicznym, wyposażonymi w podstawowe sprzęty jak: łóżka, krzesła, stoliki, szafy ubraniowe. 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. W placówkach, w których stan sanitarny oceniono negatywnie, zastrzeżenia dotyczyły zabrudzeń i zniszczeń ścian i sufitów, niewłaściwego stanu urządzeń sanitarnych, niewystarczającej dbałości o czystość pomieszczeń.

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 żegludze śródlądowej oraz rekreacyjnych i sportowych jednostek pływających. Ogółem spośród 1693 będących w ewidencji skontrolowano 1434, negatywnie oceniając stan sanitarny 170 z nich (12%).

Najliczniejszą kategorią w omawianej grupie stanowią dworce i stacje kolejowe, charakteryzujące się od lat znacznym udziałem obiektów o złym stanie sanitarnym. Powodem tego są m.in. problemy finansowe PKP, a także specyficzna struktura organizacyjna tego przedsiębiorstwa, utrudniająca ustalenie strony postępowania i tym samym skuteczne egzekwowanie spełnienia podstawowych wymagań sanitarnych. W 2009 r. kontrolą sanitarną objęto 969 spośród 1205 dworców i stacji kolejowych wykazanych w ewidencji (80,4%).

Znaczna ich część, od lat dewastowana i nie remontowana, nie zapewniała podróżnym odpowiednich warunków. Najczęściej stwierdzone uchybienia w zakresie stanu sanitarno-technicznego obejmowały: brudne ściany, sufity i posadzki w poczekalniach i tunelach przejść na perony – z ubytkami w powierzchni, śladami dewastacji, zaciekami, odpadającym tynkiem; zniszczoną stolarkę drzwiową i okienną, uszkodzone i brudne ławki dla podróżnych, wybite szyby, zniszczone kosze na odpadki, uszkodzone wiaty na peronach, zły stan urządzeń sanitarnych. Ogółem jako niedostateczny oceniono stan sanitarny 131 skontrolowanych dworców kolejowych (13,5%).

Lepiej przedstawiał się stan sanitarny dworców autobusowych, w przypadku których na 360 skontrolowane obiekty negatywnie oceniono pod tym względem 36 (10%). Najwięcej zastrzeżeń dotyczyło zniszczeń wyposażenia oraz stanu bieżącej czystości poczekalni i pomieszczeń sanitarnych.

Kontrolą sanitarną objęto wszystkie z 16 działających na obszarze kraju portów lotniczych, oceniając pozytywnie stan wszystkich obiektów. Nie budził także istotnych zastrzeżeń stan skontrolowanych przystani pasażerskiej żeglugi morskiej i śródlądowej oraz przystani rekreacyjnych jednostek pływających, w przypadku których żadna z 89 skontrolowanych nie została oceniona negatywnie.

Nadzorem sanitarnym objęto także środki transportu publicznego, przeprowadzając ogółem 9529 kontroli sanitarnych. Często były one podejmowane w ramach interwencji lub zorganizowanych, zaplanowanych akcji. Największą grupę środków transportu, objętych kontrolą sanitarną stanowiły autobusy komunikacji publicznej (2904), wagony pociągów ekspresowych, pospiesznych oraz pociągów innego typu (1820), samochody do przewozu zwłok i szczątków (2461), samochody do przewozu chorych (819), autobusy turystyczne (364), tramwaje i trolejbusy (365). Wśród stwierdzonych nieprawidłowości przeważały drobne uchybienia sanitarno-porządkowe, które były doraźnie usuwane. Ogółem zły stan sanitarny kontrolowanych środków transportu stwierdzono w 129 przypadkach (1,3%). Ocena taka najczęściej dotyczyła tramwajów i trolejbusów (4%) oraz wagonów pociągów „Eurocity” i „Intercity” (11,2%).

2.7 Przejścia graniczne

W 2009 r. skontrolowano ogółem 48 przejść granicznych spośród 51 pozostających w ewidencji (94,1%). Przeważały wśród nich drogowe przejścia graniczne

(19 skontrolowanych obiektów), których stan sanitarny nie budził istotnych zastrzeżeń i we wszystkich przypadkach został oceniony pozytywnie. Także wszystkie skontrolowane pod względem sanitarnym przejścia graniczne lotnicze (8 obiektów) i morskie (17) otrzymały pozytywną ocenę.

2.8 Tereny rekreacyjne

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty, przeznaczone do odpoczynku poza budynkami, 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 2009 roku skontrolowano 10 623 takich obiektów. Negatywnie oceniono stan sanitarny 302 obiektów, co stanowiło 2,8%.

Stan sanitarny terenów rekreacyjnych kontrolowany jest przed rozpoczęciem sezonu, jak również w trakcie jego trwania.

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, prosektoria, 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 21 161 obiektów spośród 32 927 będących w ewidencji, oceniając negatywnie 588 skontrolowanych placówek (2,8%).

3. Kąpieliska i baseny kąpielowe

3.1 Kąpieliska

Nadzór sanitarny nad kąpieliskami ma na celu eliminowanie zagrożeń dla zdrowia użytkowników, jakie mogą wynikać z nieodpowiedniej jakości wody oraz niewłaściwego stanu czystości i higieny samego obiektu i jego otoczenia. Szczególne zagrożenie epidemiologiczne dotyczy przypadków kałowego zanieczyszczenia wody w kąpielisku, zwłaszcza w obiektach uczęszczanych przez dużą liczbę kąpiących się.

Zakres badań mikrobiologicznych wody w kąpieliskach obejmuje określenie: liczby bakterii *Escherichia coli* lub bakterii grupy *coli* typu kałowego, ogólnej liczby bakterii grupy *coli*, liczby paciorkowców kałowych oraz obecności pałeczek *Salmonella*. W przypadku, gdy jakość wody ulega pogorszeniu, badania mikrobiologiczne obejmują badania na obecność enterowirusów.

Zakres badań fizykochemicznym obejmują: oznaczenie pH, barwy, zapachu, olejów mineralnych, substancji powierzchniowo-czynnych, fenoli, przezroczystości, tlenu, biochemicznego zapotrzebowania na tlen, (BZT₅) osadów oraz dodatkowo jeśli istnieje tendencja do eutrofizacji wody: azotu ogólnego, azotu amonowego, azotu azotanowego i fosforanów. W przypadku gdy jakość wody ulega pogorszeniu, badania fizykochemiczne obejmują oznaczenie do wskaźników pochodzących ze źródła pogorszenia jakości wody w kąpielisku.

Polska jako kraj członkowski Unii Europejskiej (UE) jest zobowiązany udostępniać i przekazywać Komisji Europejskiej (KE), w określonym trybie i formie, wyniki związane z monitoringiem zarówno środowiska, jak i aspektów zdrowotnych. Jednym z takich zadań jest przygotowanie i zestawienie informacji dotyczących jakości wody w kąpieliskach.

W Polsce monitoring jakości wody w kąpieliskach prowadzony jest przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 października 2002 roku w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda w kąpieliskach (Dz. U. Nr 183, poz. 1530). Rozporządzenie to jest zgodne z Dyrektywą UE z dnia 8 grudnia 1975 r. dotyczącą jakości wody w kąpieliskach (76/160/EEC).

W bieżącym roku Polska po raz piąty przygotowała odpowiednie zestawienie informacji związanych z jakością wody w kąpieliskach. Zestawienia te są zgodne z wytycznymi UE oraz Dyrektywą 76/160/EEC. Raport dla Komisji Europejskiej składa się z 3 plików tekstowych w wymaganym formacie oraz pliku z krótkim opisem sytuacji w Polsce (komentarz).

Wszystkie wyniki gromadzone na szczeblu Unii Europejskiej opracowywane są przez Centrum Informacji DG ds. Środowiska Komisji Europejskiej i publikowane w postaci sprawozdania zbiorczego przedstawiającego jakość wody w kąpieliskach dla danego sezonu kąpieliskowego. Sprawozdanie to publikowane jest zazwyczaj tuż przed rozpoczęciem sezonu kąpieliskowego i obejmuje informacje o jakości wody w kąpieliskach w każdym z państw członkowskich UE w roku ubiegłym.

Jedynym kryterium wyboru kąpielisk, jakie powinny podlegać raportowaniu do Komisji Europejskiej, zgodnie z zapisami dyrektyw 76/160/EEC i 2006/7/EC, jest miejsce, dla którego liczbę kąpiących się w trakcie sezonu kąpieliskowego określono jako dużą (znaczną). Oznacza to, że Komisja Europejska nie precyzuje jednoznacznie kryteriów wyboru kąpielisk podlegających raportowaniu, a kwestię tę (wyboru) pozostawia krajom członkowskim.

W myśl tej zasady przyjęto w Polsce, że głównymi kryteriami włączania nowych kąpielisk do listy podlegającej raportowaniu będą:

- liczba kąpiących się w sezonie kąpieliskowym jest określona przez Stacje Inspekcji Sanitarnej jako istotna,
- zgodność częstotliwości pobierania próbek na terenie danego kąpieliska z wymaganiami UE oraz prawa polskiego,
- przewidywany minimalny czas funkcjonowania danego kąpieliska nie mniejszy niż 3 lata.

Zaleca się również, by jakość wody w nowo wybranych kąpieliskach (na podstawie badań wykonanych w ostatnim roku) rażąco nie naruszała wymagania lub, by zakaz kąpiei nie obowiązywał przez ponad połowę okresu w sezonie kąpieliskowym.

Za rok 2009 dla Komisji Europejskiej przygotowano informacje dotyczące 321 kąpielisk w Polsce.

Ogółem w 2009 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostawało 1285 kąpielisk, co oznacza, że w porównaniu z rokiem wcześniejszym liczba ich zmniejszyła się o 63 obiekty. Jest to związane głównie z wykreśleniem z wykazu obiektów, z których prowadzenia zrezygnował właściciel, obiektów likwidowanych w związku ze zmianą przeznaczenia terenu (budowa dróg) oraz kąpielisk małych, wykorzystywanych do celów rekreacyjnych sporadycznie przez znikomą liczbę kąpiących się, w przypadku których stały nadzór sanitarny i monitoring jakości wody nie jest uzasadniony.

Nadzorem sanitarnym w 2009 r. objęto 1254 kąpieliska (97,6% obiektów ujętych w ewidencji). Przeważały wśród nich kąpieliska niezorganizowane (872 kąpielisk – 69,5%

skontrolowanych) oraz kąpieliska śródlądowe (1114 kąpieliska – 88,8% skontrolowanych). Kąpieliska zorganizowane, z reguły uczęszczane przez większą liczbę kąpielących się i wyżej oceniane pod względem sanitarnym, stanowiły około ¼ skontrolowanych obiektów. Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem liczyła 122 obiektów (stanowi to odpowiednio 9,7% ogółem wszystkich skontrolowanych i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim. Należy podkreślić, że nadzór sanitarny dotyczył prawie wszystkich kąpielisk (97,6%) ujętych w ewidencji i obejmował wszystkie kąpieliska morskie.

Poszczególne województwa wykazywały znaczne różnice co do liczby kąpielisk czynnych na ich terenie. Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województw: pomorskiego (228), warmińsko-mazurskiego (200), zachodniopomorskiego (113), wielkopolskiego (113), kujawsko-pomorskiego (90), lubuskiego (79). Skupiały one łącznie 67,2% ogółu skontrolowanych kąpielisk. Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: opolskim (20), podkarpackim (28), dolnośląskie (30) i świętokrzyskim (32).

Najwięcej kąpielisk zorganizowanych znajduje się na terenie województw: wielkopolskiego (71), zachodniopomorskiego (65), pomorskiego (61), warmińsko-mazurskiego (31) i mazowieckiego (28). Najmniej kąpielisk zorganizowanych było na terenie województw: opolskiego (3), lubelskiego (3) i świętokrzyskiego (5).

Najwięcej kąpielisk niezorganizowanych znajduje się w województwach warmińsko-mazurskim (189), pomorskim (167), lubuskim (70) oraz śląskim (50). Najmniej kąpielisk niezorganizowanych było w województwach: opolskim (17), podkarpackim (14) i dolnośląskim (10).

Kąpieliska morskie znajdują się w trzech województwach: pomorskim (75), zachodniopomorskim (41) i warmińsko-mazurskim (6). Liczba kąpielisk śródlądowych w poszczególnych województwach kształtuje się podobnie jak liczba kąpielisk ogółem – największa ich liczba znajduje się w województwach: warmińsko-mazurskim (169), pomorskim (153), wielkopolskim (113), kujawsko-pomorskim (90) i lubuskim (79), zaś najmniejsza w województwach: opolskim (20), podkarpackim (28) i świętokrzyskim (32).

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami należała ocena jakości wody, prowadzona zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2002 r. w *sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda w kąpieliskach* (Dz. U. Nr 183, poz. 1530). Jakość wody była oceniana przed rozpoczęciem sezonu kąpieliskowego i następnie w trakcie jego trwania co dwa tygodnie, rzadziej

w wybranych obiektach uczęszczanych przez niewielką liczbę osób korzystających z kąpielni, jeśli badania aktualne i z lat ubiegłych wskazywały na dobrą i stabilną jakość wody. W ocenie przydatności wody do kąpielni uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic.

Stan sanitarny kąpielisk objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2009 r. oceniono negatywnie ogółem w 256 skontrolowanych obiektach (20,4%). W przypadku kąpielisk zorganizowanych ocena negatywna dotyczyła 94 obiektów, co stanowiło 7,5% kąpielisk skontrolowanych ogółem, a 24,6% w grupie, zaś dla niezorganizowanych 162 kąpieliska, co stanowiło odpowiednio 12,9% i 18,6%. Wśród kąpielisk morskich wodę niezgodną z wymaganiami stwierdzono w 28 obiektach (odpowiednio 2,2% oraz 23%), a wśród kąpielisk śródlądowych – 162 (12,9% oraz 18,6%).

Najwyższy odsetek kąpielisk z wodą nieodpowiadającą wymaganiom stwierdzono w województwach: łódzkim – 45,6%, mazowieckim – 30%, pomorskim – 30%, śląskim – 28% i małopolskim – 20%. Na 256 kąpielisk z przekroczeniami wymagań w większości przypadków były przekroczone zarówno parametry fizykochemiczne (166), jak i mikrobiologiczne (92), co wskazuje na fakt, że te zbiorniki wodne nie powinny służyć do organizowania na nich kąpielisk. Aż w 62 przypadkach w województwie pomorskim i 20 w warmińsko-mazurskim były przekroczone parametry fizykochemiczne (potencjalnie nie zagrażające zdrowiu kąpiących się). Natomiast parametry mikrobiologiczne mogące spowodować negatywne skutki zdrowotne stwierdzono w przeważającej liczbie obiektów w łódzkim (16), mazowieckim (13), podlaskim (13), śląskim (12) i małopolskim (9).

Wydaje się zasadne aby w przyszłym roku dokładniej przeanalizować przyczyny zanieczyszczeń występujących w wyżej wyszczególnionych kąpieliskach pod względem zagrożeń zdrowotnych dla kąpiących się i celowości organizowania na tych obszarach wodnych kąpielisk.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że we wszystkich przebadanych kąpieliskach nie stwierdzono przekroczeń wartości:

- w grupie kąpielisk zorganizowanych w województwach: lubelskim (3) i małopolskim (11),
- w grupie kąpielisk morskich w województwie zachodniopomorskim (41).

Należy zaznaczyć, że te kąpieliska powinny być przewidziane jako obiekty, w których należy rozwijać infrastrukturę i promować kąpiel.

Wszystkie kąpieliska były oceniane zgodnie z wymaganiami określonymi w dyrektywie 76/140/WWE i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2002 r. (Dz. U z 2002

roku, Nr 153, poz. 1530), czyli łagodniejszymi kryteriami niż określono w dyrektywie 2006/7/WE.

W porównaniu z rokiem wcześniejszym:

- zmniejszyła się ilość kąpielisk pozostających w ewidencji (z 1348 do 1285) oraz objętych nadzorem sanitarnym (z 1323 do 1254). Jednocześnie kontrolę sanitarną przeprowadzono w nieco mniejszej liczbie kąpielisk niezorganizowanych – spadek z 960 w 2008 r. do 872 w 2009 r.,
- zwiększyła się liczba objętych nadzorem sanitarnym kąpielisk śródlądowych – z 1 026 w 2008 r. do 1 114 w 2009 r.
- zmniejszyła się ilość kąpielisk morskich – z 126 w 2008r. na 122 w 2009 r.

Przedstawione wyżej dane wskazują, że nadal w dość znacznej grupie kąpielisk stwierdza się 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.

3.2 Baseny kąpielowe

Baseny kąpielowe z uwagi na związane z korzystaniem z nich ryzyko zakażeń wymagają szczególnego nadzoru sanitarnego, który obejmuje jakość wody w niecce basenowej, w tym kontrolę skuteczności jej dezynfekcji, wentylację i oświetlenie pomieszczeń, zwłaszcza hali basenowej oraz warunki higieniczne panujące w obiekcie, włączając w to poczekalnię, szatnie, pomieszczenia sanitarne i natryski oraz halę basenową. Istotnym elementem oceny sanitarnej jest stan niecki basenowej oraz innych urządzeń służących do korzystania z kąpeli, jak brodziki, baseny z hydromasażem, zjeżdżalnie itp. W ocenie uwzględnione jest także zaopatrzenie w wodę, sposób jej uzdatniania, gospodarka ściekowa oraz postępowanie z odpadami komunalnymi, ponadto zaopatrzenie, przechowywanie i postępowanie z preparatami do uzdatniania i dezynfekcji wody, a także sprzętem myjącym i środkami czystości.

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego nad obiektami basenowymi, a właściwa jej realizacja natrafia na pewne trudności, wynikające z braku szczegółowych regulacji prawnych, określających wymagania, jakim woda taka powinna odpowiadać, oraz sposób ich kontroli i oceny. Dnia 19 listopada 2002 r. wygasła ważność przepisu wykonawczego na podstawie którego był sprawowany nadzór

przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością wody w basenach kąpielowych. Nie ma również przepisów unijnych regulujących tę kwestię. Ze względu na zagrożenie zdrowotne mikrobiologiczne i chemiczne mogące występować w wodzie w basenach kąpielowych i wodnych urządzeniach rekreacyjnych, nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie został przerwany. Woda w basenie kąpielowym i wodnym urządzeniu rekreacyjnym potencjalnie może stanowić zagrożenie dla zdrowia, dlatego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej muszą sprawować nadzór prewencyjny zgodnie z art.4 ustawy z dnia 14 marca 1985r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. z 2006 r., Nr 122, poz.851). Nie mniej jednak w podejmowaniu decyzji mogą powoływać się od dnia 1 stycznia 2009 r. wyłącznie na ustawę *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570) ograniczając się wyłącznie do organizmów patogennych wymienionych w tej ustawie. Ponadto zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007r. *w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz. U. z 2007r., Nr 61, poz.417) należy w miejscach basenów gdzie następuje wytworzenie areozolu, wykonywać badania kontrolne na obecność bakterii z rodzaju *Legionella sp.*

W pobieranych próbkach wody basenowej badane są wskaźniki mikrobiologiczne – *E.coli*, gronkowce koagulazododatnie, ogólna liczba bakterii w temp. 36°C, a ponadto parametry fizykochemiczne, w tym wolny chlor, chlorki, amoniak, pH.

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2009 pozostawało łącznie 1514 basenów kąpielowych w miastach, z których skontrolowano 1365. Wśród basenów kąpielowych, objętych kontrolą stanu sanitarnego w 2009 r., przeważały baseny kryte (całoroczne). Grupa ta liczyła łącznie 992 obiektów (72,6% ogółu skontrolowanych basenów kąpielowych), z czego większość – 821 obiektów znajdowała się w miastach. W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2009 znajdowało się 438 sezonowych (odkrytych) basenów kąpielowych, z czego skontrolowano 85% obiektów.

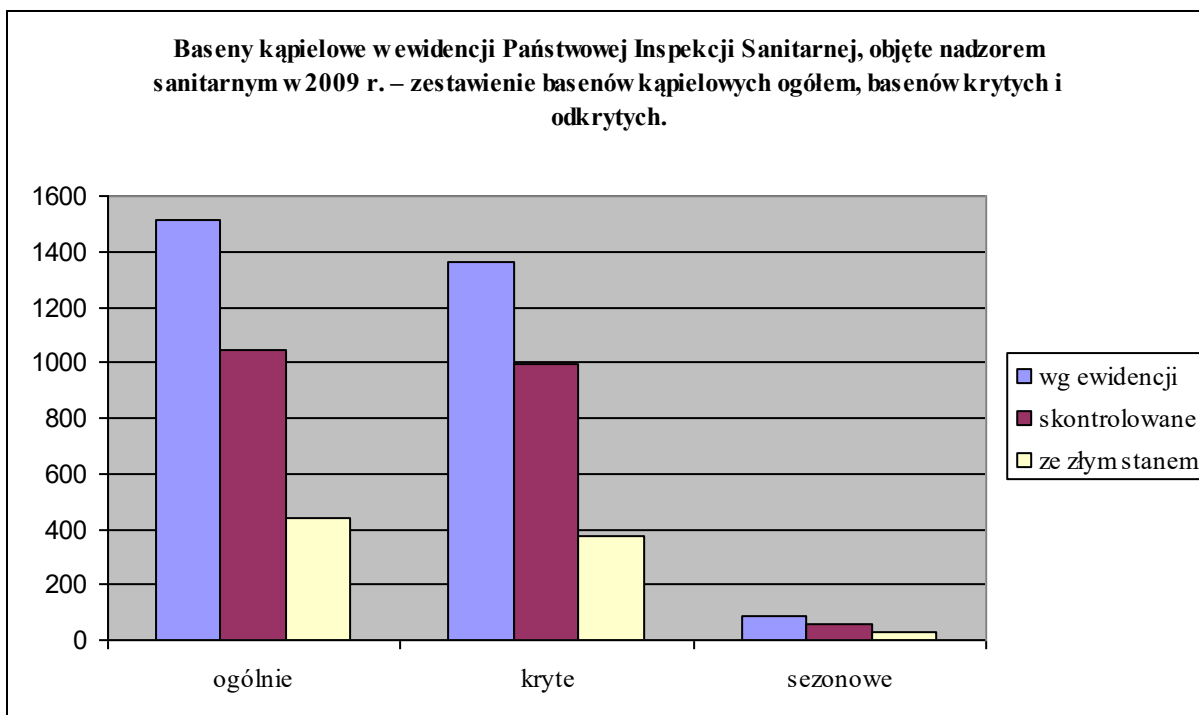
Baseny kąpielowe spełniają ważną rolę w promocji zdrowia ludzi wywierając pozytywny wpływ na zdrowie ich użytkowników. Relaksacyjne właściwości kąpielii są coraz częściej wykorzystywane jako sposób wypoczynku i rekreacji. Dlatego woda wprowadzana do basenu musi być wolna od zanieczyszczeń mikrobiologicznych oraz chemicznych. Nowoczesne obiekty basenowe to nie tylko baseny pływackie, ale całe kompleksy rekreacyjne podnoszące atrakcyjność kąpielii, na terenie których znajdują się: gejzery, bicze wodne, podwodne masaże, kaskady, sztuczne rzeki, zjeżdżalnie czy też wanny z hydromasażem i sauny. Te wieloczynnościowe obiekty, często nazywane parkami

wodnymi, są miejscami, gdzie spędzają czas wielopokoleniowe rodziny. W roku 2009 zewidencjonowano 42 tego typu kompleksów rekreacyjnych na terenie całego kraju, a więc o 4 obiekty więcej niż w roku 2008.

W odniesieniu do obiektów skontrolowanych ogółem 78% stanowiły obiekty basenowe zlokalizowane na terenach miejskich. Pozostałe 22% skontrolowanych basenów znajdowało się na terenach wiejskich. Biorąc pod uwagę liczebność basenów krytych i całoroczne korzystanie użytkowników z tego typu obiektów należy zaznaczyć, że stan sanitarny basenów krytych oceniono negatywnie w 47 basenach w mieście ze względu na zły stan sanitarny, co stanowiło 5,7% skontrolowanych obiektów w tej grupie, w tym pod względem technicznym 4,6%. Z kolei na terenach wiejskich zły stan sanitarny stwierdzono w 9 obiektach, co stanowiło 5,2% skontrolowanych w tej grupie głównie pod względem technicznym.

Stan sanitarny basenów kąpielowych w roku 2009 przedstawiał się na ogół zadowalająco. Spośród skontrolowanych basenów w skali całego kraju obiekty ze złym stanem sanitarnym stanowiły 6,1%, z czego na terenach wiejskich tylko 1,1%.

Ponad trzy razy mniej liczne w porównaniu z basenami krytymi były objęte nadzorem sanitarnym baseny odkryte (sezonowe), z których pod względem sanitarnym w 2009 r. skontrolowano 373. Odpowiada to 85% obiektów tej grupy pozostających w ewidencji. Baseny odkryte również były liczniejsze w miastach niż na wsi (odpowiednio 278 obiektów w mieście i 160 na wsi). Stan sanitarny basenów sezonowych w roku 2009 oceniony został jako dobry i nie budził większych zastrzeżeń.



Większość basenów kąpielowych zaopatrywana jest w wodę z sieci wodociągowych oraz wyposażona w automatyczne systemy oczyszczania, dezynfekcji i cyrkulacji wody, zapewniające automatyczną kontrolę parametrów jakości wody oraz dozowanie środków dezynfekcyjnych. Nieliczne baseny odkryte wykorzystują wodę z własnych ujęć, w większości powierzchniowych. Nieczystości płynne w większości obiektów basenowych odprowadzane są do sieci kanalizacyjnej. Baseny kryte wyposażone są także w system wentylacji grawitacyjnej i mechanicznej, oraz oświetlenie naturalne i sztuczne. Stan sanitarno-techniczny niecek basenowych nie wzbudzał na ogół zastrzeżeń. Wystarczające było także zaopatrzenie w środki do dezynfekcji oraz preparaty i sprzęt myjąco-czyszczący. W przeważającej większości basenów zapewniono właściwe warunki przechowywania chemikaliów służących do uzdatniania wody. Nie budził też na ogół zastrzeżeń stan i wyposażenie pomieszczeń sanitarnych i natrysków.

Powodem niedostatecznej oceny stanu sanitarnego były najczęściej nieodpowiednia jakość wody w niecce basenowej, w tym zwłaszcza pod względem mikrobiologicznym, która wymagała zwykle wymiany wody w basenie i zwiększenia intensywności dezynfekcji. Jednak pełna ocena jakości wody w basenach kąpielowych nie była możliwa z uwagi na luki w przepisach prawnych uniemożliwiających pełny nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością wody w tych obiektach oraz niejednolity sposób postępowania

w przypadku częstotliwości poboru próbek wody z kąpielisk w odniesieniu do przepisów unijnych. Dopiero kompleksowy nadzór nad jakością wody i stanu sanitarnohigienicznego obiektu pozwoli zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne wszystkim użytkownikom basenów i wodnych urządzeń rekreacyjnych. Do innych przyczyn negatywnej oceny sanitarnej obiektów basenowych należały: zły stan techniczny i uszkodzenia niecek basenowych, niewłaściwe warunki w pomieszczeniach magazynowych do przechowywania środków chemicznych do uzdatniania wody i zły stan sanitarno-techniczny tych pomieszczeń, uszkodzenia stolarki drzwiowej i okiennej w szatniach i pomieszczeniach sanitarnych, brak dozowników z mydłem i ręczników jednorazowych lub suszarek przy umywalkach w sanitariatach.

VI. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej

1. Wprowadzenie

W 2009 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 41 612 obiektach służby zdrowia spośród 72 731 ujętych w ewidencji (57,2%).

Kontrole objęły:

- zakłady opieki zdrowotnej, stanowiące najliczniejszą grupę placówek będących pod nadzorem sanitarnym - skontrolowano 19 671 obiektów (79,5%),
- praktyki lekarskie i pielęgniarskie, w tym:
 - indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2183 obiektów (30%)
 - indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 6557 obiektów (36,3%),
 - grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 197 obiektów (65,2%),
 - indywidualne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 6774 obiektów (57,4%),
 - indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 3819 obiektów (59,3%),
 - grupowe praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 209 obiekty (61,5%),
 - indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 802 obiektów (56,1%),
 - indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 155 obiektów (70,1%),
 - grupowe praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 269 obiektów (63,4%),

– inne obiekty nie będące zakładami opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne – skontrolowano 976 obiektów (58,3%).

Liczba zakładów służby zdrowia objętych kontrolą sanitarną zwiększyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym.

2. Stan sanitarny

2.1. Zakłady opieki zdrowotnej ogółem

W 2009 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 19 671 obiektach tej grupy, co stanowi 79,5% ujętych w ewidencji. Była to najliczniejsza grupa skontrolowanych obiektów, stanowiąca blisko połowę ogółu placówek służby zdrowia objętych nadzorem sanitarnym. Liczba obiektów, w których przeprowadzono kontrolę zwiększyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym o 940 placówek.

Ogólna ocena stanu sanitarnego skontrolowanych placówek była zbliżona do stwierdzanej w latach poprzednich. Stan sanitarny oceniono negatywnie w 917 obiektach, co stanowiło 4,6 % ogółu skontrolowanych w tej grupie. Wskaźnik ten nieznacznie wzrósł w porównaniu z rokiem poprzednim.

Do zakładów opieki zdrowotnej należą zarówno zakłady leczenia zamkniętego, jak i placówki ambulatoryjne. Pierwsza z grup obejmuje szpitale publiczne i niepubliczne, szpitale uzdrowiskowe, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria i prewentoria, hospicja stacjonarne. W grupie placówek ambulatoryjnych przeważają przychodnie, ośrodki zdrowia i poradnie. Zaliczane są do niej także inne obiekty, takie jak medyczne laboratoria diagnostyczne, pracownie protetyki i ortodoncji, zakłady rehabilitacji leczniczej oraz żłobki.

2.2. Szpitale

Szpitala należały do obiektów, które były objęte przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzmożonym nadzorem sanitarnym. W 2009 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono ogółem w 806 szpitalach spośród 817 wykazanych w ewidencji (98,6%), a więc kontroli poddano prawie wszystkie placówki. Za niedostateczny uznano stan sanitarny 179 skontrolowanych obiektów, co stanowiło 22,2% objętych kontrolą. Oznacza to zwiększenie się liczby takich placówek w porównaniu z rokiem ubiegłym, kiedy negatywna ocena sanitarna dotyczyła 163.

2.2.1 Stan techniczny i funkcjonalny szpitali

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.) następuje 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. Wiązał się z tym brak funkcjonalności pomieszczeń oraz bardzo ograniczone możliwości techniczne przeprowadzenia niezbędnych prac remontowych i modernizacyjnych. Znacznie mniejsze trudności w dostosowaniu do wymogów rozporządzenia wystąpiły w przypadku nowych szpitali, w których specyficzne wymagania dla tego typu obiektów uwzględnione były już na etapie ich projektowania.

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 ścian, sufitów i podłóg w salach chorych, korytarzach, blokach operacyjnych, laboratoriach, pomieszczeniach pralni, ubytki w okładzinach ceramicznych na ścianach i w posadzkach, brak cokołów przy podłogach, ściany przy umywalkach nie pokryte materiałem zmywalnym i nienasiąkliwym do wymaganej wysokości, brak pojemników z mydłem i ręczników jednorazowych przy umywalkach, zniszczona stolarka drzwiowa i okienna, brak węzłów sanitarnych przy salach chorych, zbyt mała powierzchnia sal chorych, zniszczone łóżka w salach chorych, niedostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych, zniszczona armatura sanitarna, uszkodzone grzejniki ze śladami rdzy, niewłaściwie zamontowane grzejniki utrudniające ich prawidłowe czyszczenie, brak wydzielonych brudowników i składzików porządkowych lub niewłaściwe ich wyposażenie, brak lub niewystarczająca ilość wózków z zamykaną przestrzenią załadunkową do przewożenia brudnej bielizny i odpadów medycznych, zły stan pomieszczeń do przechowywania odpadów medycznych (brak doprowadzenia wody, ubytki w powierzchni ścian, sufitów i posadzek, niesprawna wentylacja), niewystarczająca ilość urządzeń dźwigowych, brak podjazdów dla karettek, brak wydzielonych pomieszczeń sanitarnych dla personelu. Ponadto zastrzeżenia dotyczyły zbyt małej powierzchni pomieszczeń, braku oddzielnych dróg transportu materiałów czystych i brudnych oraz odpadów medycznych,

zwłaszcza w pralniach, ciągach komunikacyjnych, braku klimatyzacji, braku wentylacji mechanicznej, braku filtrów powietrza, braku antyelektrostatycznych wykładzin podłogowych, braku rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę lub nieodpowiedniej jakości wody z tego ujęcia, braku właściwego połączenia styku cokołów z podłogą w pomieszczeniach wymagających zachowania aseptyki, braku lub zbyt małej ilości śluz fartuchowo-umywalkowych, braku węzłów sanitarnych dla personelu bloków operacyjnych, wyeksploatowanego lub nieodpowiedniego wyposażenia sal operacyjnych i gabinetów zabiegowych.

2.2.2 Bieżący stan czystości i porządku

Utrzymanie należytego stanu czystości bieżącej w oddziałach szpitalnych w większości obiektów należało do obowiązków pracowników szpitala, ale było także zlecane firmom zewnętrznym. Większość szpitali posiadała opracowane i wdrożone procedury sprzątania i zachowania czystości. W przeważającej części szpitali zaopatrzenie w sprzęt myjący i środki myjąco-czyszczące było prawidłowe, a ich oznakowanie i przechowywanie nie budziło zastrzeżeń. Sprzęt stosowany do mycia, w tym wózki dwukomorowe z odciskaczem i mopy bawełniane, był oznakowany i stosowany zgodnie z podziałem na strefy czystości mikrobiologicznej. Oddzielne i oznakowane mopy stosowane były do mycia i do dezynfekcji. Po każdorazowym użyciu były one umieszczane w workach i przesyłane do prania.

W większości skontrolowanych szpitali utrzymany był należyty stan czystości bieżącej. Drobne uchybienia z tego zakresu były korygowane doraźnie w trakcie kontroli.

2.2.3 Gospodarka bielizną szpitalną i pralnictwo

Zasady postępowania z bielizną szpitalną określały opracowane procedury, stosowane w poszczególnych oddziałach. Brudna bielizna jest pakowana przy łóżku chorego w worki foliowe, a następnie w worki płócienne lub brezentowe. Bielizna mająca kontakt z materiałem zakaźnym była poddawana dezynfekcji w oddziałach, po czym pakowana w podwójne, odpowiednio oznakowane worki foliowe. Następnie transportowana była ręcznie lub specjalnie przeznaczonym do tego celu wózkiem do pralni szpitalnej lub do magazynu bielizny brudnej, skąd przekazywana była do pralni. Magazyny te przeważnie znajdowały się

w pomieszczeniach po byłych pralniach, skąd bielizna była odbierana przez specjalistyczne firmy, świadczące usługi pralnicze. W niektórych szpitalach brudna bielizna przekazywana była bezpośrednio z oddziału do środka transportu, przewożącego ją do pralni zewnętrznej.

Bielizna czysta, zwykle pakowana w foliowe worki, wkładane następnie w ochronny worek foliowy, składowana była w magazynie bielizny czystej, skąd docierała na oddziały, lub trafiała od razu na oddział, gdzie zewnętrzny worek ochronny był usuwany, a bielizna była składana w wydzielonych pomieszczeniach lub zamykanych szafach, przeznaczonych do przechowywania bielizny czystej. Bielizna noworodków i małych dzieci była transportowana oddzielnie i prana w oddzielnych pralnicach, a następnie sterylizowana w centralnej sterylizatorni lub pralni.

Przeprowadzone w 2009 r. kontrole sanitarne obiektów szpitalnych wykazały, że podobnie jak w latach poprzednich, kolejne placówki zaprzestały eksploatacji pralni mieszczących się w ich własnych obiektach. Większość szpitali nie posiadała własnych pralni, lecz zlecała pranie bielizny wyspecjalizowanym firmom, dysponującym pralniami z barierą sanitarną i w pełni zautomatyzowanymi.

Placówki wykonujące pranie bielizny szpitalnej, aby uniknąć jej wtórnego zanieczyszczenia, powinny mieć zapewnioną barierę higieniczną, gwarantującą całkowity rozdział strefy brudnej i czystej i uniemożliwiająca zetknięcie się bielizny brudnej i czystej oraz pracowników obu tych stref. Rozwiązanie takie jednak wprowadziła na razie niewielka część pralni, głównie dużych i nowoczesnych pralni zewnętrznych oraz pralni szpitalnych po modernizacji. Pozostałe pralnie działały w układzie tradycyjnym.

Najczęstsze nieprawidłowości, związane z obrotem bielizną szpitalną i stanem pralni polegały na: krzyżowaniu się dróg bielizny czystej i brudnej, braku przelotowych urządzeń pralniczych, niewłaściwej organizacji magazynu brudnej bielizny, złym stanie technicznym ścian i sufitów w magazynie brudnej bielizny i pomieszczeniach pralniczych, braku sanitariatów dla personelu w strefie brudnej i czystej pralni, niedostatecznej wentylacji pomieszczeń pralni, wyeksploatowanym sprzęcie pralniczym.

2.2.4 Gospodarka odpadami stałymi, w tym medycznymi

Niemal wszystkie skontrolowane szpitale posiadały opracowane i zatwierdzone programy postępowania z odpadami, jak również zezwolenia na wytwarzanie, składowanie, transport i zbieranie odpadów powstających w wyniku działalności służb medycznych. Zgodnie z przewidzianymi w nich procedurami, odpady segregowano w miejscu ich

powstawania, gromadząc wykorzystany jednorazowy sprzęt medyczny o ostrych zakończeniach (igły, wenflony) w pojemnikach o sztywnych ścianach. Pozostałe odpady natomiast magazynowano w oznakowanych pojemnikach z wkładami foliowymi o kodzie kolorystycznym, ułatwiającym segregację. Odpady medyczne do czasu przekazania ich do spalarni przechowywano w wydzielonych do tego celu pomieszczeniach. Do transportu odpadów medycznych wykorzystywano przeznaczone wyłącznie do tego celu, szczelnie zamykane wózki. Odpady medyczne odbierane były bezpośrednio przez personel spalarni lub wyspecjalizowanych firm (posiadających stosowne zezwolenia), zajmujących się transportem tego typu odpadów przeznaczonych do utylizacji.

Odpady komunalne gromadzone były w workach foliowych o odrębnym kodzie kolorystycznym i odbierane przez pracowników przedsiębiorstw komunalnych.

Najwięcej zastrzeżeń budził stan sanitarno-techniczny miejsc składowania odpadów, gdzie były one magazynowane do czasu odebrania. Zastrzeżenia dotyczyły przechowywania odpadów w miejscach nie zabezpieczonych przed dostępem osób niepowołanych, owadów i gryzoni, złego stanu technicznego ścian i sufitów w pomieszczeniu, gdzie odpady były przechowywane, braku odpływu w podłodze, braku doprowadzenia bieżącej wody, niedostatecznej czystości bieżącej pomieszczenia. Inne uchybienia obejmowały: zły stan techniczny zamykanych wózków do transportu odpadów z oddziałów do magazynu, brak ważnych umów z przedsiębiorstwami wyspecjalizowanymi w utylizacji odpadów, sporadycznie niewłaściwą segregację odpadów.

2.2.5 Gospodarka nieczystościami płynnymi

Nieczystości płynne w większości szpitali kierowane były bezpośrednio do ogólnej sieci kanalizacyjnej. W nielicznych przypadkach, zwłaszcza szpitali posiadających oddziały zakaźne, ścieki podlegały wstępnemu oczyszczeniu i dezynfekcji przed odprowadzeniem ich do kanalizacji. Pojedyncze placówki szpitalne posiadały własne oczyszczalnie ścieków.

2.3 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze

W 2009 r. skontrolowano 366 obiektów obu powyższych grup, co stanowiło 88,2% wszystkich zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ujętych w ewidencji. Przeważały wśród nich zakłady opiekuńczo-lecznicze (216 zakładów). Negatywnie oceniono stan sanitarny 5,5 % placówek objętych kontrolą. Zasady kontroli stanu

sanitarnego były w przypadku zakładów tej grupy zbliżone do stosowanych w odniesieniu do szpitali i obejmowały sprawdzenie stanu sanitarno-technicznego obiektu, zaopatrzenia w środki dezynfekcyjne i ich stosowania, postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, postępowania z bielizną czystą i brudną, utrzymania stanu bieżącej czystości i porządku w obiekcie i terenie wokół niego oraz zaplecza żywieniowego.

Najczęstszym powodem negatywnej oceny omawianych obiektów był ich ogólny niewłaściwy stan sanitarno-techniczny i zastrzeżenia dotyczące brudnych ścian i sufitów z zaciekami i ubytkami tynku oraz zniszczonej stolarki drzwiowej i okiennej w pomieszczeniach dla pensjonariuszy, na korytarzach, w pomieszczeniach sanitarnych i szatniach dla personelu, braku prawidłowej wentylacji pomieszczeń oraz niedostosowania obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych. Rzadziej nieprawidłowości dotyczyły postępowania z bielizną czystą i brudną (niewłaściwe przechowywanie, krzyżowanie się dróg czystej i brudnej). Odnotowano także uchybienia z zakresu gospodarki odpadami medycznymi, polegające na braku magazynu do ich przechowywania lub jego niewłaściwym stanie sanitarno-technicznym (brak możliwości schładzania i szczelnego zamknięcia pomieszczenia, popękane ściany).

2.4 Sanatoria i prewentoria

W 2009 r. nastąpił dalszy spadek liczby obiektów tej grupy, dotyczący liczby zakładów w ewidencji (z 223 w 2008 r. do 222 w 2009 r.), natomiast liczba objętych kontrolą stanu sanitarnego, wzrosła z 197 w 2008 r. do 206 w 2009 r. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 92,8% zakładów.

Stan sanitarny oceniono negatywnie ogółem w 7,7% skontrolowanych obiektów, co oznacza, że wskaźnik ten uległ zwiększeniu w porównaniu z rokiem ubiegłym (w 2008 r. wyniósł 2%). Najczęstsze zastrzeżenia dotyczące stanu sanitarnego dotyczyły: brudnych i zawilgoconych ścian w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych, brudnych ścian w pokojach kuracjuszy i w pokojach zabiegowych, zniszczonej stolarki okiennej. W pojedynczych przypadkach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia, stanu technicznego pralni oraz postępowania z odpadami medycznymi.

2.5 Hospicja stacjonarne

W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano 49 hospicjów spośród 59 znajdujących się w ewidencji (83%).

Negatywny stan sanitarny stwierdzono 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, zatwierdzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

2.6 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 2009 r. skontrolowano stan sanitarny 14 597 placówek spośród 17 860 pozostających w ewidencji (81,7%). Zły stan sanitarny stwierdzono w 610 przypadkach (4,2%). Najczęściej stwierdzane uchybienia w zakresie stanu sanitarnego obejmowały: brak przystosowania obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności toalet, zbyt małe powierzchnie gabinetów lekarskich, brak umywalek w gabinetach zabiegowych, nieodpowiednie wykończenie ścian, uszkodzenia i zły stan techniczny ścian, sufitów i podłóg z ubytkami w ich powierzchni, zniszczoną stolarkę drzwiową i okienną, brak wydzielonego miejsca do przechowywania brudnej bielizny lub jego zły stan techniczny, brak możliwości mycia i właściwego przechowywania sprzętu do sprzątanania, brak pomieszczeń porządkowych, brak lub niewłaściwie opracowane procedury segregacji i kategoryzacji odpadów, przechowywanie odpadów medycznych w miejscu ich wytwarzania lub niewłaściwy stan techniczny pomieszczenia wydzielonego do tego celu.

Wszystkie skontrolowane placówki miały zawarte umowy ze specjalistycznymi firmami, uprawnionymi do odbioru i utylizacji odpadów medycznych. Osoby zajmujące się segregacją i składowaniem odpadów używały środków ochrony osobistej. W części placówek problem stanowiło postępowanie z brudną bielizną, która była przekazywana do pralni ogólnodostępnych, nie odpowiadających wymaganiom do prania bielizny szpitalnej.

2.7 Stacje Pogotowia Ratunkowego

W 2009 r. skontrolowano pod względem sanitarnym 301 stacje Pogotowia Ratunkowego spośród 375 ujętych w ewidencji (80,2%). Za niedostateczny uznano stan sanitarny 16 skontrolowanych placówek (5,3%). W większości przypadków wynikał on z uchybień sanitarno-technicznych, do których należały zabrudzenia i ubytki w powierzchni ścian i sufitów pomieszczeń stacji, nieodpowiedni stan urządzeń sanitarnych, brak powierzchni łatwo zmywalnej i nienasiąkliwej przy umywalkach. W pojedynczych przypadkach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie gospodarki odpadami medycznymi.

Stan sanitarny karetek podczas kontroli nie budził zastrzeżeń. We wszystkich skontrolowanych placówkach odpady medyczne, wytwarzane podczas udzielania pomocy medycznej gromadzone były w ambulansach w oznakowanych pojemnikach z wkładem foliowym w kolorze czerwonym, natomiast odpady o ostrych końcówkach wkładane były do jednorazowych, szczelnych pojemników o sztywnych ściankach, wykonanych z polietylenu. Odpady medyczne magazynowane były w wydzielonych pomieszczeniach przeznaczonych do tego celu, a następnie przekazywane specjalistycznym przedsiębiorstwom celem unieszkodliwienia.

2.8 Medyczne laboratoria diagnostyczne

Skontrolowano 576 medycznych laboratoriów diagnostycznych (76,8%). Spośród nich negatywnie oceniono stan sanitarny 12 placówek (2%). Poza wykonywaniem badań analitycznych, w laboratoriach tych pobierany był również potencjalnie zakaźny materiał biologiczny, wyłącznie przy użyciu sprzętu jednorazowego użytku.

2.9 Zakłady rehabilitacji leczniczej

W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano stan sanitarny 564 zakładów tego typu spośród 780 pozostających w ewidencji (72,3%). Został on oceniony negatywnie w przypadku 23 obiektów (4%), w których stwierdzano następujące nieprawidłowości: nieprawidłowo wyposażone toalety, nieprzystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, brak przedsionków w toaletach dla personelu, niedostateczna wentylacja w salach ćwiczeń, brak punktu rejestracyjnego, zbyt mała powierzchnia gabinetów lekarskich, brak lub zły stan

techniczny szafek na ubrania dla pacjentów. Poza tym stan omawianej grupy obiektów nie budził zastrzeżeń. W wielu placówkach pacjenci korzystali z własnych prześcieradeł lub stosowano bieliznę jednorazowego użytku.

3. Indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie, lekarzy dentystów oraz pielęgniarek i położnych

Praktyki lekarskie oraz praktyki pielęgniarek i położnych stanowią odrębną grupę placówek, w których udzielane są różnorodne świadczenia medyczne w trybie ambulatoryjnym. W grupie tej znaczny udział mają placówki mieszczące się w nowych budynkach lub obiektach poddanych pracom remontowym i modernizacyjnym. W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano ogółem stan sanitarny 20 965 obiektów omawianej grupy spośród 46 329 ujętych w ewidencji (45,2%). Negatywnie oceniono stan sanitarny 156 skontrolowanych placówek (0,7%).

Najliczniejszą kategorią objętych kontrolą sanitarną placówek w omawianej grupie były indywidualne praktyki lekarzy dentystów (6774 skontrolowanych obiektów) oraz indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (6557 skontrolowane objekty). Najmniej zastrzeżeń budził stan sanitarny indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych (0 obiektów), indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych (1 obiekt), grupowych praktyk pielęgniarek i położnych (3 objekty) oraz grupowych praktyk lekarzy dentystów (4 objekty).

Podobnie jak w latach ubiegłych, odnotowano tendencję do zmienności podmiotów udzielających świadczeń medycznych w lecznictwie otwartym. Poza otwieraniem nowych placówek lub filii istniejących, występowały także przypadki łączenia się małych przychodni lub indywidualnych praktyk lekarskich w specjalistyczne lub grupowe praktyki lekarskie. Jednocześnie część praktyk indywidualnych była zamykana, a część przenoszona do innych pomieszczeń, niekiedy w tym samym pomieszczeniu w różnych terminach udzielane były świadczenia medyczne przez lekarzy różnych specjalności. Utrudniało to sprawowanie nadzoru nad stanem sanitarnym tych placówek.

W ocenie stanu sanitarnego powyższych obiektów brano pod uwagę zaopatrzenie w wodę, odprowadzenie nieczystości płynnych, warunki sanitarno-techniczne pomieszczeń i ich funkcjonalność, w tym wykończenie ścian i podłóg, sprawność wentylacji i oświetlenie, wyposażenie w umywalki, dozowniki mydła, ręczniki jednorazowe, postępowanie z bielizną czystą i brudną oraz segregację odpadów i postępowanie z odpadami komunalnymi

i medycznymi. Kontrola obejmowała także opracowane procedury, dotyczące powyższych zagadnień.

3.1 Indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i grupowe praktyki lekarskie

Liczba poszczególnych rodzajów obiektów w omawianej grupie, skontrolowanych pod względem sanitarnym w 2009 r. przedstawiała się następująco:

- indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2183 obiektów (29,9%), negatywnie oceniono 15 (0,6%),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 6557 obiektów (36,3%), negatywnie oceniono 41 (0,6%),
- grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 197 obiektów (65,2%), negatywnie oceniono 9 (4,5%).

Stwierdzone w tej grupie obiektów uchybienia dotyczyły przede wszystkim braku wydzielonych pomieszczeń porządkowych do mycia i przechowywania sprzętu porządkowego i środków czystości oraz brak urządzeń chłodniczych do przechowywania odpadów medycznych. Stosunkowo rzadko stwierdzano nieodpowiedni stan sanitarno-techniczny pomieszczeń. Wszystkie skontrolowane placówki wytwarzające odpady medyczne posiadały natomiast umowy na ich odbiór z wyspecjalizowanymi i uprawnionymi firmami. Duża ilość placówek korzystała z bielizny jednorazowego użytku. W części placówek problem stanowiła zbyt mała powierzchnia pomieszczeń, w tym gabinetów lekarskich, bariery architektoniczne i brak rozwiązań umożliwiających korzystanie ze świadczeń medycznych przez osoby niepełnosprawne, w tym podjazdów, uchwytów, wyposażenia pomocniczego w sanitariatach, brak dźwigów osobowych.

3.2 Indywidualne praktyki lekarzy dentyków, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków i grupowe praktyki lekarzy dentyków

W grupie tej udział liczbowy placówek poszczególnego rodzaju skontrolowanych w 2009 r. przedstawiał się następująco:

- indywidualne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 6774 obiektów (57,4 %), negatywnie oceniono stan sanitarny 53 (0,7 %),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 3819 obiektów

(59,3%), negatywnie oceniając 30 (0,8%),

- grupowe praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 209 obiektów (61,4%), negatywnie oceniono stan sanitarny 4 (1,9%).

Spośród stwierdzonych uchybień, największy problem stanowiły nieprawidłowości związane z utrzymaniem czystości w obiekcie oraz postępowanie z bielizną i odpadami medycznymi. Nieprawidłowości dotyczyły zwykle braku wystarczającej ilości atestowanych zbiorników do gromadzenia zużytego sprzętu jednorazowego oraz przechowywania odpadów w miejscach do tego nie przeznaczonych do czasu ich odbioru przez specjalistyczne firmy. Stwierdzano także nieprawidłową gospodarkę odpadami medycznymi.

3.3 Indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych

Większość obiektów tej grupy stanowiły gabinety profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w placówkach oświatowo-wychowawczych, głównie w szkołach oraz praktyki prowadzące działalność w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego, w których usługi świadczone były w domu pacjenta. Ogółem skontrolowano stan sanitarny w 1226 placówkach tej grupy spośród 2074 ujętych w ewidencji (59,1%). Przeważały wśród nich indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych (802 obiektów). Liczebność skontrolowanych obiektów w poszczególnych kategoriach była następująca:

- indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych – 802 obiektów (56,1%),
- indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych – 155 obiektów (70,1%),
- grupowe praktyki pielęgniarek i położnych – 269 obiektów (63,4%).

Oceniono negatywnie pod względem sanitarnym 3 obiekty grupowych praktyk pielęgniarek i położnych oraz 1 obiekt indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych.

4. Podsumowanie

Analiza stanu sanitarnego obiektów służby zdrowia wskazuje, że w 2009 r. nie uległ on zasadniczym zmianom w porównaniu z rokiem 2008. 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 4,6%. Lepiej oceniane były indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarstwa.

Największy odsetek obiektów ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym – 22,2% – odnotowano w grupie placówek szpitalnych, co wynika ze specyfiki tych obiektów oraz szczególnych wymagań w stosunku do nich.

Największy problem stanowiły nieprawidłowości związane z postępowaniem z bielizną oraz odpadami medycznymi. W tym ostatnim przypadku chodziło głównie o brak lub niewłaściwy stan techniczny wydzielonego pomieszczenia do przechowywania odpadów medycznych do czasu ich odebrania przez uprawnione firmy specjalistyczne. Umowy z takimi przedsiębiorstwami posiadały praktycznie wszystkie obiekty wytwarzające odpady medyczne. Nadal pewne problemy dotyczą utrzymania czystości w obiektach.

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 zmiernają 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 stanu technicznego.

VII. Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy

1. Wprowadzenie

Działalność kontrolna w 2009 r. pionu higieny pracy realizowana była przez 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych i koordynowana przez 16 wojewódzkich stacji sanitarno – epidemiologicznych. Działania kontrolne z zakresu higieny pracy prowadziło również 8 z 10 funkcjonujących w 2009 r. granicznych stacji sanitarno – epidemiologicznych. Nie wszystkie graniczne stacje sanitarno – epidemiologiczne realizują zadania z zakresu środowiska pracy, co jest związane ze specyficznym położeniem przygranicznym (główne ich działania są związane z kontrolą graniczną).

Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz 70 placówek szczebla podstawowego (22,0 % ogółu) dysponowało bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzanie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych obecnych w środowisku pracy.

Nadzór nad zakładami pracy, w placówkach szczebla podstawowego Państwowej Inspekcji Sanitarnej, sprawowało łącznie 967 pracowników, w tym 911 zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy oraz 56 w niepełnym wymiarze czasu pracy. W placówkach szczebla wojewódzkiego w nadzorze zatrudnionych było 116 osób (108 w pełnym wymiarze czasu pracy oraz 8 w niepełnym wymiarze czasu pracy).

2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Celem sprawowanego przez PIS bieżącego nadzoru sanitarnego jest ochrona zdrowia pracujących przed niekorzystnym wpływem środowiskowych czynników szkodliwych i uciążliwych występujących w środowisku pracy oraz zapobieganie powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

W roku 2009 ewidencją pionu higieny pracy objętych zostało 113 289 zakładów pracy (w 2008 r. – 111 239), zatrudniających ogółem: 4 431 673 pracowników. Największą liczbę zatrudnionych objętych ewidencją pionu higieny pracy odnotowano w następujących sektorach gospodarki narodowej i usług:

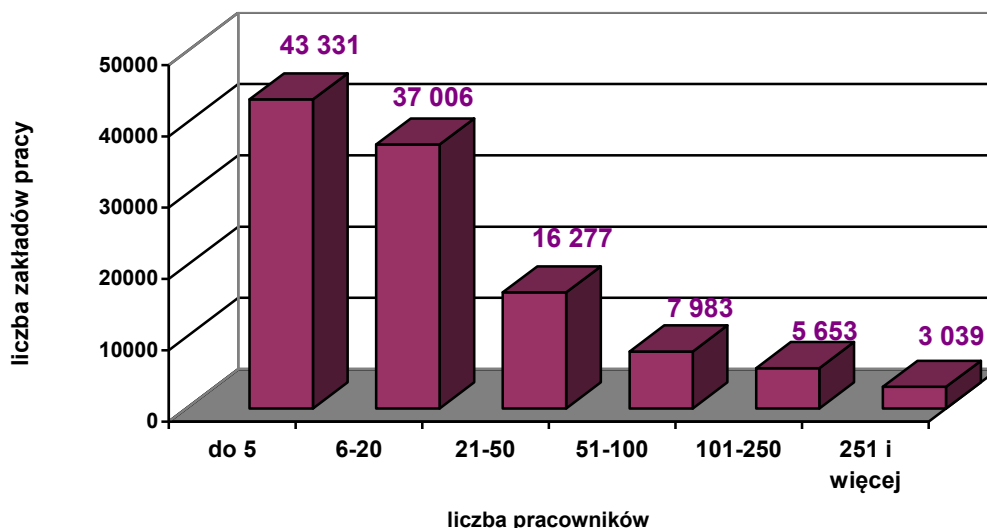
- opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 461 436 zatrudnionych,
- przetwórstwo przemysłowe – 330 656 zatrudnionych,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń 229 225 zatrudnionych,
- transport i gospodarka magazynowa – 179 082 zatrudnionych.

Tabela 1. Struktura podmiotów gospodarczych objętych ewidencją pionu higieny pracy w latach 2007- 2009.

Liczba zatrudnionych w zakładzie pracy	Liczba zakładów			Odsetek całkowitej liczby zakładów nadzorowanych przez pion higieny pracy w 2009 r.
	2007 r.	2008 r.	2009 r.	
do 5	42 030	41 752	43 331	38,3%
6 - 20	36 339	36 597	37 006	32,7%
21 - 50	15 940	16 205	16 277	14,4%
51 - 100	7 786	7 922	7 983	7,0%

101 - 250	5 529	5 693	5 653	4,9%
> 251	3 026	3 070	3 039	2,7%

Większość zewidencjonowanych podmiotów gospodarczych (43 331) to zakłady zatrudniające do 5 pracowników - 38, 3 % podmiotów objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w 2008 r. – 37,6 %).



Rys. 1. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2009 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.

W 2009 r. nadzór higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadził 64 260 kontroli u 44 482 pracodawców (w 2008 r. – 69 324 u 44 850 pracodawców), zatrudniających łącznie 2 587 755 pracowników.

Nadzorem objętych zostało 39,3% zewidencjonowanych podmiotów (w 2008 r. – 40,4 %).

Bieżący nadzór sanitarny obejmował kontrolę przestrzegania w zakładach pracy przepisów dotyczących m.in.

- warunków sanitarno-higienicznych w miejscu pracy,
- wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy,
- występowania substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy,

- przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich u zatrudnionych pracowników,
- oceny i dokumentowania ryzyka zawodowego,
- bezpiecznego stosowania substancji i preparatów chemicznych.

Głównymi aktami prawa krajowego regulującymi zagadnienia w obszarze warunków pracy jest przede wszystkim ustawa Kodeks pracy oraz akty wykonawcze do tej ustawy. Ustawa reguluje obowiązki pracodawcy, nakazujące stosowanie środków zapobiegających występowaniu chorobom zawodowym i innym chorobom związanym z wykonywaną pracą, w szczególności poprzez przeprowadzanie na swój koszt badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, rejestrowanie i przechowywanie wyników badań i pomiarów oraz udostępnianie ich pracownikom.

W 6 974 zakładach pracy objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej (6,2% ogółu zewidencjonowanych) stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych (NDS i NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia (w 2008 r. – w 7 164 zakładach; 6,4% zewidencjonowanych). Przekroczenia NDS i NDN miały miejsce głównie w branżach:

- produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli, produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – w 976 zakładach,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – w 875 zakładach,
- produkcja wyrobów z pozostałych mineralnych surowców niemetalicznych – w 606 zakładach.

Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2009 r. zatrudnionych było 196 098 pracowników (w 2008 r. – 219 105), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – 36 720 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 8 207 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – 16 459 pracowników,
- przy produkcji metali – 14 106 pracowników,
- przy produkcji maszyn i urządzeń, gdzie indziej niesklasyfikowanych – 11 794 pracowników.

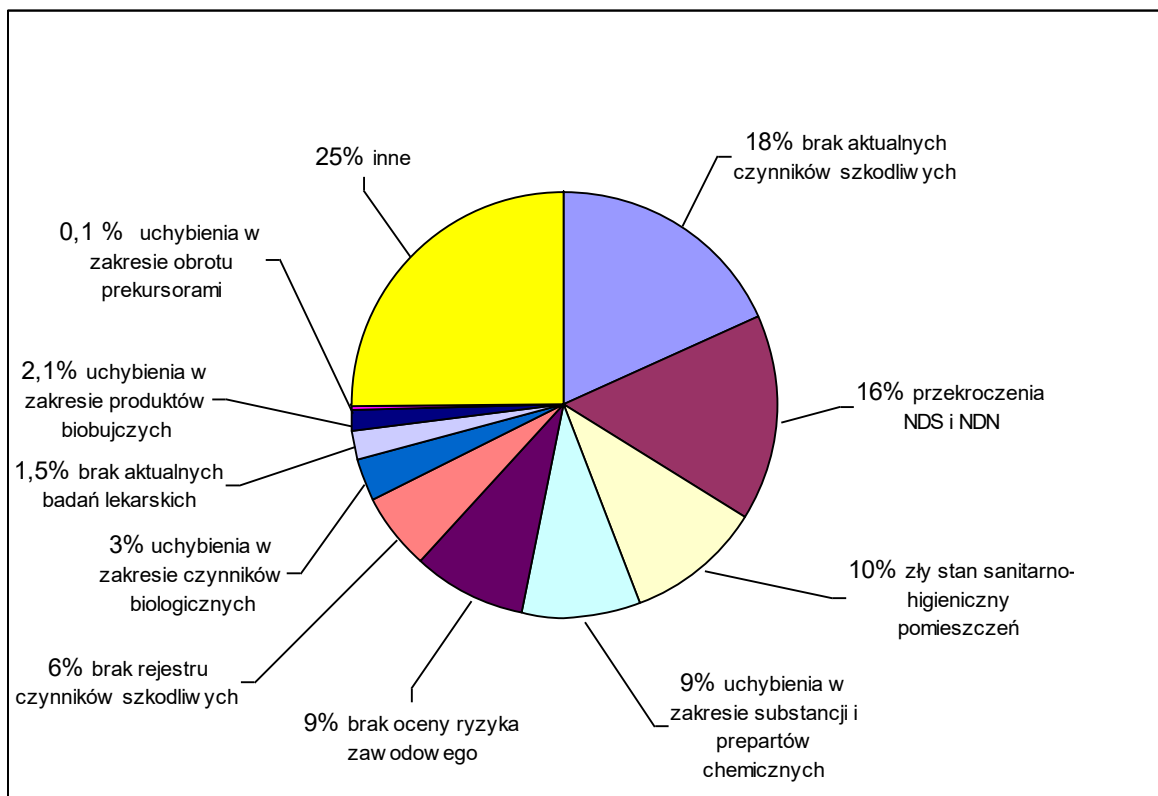
W większości nadzorowanych zakładów zagrożenie stanowił ponadnormatywny hałas. W narażeniu na ponadnormatywne wartości hałasu w 2009 r. zatrudnionych było 153 500

pracowników (w 2008 r. - 177 653 pracowników). Wzmoczone kontrole realizowane przez organy nadzorujące środowisko pracy, a tym samym działania pracodawców, przyczyniły się do poprawy warunków pracy po przez remonty lub wymianę zużytych części maszyn na nowe oraz do zmniejszenia liczby osób narażonych na ponadnormatywne wartości hałasu.

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.

Działania kontrolne organów pionu nadzoru środowiska pracy wykazały znaczącą poprawę warunków pracy w zakresie przekroczeń NDS i NDN na 24 120 stanowiskach pracy.

Przeprowadzone kontrole wykazały, że część pracodawców nie zapewniła wymaganego prawem poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników. Odsetek stwierdzonych najistotniejszych uchybień w skontrolowanych zakładach przedstawiał się następująco:



Ryc. 2 Struktura najistotniejszych uchybień stwierdzonych w skontrolowanych zakładach pracy w 2009 r.

W ramach nadzoru nad substancjami i preparatami chemicznymi pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 24 182 kontrole w 50 076 obiektach zajmujących się obrotem substancjami i preparatami chemicznymi oraz skontrolowali 15 917 pod kątem warunków bezpiecznego stosowania substancji i preparatów chemicznych. W ramach nadzoru nad prekursorami kategorii 2 i 3 przeprowadzono 1 642 kontrole, w tym m.in. w 601 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami tych kategorii.

W wyniku prowadzonego postępowania administracyjno-egzekucyjnego w 2009 r. w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, wydanych zostało 20 200 decyzji administracyjnych, zawierających 51 726 – nakazów m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – 11 047,
- oceny ryzyka zawodowego – 5 003,
- substancji i preparatów chemicznych – 4 692,
- przekroczonych limitów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 2 663,
- czynników biologicznych w środowisku pracy – 1 890,
- substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 983,

- produktów biobójczych – 660,
- detergentów – 85,
- prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 – 42,
- unieruchomienia stanowisk pracy – 9,
- unieruchomienia zakładów – 3,
- unieruchomienia oddziału zakładu – 1.

Zdecydowanie najwięcej nakazów w wydawanych decyzjach dotyczyło przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy. Na drugim miejscu pod względem ilościowym znalazły się nakazy dotyczące sporządzenia lub uaktualnienia oceny ryzyka zawodowego.

Ponadto 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. W związku z występowaniem przekroczeń dopuszczalnych poziomów stężeń i natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy wydawano nakazy obligujące pracodawców do przeprowadzania działań techniczno-organizacyjnych zmierzających do obniżenia przekroczonych poziomów do obowiązujących normatywów higienicznych. Ponadto wydawane nakazy dotyczyły założenia, bądź uzupełnienia rejestrów badań pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia. 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, założenia lub uzupełnienia rejestrów związanych ze stosowaniem czynników rakotwórczych, właściwego oznakowania detergentów, wyposażania pracowników w odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej, przeprowadzania koniecznych prac malarskich i remontowych oraz uaktualnienia badań profilaktycznych pracowników.

W związku z niewykonaniem przez część pracodawców obowiązków nałożonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w postępowaniu egzekucyjnym w 2009 r. wydanych zostało 316 postanowień o nałożeniu grzywny na kwotę 433 934 złotych. W roku objętym sprawozdawczością wyegzekwowano 190 postanowień. Mandaty karne nałożono w 123 przypadkach, łącznie na kwotę 26 100 złotych.

3. Choroby zawodowe

W 2009 r. do Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęło łącznie 7 347 podejrzeń chorób zawodowych. W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 3 243 decyzje o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 3 877 o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. Łącznie w 2009 r. po uprawomocnieniu się decyzji stwierdzono 3 143 choroby zawodowe.

W 2009 r. wśród stwierdzonych chorób zawodowych dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze (875 przypadków), następnie pylice płuc (629 przypadków) oraz przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (619 stwierdzonych przypadków). Schorzenia spowodowane narażeniem na ponadnormatywne wartości hałasu znalazły się na czwartym miejscu i wystąpiły w liczbie 256 przypadków. Wśród chorób zakaźnych największy odsetek stanowiła borelioza (74,6% - w 2009 r.; 73,7% - w 2008 r.) oraz wzw typu C (10,5% - w 2009 r.; 12,0% - w 2008 r.).

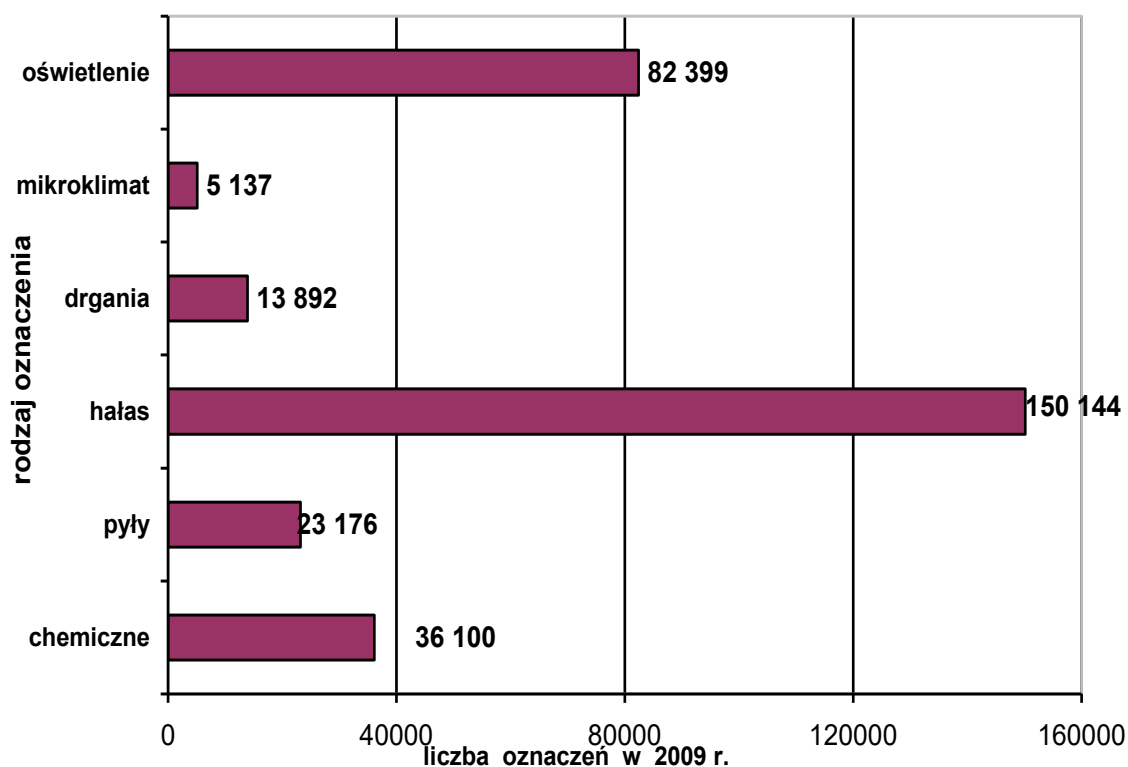
Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w 2009 r. porównaniu z 2008 r. uległa zmniejszeniu o 411 przypadki, a w stosunku do 2007 r. – o 133 przypadki.

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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2009 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili – 251 533 oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych dokonując oceny na 97 088 stanowiskach pracy (w 2008 r. – 310 848 oznaczeń odpowiednio na 122 029 stanowiskach pracy). Wszystkie wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz 70 placówek szczebla podstawowego Państwowej Inspekcji Sanitarnej dysponowały akredytowaną bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzanie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych środowiska pracy.

Pracownicy pionu higieny pracy w całym kraju przeprowadzili pomiary na 97 260 stanowiskach pracy, z czego na 20 796 (21,4% ogółu skontrolowanych pomiarami stanowisk pracy) wystąpiły przekroczenia wartości obowiązujących NDS i NDN lub stwierdzono warunki niezgodne z obowiązującymi normatywami higienicznymi.

Laboratoria środowiska pracy wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych miały wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadały certyfikat akredytacji.



Ryc. 4 Zestawienie przeprowadzonych badań czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy 2009 r.

5. Podsumowanie

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizował w 2009 r. działania kontrolne w ramach obowiązków ustawowych, obejmując swoją ewidencją 113 289 zakładów pracy, tj. o 2 059 zakładów więcej, w porównaniu z poprzednim rokiem objętym sprawozdawczością. Podobnie jak w latach ubiegłych większość skontrolowanych przedsiębiorstw stanowiły zakłady zatrudniające do 100 pracowników – 104 597 zakłady (w 2008 r. – 102 467 zakłady). Skontrolowano 44 482 zakłady pracy tj. 39,3 % zakładów będących w ewidencji, w wyniku których zostało wydanych 20 200 decyzji dotyczących usunięcia naruszeń przepisów sanitarno-higienicznych.

Największy odsetek uchybień stwierdzonych w kontrolowanych zakładach stanowił brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 18,3 % (w 2008 r. – 18,4 %). Natomiast w porównaniu z 2008 r. zmniejszeniu uległa liczba zakładów o 190, w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia.

W 2009 roku w porównaniu z rokiem 2008 nastąpił spadek stwierdzonych chorób zawodowych – o 411 przypadków. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych – (875 przypadków, z czego 653 przypadki – 74,5 % grupy chorób zakaźnych lub pasożytniczych stanowiła borelioza.

VIII. 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 2007r., Nr 42, poz.276, z późn. zm.),
- oraz w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0Hz do 300GHz.

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

Zadania pionu higieny radiacyjnej realizowane są między innymi przez:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa,
- wykonywanie pomiarów dozymetrycznych wokół źródeł promieniowania jonizującego i źródeł pól elektromagnetycznych oraz ocenę warunków pracy,
- prowadzenie postępowania administracyjnego (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości,
- 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,

- kontrolę przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-lecznym, w tym prowadzenie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów nowopowstających lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- prowadzenie procesu nadawania uprawnień inspektorów ochrony radiologicznej (odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich),
- wykonywanie pomiarów zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz.
- prowadzenie działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.

2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2009 zewidencjonowano 9 320 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego (w latach wcześniejszych odpowiednio wg. tabeli 1.)

Tab. 1. Liczba zewidencjonowanych jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego w latach 2006 - 2009

L.p.	Rok	Liczba zewidencjonowanych jednostek
1	2009	9 320
2	2008	9 222
3	2007	8 904
4	2006	7 607

Przeprowadzono 3 211 kontroli pracowni i zakładów, w których było zatrudnionych 31 843 osoby pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące (w latach wcześniejszych odpowiednio wg tabeli 2.).

Tab. 2. Liczba skontrolowanych pracowni i zakładów oraz liczba osób pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące w latach 2006 – 2009

L.p.	Rok	Liczba skontrolowanych pracowni i zakładów	Liczba osób pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące
1	2009	3 175	31 843
2	2008	3 339	34 793
3	2007	2 845	32 000
4	2006	2 628	33 726

Według danych z 2009 r., wśród osób objętych kontrolą dawek indywidualnych nie zanotowano przekroczenia limitów dawek granicznych.

U zdecydowanej większości zawodowo narażonej grupy na promieniowanie RTG narażenie było poniżej 1mSv tj. dla populacji. Dawka, którą otrzymali pracownicy była niższa niż dawka pochodząca od tła promieniowania naturalnego.

W porównaniu z latami ubiegłymi w 2009 r. średnie parametry u populacji zawodowo narażonej na promieniowanie rtg nie uległy istotnym zmianom.

W porównaniu z latami poprzednimi średnie 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 802 decyzje administracyjne i zaleceń pokontrolnych dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym (odpowiednio 660 decyzji w roku 2008, 550 decyzji w roku 2007 i 544 decyzji w roku 2006)

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 (Dz. U. 06.239.1737), w roku 2009 Główny Inspektor Sanitarny powołał blisko 41 komisji egzaminacyjnych; w wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano ok. 900 takich uprawnień.

Główny Inspektor Sanitarny prowadził proces nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej, na który składa się:

- prowadzenie rejestru jednostek, które organizują szkolenia dla osób pragnących nabyć uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej; w chwili obecnej w rejestrze znajdują się 28 jednostek.

- na wniosek jednostek powołuje komisje egzaminacyjne; w roku 2008 powołano blisko 41 takich komisji;
- w wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano ok. 900 takich uprawnień.

Ponadto przed wydaniem zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu rtg oraz na uruchomienie pracowni rtg (w roku 2008 wydano w sumie ponad 1096 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 radiologicznej pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* i przepisy wykonawcze z nią związane. 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 kontrole jakości aparatury rtg, - w roku ubiegłym inspekcja sanitarna wykonała blisko 1 000 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 2009 kontynuowano zbieranie danych z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi 0Hz - 300GHz w środowisku pracy. Wyniki analizy tych danych przedstawiają się następująco:

- w roku 2009 objęto nadzorem 870 zakładów pracy na 4 880 będących w ewidencji;

w latach ubiegłych odpowiednio:

- 2008 rok - 1 012 objętych nadzorem na 5 223 będących w ewidencji;

- 2007 rok – 1 002 objętych nadzorem na 5 314 będących w ewidencji;
- 2006 rok - 1 104 objętych nadzorem na 5 523 będących w ewidencji;
- 2005 rok - 1 356 objętych nadzorem na 7 237 będących w ewidencji;
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 2009: 26 323 (w 2008 r. 23 426, w 2007 r. 22 902, w 2006 r. 20 074 urządzenia).

W ochronie zdrowia skontrolowano 695 zakładów (2201 będących w ewidencji), w energetyce 4 na 18, w przemyśle 142 na 652, w Radiokomunikacji i łączności 21 na 1 947, w nauce 4 na 36, oraz 4 na 26 zewidencjonowanych jako inne. Łącznie skontrolowano 3 378 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy.

W ochronie zdrowia skontrolowano 695 zakładów (2201 będących w ewidencji), w energetyce 4 na 18, w przemyśle 142 na 652, w Radiokomunikacji i łączności 21 na 1 947, w nauce 4 na 36, oraz 4 na 26 zewidencjonowanych jako inne. Łącznie skontrolowano 3 378 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach osób wynosiła 40 536 (35 786 w roku 2008, 39 417 w roku 2007, 30 544 w roku 2006) z czego:

- w ochronie zdrowia 32 450 osób (28 564 w 2008 r., 31 140 w 2007 r., 23 556 w 2006 r.),
- w energetyce 224 (62 w 2008 r., 196 w 2007 r., 383 w 2006 r.),
- w przemyśle 5 264 (4 677 w 2008 r., 6 214 w 2007 r., 4 315 w 2006 r.),
- w radiokomunikacji i łączności 2 320 (2 236 w 2008 r., 1 851 w 2007 r., 1 134 w 2006 r.),
- w nauce 209 (100 w 2008 r., 57 w 2007 r., 54 w 2006 r.)
- sklasyfikowanych jako inne 69 (147 w 2008 r., 139 w 2007 r., 173 w roku 2006).

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

Wskaźnik ekspozycji $W > 1$ dotyczył 152 osób (287 w roku 2008, 102 w roku 2007, 308 w roku 2006, 204 w roku 2005 r.), co oznacza, że 152 osoby podlegały ekspozycji niedopuszczalnej. W szczególności dotyczyło to osób zatrudnionych w ochronie zdrowia – 86 osób (z czego 56 pracujące przy aparatach do elektrochirurgii), w przemyśle 57 osób (z czego 56 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 5 396 osób wskaźnik ekspozycji W zawierał się w przedziale 0,5 – 1 (odpowiednio 2 969 w 2008 r., 2 766 w 2007 r., 2 534 w 2006 r., 2 810 w 2005 r.), w tym pracowników w ochronie zdrowia dotyczy 4 707 osób. Dla 27 214 osób (22 074 w 2007 r., 24 728 w 2007 r., 20 859 w 2005 r., 21 505 w 2004 r.) wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.

5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych

Zgodnie z art.63 ust.2 ustawy z dnia 29 listopada 200 r. *Prawo atomowe* (Dz.U. z 2004 r. Nr 161, poz 1689 z późn. zm.) nadzór i kontrolę w zakresie przestrzegania warunków bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w zakładach stosujących źródła izotopowe i urządzenia techniki jądrowej sprawują organy dozoru jądrowego podległe Prezesowi Państwowej Agencji Atomistyki. W związku z powyższym nadzór w tym zakresie prowadzony przez pion higieny radiacyjnej został ograniczony do działań wynikających z Porozumienia zawartego między Głównym Inspektorem Sanitarnym i Prezesem Państwowej Agencji Atomistyki w sprawie współdziałania w realizacji zadań z zakresu ochrony radiologicznej i wzajemnemu informowaniu o stanie ochrony radiologicznej. Zatrudnienie na stanowiskach odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej osób posiadających uprawnienia IOR znacząco wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa i przestrzeganie zasad ochrony radiologicznej. Fachowy nadzór gwarantuje, iż konserwacja i badanie szczelności źródeł są prowadzone na bieżąco.

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 2009 w placówkach tych wykonano łącznie 1655 oznaczeń Cs - 137, blisko 40 oznaczeń Sr - 90, oraz 862 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 140 oznaczeń Cs - 137 metodą radiochemiczną oraz 308 oznaczeń Cs - 137 metodą spektrometryczną.

Otrzymane wyniki są wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów tj. 370 Bq/kg dla mleka i jego przetworów oraz 600Bq/kg dla innych produktów.

6. 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.

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

1. Informacje wstępne

W roku 2009 pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) w ramach nadzoru nad warunkami pobytu dzieci i młodzieży w placówkach nauki i wychowania skontrolowali ogółem 31 685 szkół i innych placówek oświatowo-wychowawczych spośród 37 063 będących w ewidencji, w tym skontrolowano 350 żłobków, 8 187 przedszkoli, 18 593 szkół oraz 4 551 innych placówek oświatowo-wychowawczych. W ww. placówkach przebywało łącznie 6 738 317 dzieci i młodzieży.

2. Funkcjonalność budynków

Z przeprowadzonych corocznie kontroli wynika, że coraz mniej szkół i placówek funkcjonuje w obiektach nieprzystosowanych do procesów nauczania. Spośród skontrolowanych obiektów szkolnych w 347 (1,9%) placówkach zajęcia odbywały się w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania (w 2004 r. – w 3,2 % szkół).

Użytkowanie obiektów nieprzystosowanych w największym stopniu dotyczyło 10% liceów profilowanych, 7,7% techników, 7,3% średnich szkół zawodowych oraz 2,9% żłobków i 2,5% przedszkoli.

3. Stan techniczny oraz sanitarny budynków

Oceniając stan sanitarno-techniczny obiektów szkolnych w roku sprawozdawczym stwierdzono nieznaczną poprawę w stosunku do lat poprzednich.

Pomimo poprawy, zły stan techniczny odnotowano ogółem w 6,3% szkół (w 2008 r. 7,9%). Wśród tych szkół nieprawidłowości w zakresie stanu technicznego dotyczyły 12,7% liceów ogólnokształcących, 9,7%, zespołów szkół ponadpodstawowych, 9,1% filii gimnazjów, 7,4% średnich szkół zawodowych, 6,2% gimnazjów i 5,5% filii szkół podstawowych.

Natomiast zły stan sanitarny budynków odnotowano w bardzo niewielkiej części szkół i wyniósł 0,4%, podobnie jak w latach ubiegłych.

4. Wodociągi i kanalizacja

W wyniku przeprowadzonych kontroli odnotowano 7 szkół (w 2008r. - 12.) nie podłączonych do sieci wodociągowej, a 15 (w 2008r. - 36.) bez kanalizacji. W ewidencji znalazły się 3 szkoły podstawowe, 2 filie tych szkół i 2 zespoły szkół ogólnokształcących bez wodociągu i odpowiednio 9 szkół podstawowych, 2 gimnazja i 4 zespoły szkół ogólnokształcących bez kanalizacji.

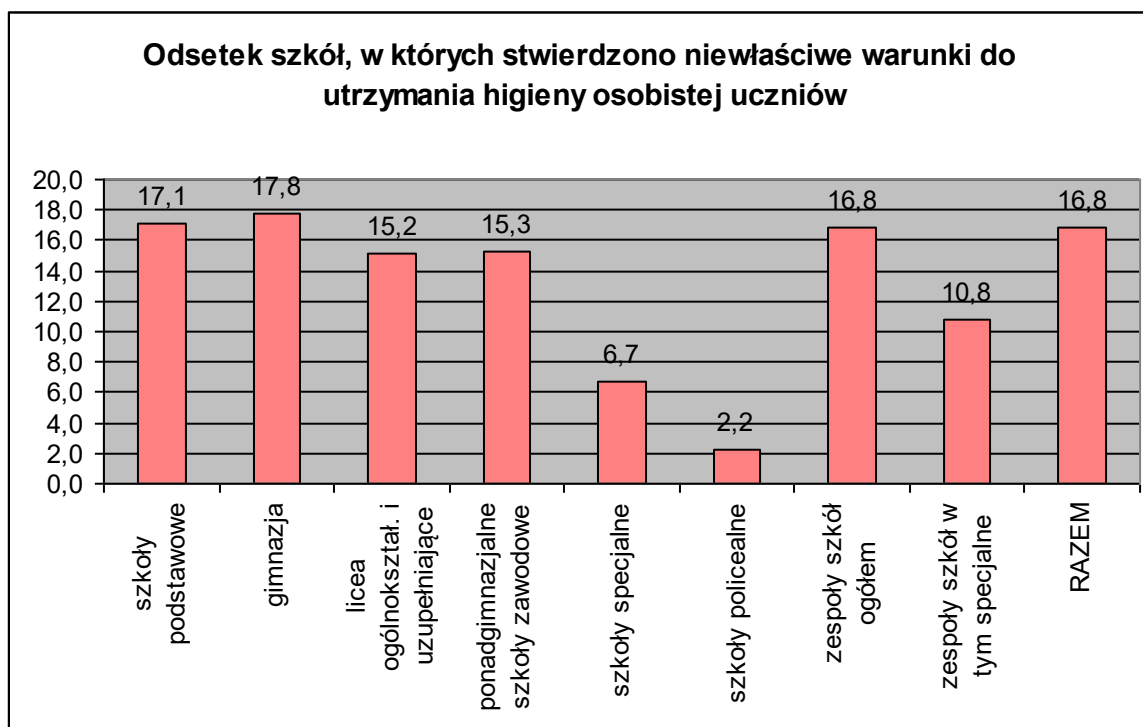
Ogółem 2 przedszkola, 2 placówki pracy pozaszkolnej oraz 37 szkół posiadało ubikacje zewnętrzne (w 2006r. - 142; w 2008r. - 83) z czego 21 to szkoły podstawowe i 3 filie szkół podstawowych, 3 gimnazja, 1 liceum ogólnokształcące i 9 zespołów szkół.

W 215 szkołach i placówkach wydano decyzje administracyjne dotyczące jakości wody pitnej.

5. Warunki do utrzymania higieny

W 2009 roku poddano szczegółowej ocenie warunki do utrzymania higieny osobistej uczniów,. W tym aspekcie skontrolowano 16 991 szkół.

Podczas kontroli wykazano, iż większość placówek (83,2%) stworzyła uczniom odpowiednie warunki do utrzymania higieny osobistej.



W 2 852 szkołach (16,8%) stwierdzono niewłaściwe warunki do utrzymania higieny osobistej w tym:

- w 9,0 % szkół nie zapewniono w sanitariatach ciepłej bieżącej wody,
- w 4,6% szkół nie udostępniono uczniom mydła w dozownikach,
- w 5,3% nie dano możliwości osuszenia rąk (brak suszarek lub ręczników papierowych),
- w 2% szkół podczas kontroli nie było w sanitariatach papieru toaletowego.

Ogółem w 4,5% skontrolowanych szkół stwierdzono zaniedbania porządku i czystości oraz zły stan techniczny toalet.

W 721 (3,9%) szkołach odnotowano ponadnormatywną liczbę uczniów przypadającą na urządzenia ustępowe, najczęściej w liceach profilowanych.

6. Oświetlenie

Pomiary sztucznego oświetlenia wykonane przez PIS w wybranych placówkach, wykazały niezgodność z wymogami Polskich Norm w:

- 28,7% oddziałów w 29% skontrolowanych przedszkoli,

- 37,5% oddziałów w 47,3% skontrolowanych szkół podstawowych,
- 100% oddziałów w 100 % skontrolowanych filii szkół podstawowych,
- 39,9 % oddziałów w 44,6% skontrolowanych gimnazjów,
- 38,6 % oddziałów w 57,3% skontrolowanych szkół ponadgimnazjalnych,
- 80,0% pokoiów w 50% skontrolowanych burs i internatów.

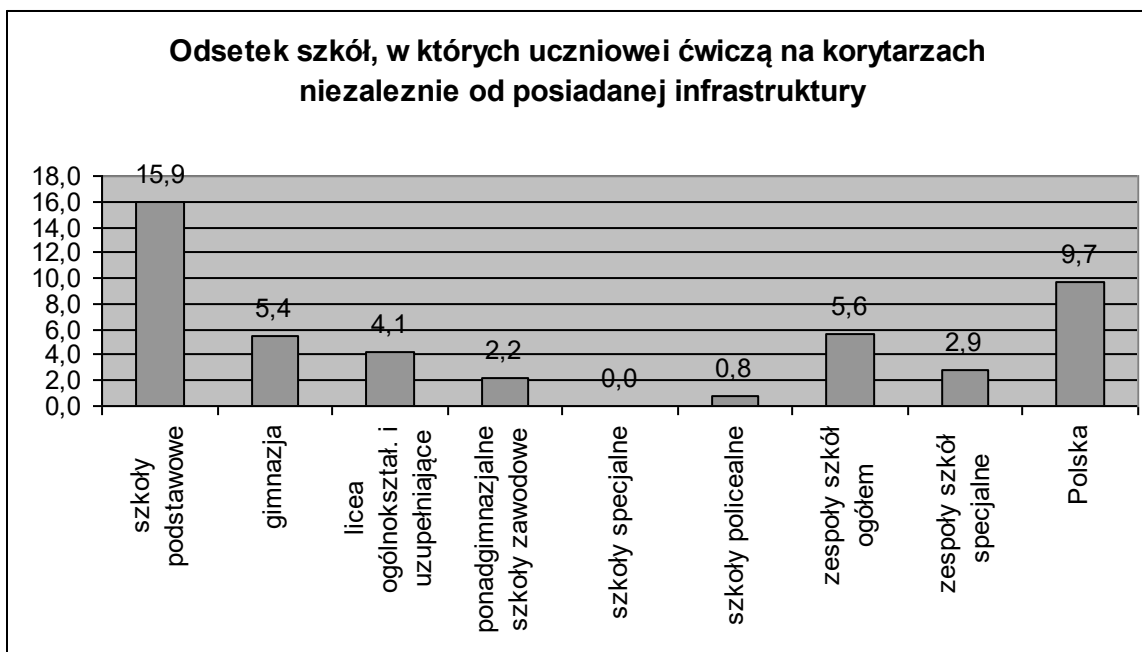
7. Infrastruktura do prowadzenia zajęć WF

W roku sprawozdawczym odnotowano znaczną poprawę pod względem posiadania przez szkoły infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego.

Odnotowano ogółem 2 494 (13,4%) szkół nie posiadających sali gimnastycznej lub rekreacyjnej (25,4 % w 2004 r.). W szkołach, w których nie było sali gimnastycznej zajęcia odbywały się na korytarzach lub w salach lekcyjnych. Niezależnie od posiadanej infrastruktury w 1 849 szkołach organizowano uczniom zajęcia wychowania fizycznego na korytarzach.

Pod względem posiadania pełnej infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego, najlepiej sytuacja przedstawiała się:

- w 68,1 %, zespołów szkół ponadpodstawowych,
- w 79 % zespołów szkół ogólnokształcących,
- w 66,2 % liceów ogólnokształcących,
- 68,1%, szkół podstawowych,
- 66,4% gimnazjów.



Oceniając placówki pod względem posiadania infrastruktury do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stwierdzono, że:

- 85,7 % liceów uzupełniających,
- 80 % liceów profilowanych,
- 72,7 % filii gimnazjów,
- 69,8 % szkół policealnych
- 69,2 % techników,
- 66,7 % techników uzupełniających,
- 60 % zasadniczych zawodowych,
- 59,3 % średnich zawodowych
- 30,3 % filii szkół podstawowych,
- 21% liceów ogólnokształcących,
- 20,1 % gimnazjów,
- 12,6 % zespołów szkół podstawowych
- 11 % szkół podstawowych,
- 6,23 % zespołów szkół ponadpodstawowych

nie posiadało ani sali gimnastycznej, ani sali rekreacyjnej (zastępczej).

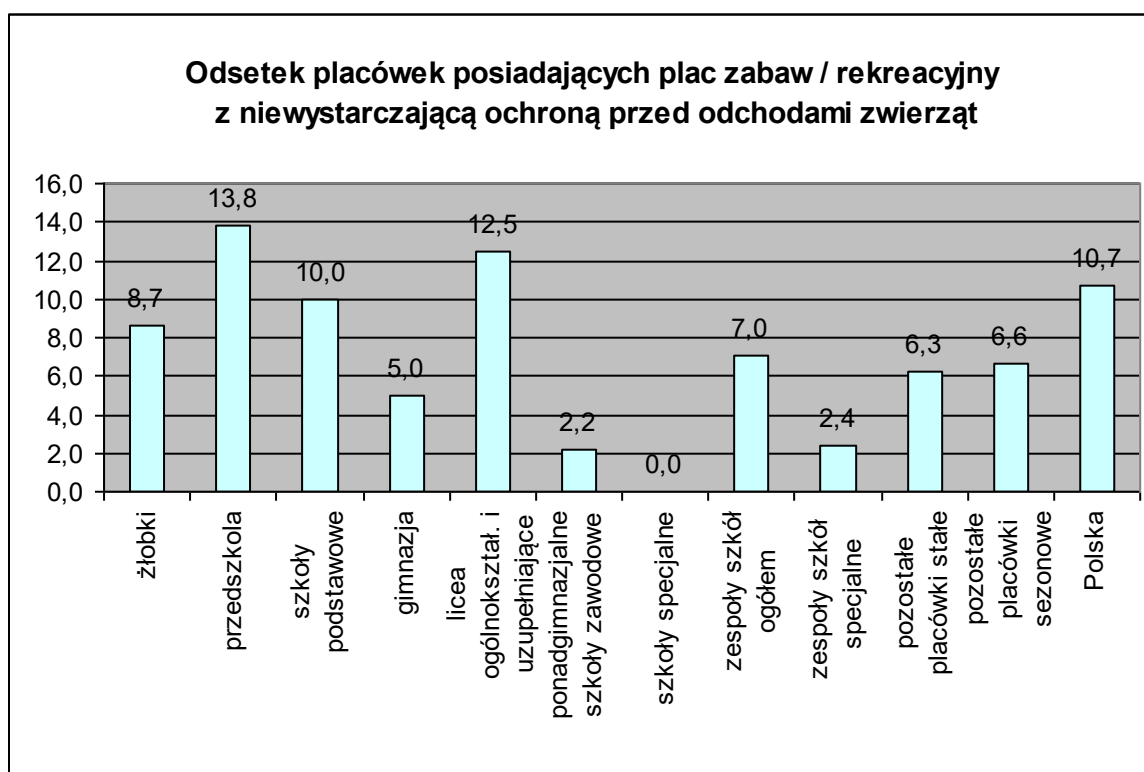
Ogółem w roku sprawozdawczym odnotowano 12 815 (68,9%) szkół posiadających pełną infrastrukturę do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego (*placówki posiadające salę gimnastyczną, zastępcza i boisko lub halę sportową*).

Podczas kontroli w 2009 r. oceniono również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po odbytych zajęciach sportowych.

Stwierdzono, iż 40,8% (w 2008 r. - 37,8 %) skontrolowanych szkół posiadało czynne natryski z ciepłą wodą, ale tylko w 445 szkołach (2,3%) używano ich po zajęciach WF. Najczęściej uczniowie korzystali z natrysków po dodatkowych zajęciach sportowych - 4 497 szkół (23,7%).

8. Place zabaw i rekreacji oraz tereny sportowe

W 2009 po raz pierwszy poddano analizie stan sanitarny placów zabaw, rekreacji i terenów sportowych przy żłobkach, przedszkolach i szkołach. Ocenie podlegała ochrona terenu, a szczególnie piaskownic przed zanieczyszczeniem odchodami zwierzęcymi.



Stwierdzono niewystarczającą ochronę przed zanieczyszczeniem odchodami zwierzęcymi:

- w 10,7% placówek z pośród 1 591 placówek posiadających teren rekreacyjny lub plac zabaw,
- w 5,3% placówek spośród 368 posiadających teren sportowy,
- 5,9% placówek posiadających zarówno teren sportowy jak i rekreacyjny.

Najgorzej sytuacja przedstawiała się w przedszkolach, gdzie aż 13,8% placówek nie zabezpieczyło piaskownic przed zanieczyszczeniami odchodami zwierzęcymi.

9. Ergonomia w szkole

W zakresie użytkowania mebli szkolnych dostosowanych do wzrostu dzieci i młodzieży stwierdzono, iż używanie mebli niedostosowanych do wzrostu uczniów dotyczyło:

- 16,5 % oddziałów w 7,9 % przedszkoli,
- 15,6% oddziałów w 6,1% szkół podstawowych,
- 8,7% oddziałów w 5,8 % filii szkół podstawowych,
- 12,9% oddziałów w 5,7 % gimnazjów,
- 20% oddziałów w 20 % filii gimnazjów,
- 9,2% oddziałów w 3 % szkół ponadgimnazjalnych.

Certyfikaty na sprzęt i meble szkolne

W 2009 roku do 30 września stacje sanitarno epidemiologiczne w całym kraju objęły nadzorem 13 672 placówek pod kątem oceny wyposażenia i przystosowania dla potrzeb dzieci i młodzieży mebli szkolnych i przedszkolnych. W trakcie kontroli stwierdzono, że 2 461 (18%) placówek nie posiadało certyfikatów na meble szkolne i przedszkolne.

Niepokojącym jest fakt, że 19,2% szkół podstawowych posiada meble bez certyfikatów.

W analizowanym roku sprawozdawczym skontrolowano 11 927 szkół pod kątem spełnienia wymogów w stosunku do urządzeń i sprzętu sportowego. Wyniki kontroli wykazały, że 3 233 szkoły (27,1%) posiadały sprzęt i urządzenia sportowe bez certyfikatów. Jedynie 2 195 (18,4%) placówek posiadało w 100% sprzęt i urządzenia z certyfikatami.

10. Opieka medyczna

W 2009 r. odnotowano 48,5% szkół posiadających gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej 79,8 % zespołów szkół ponadpodstawowych, 54 % zespołów szkół ogólnokształcących, 55,4 % gimnazjów, 37,5 % szkół podstawowych, 77,5 % liceów ogólnokształcących, w tym 14,3% placówek użytkowało gabinety wspólnie z innymi placówkami funkcjonującymi w tym samym obiekcie. Spośród skontrolowanych gabinetów:

- 2,2% nie spełnia wymogów technicznych,
- 0,4% bez dostępu do ciepłej bieżącej wody,
- 1,5% o powierzchni poniżej 12m²,
- 0,2% w niewłaściwym stanie sanitarnym
- w 27,8 % szkół profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami jest świadczona w pomieszczeniach pełniących inne funkcje, a udostępnianych pielęgniarce i uczniom na czas realizowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

11. Rozkłady zajęć szkolnych

Na właściwy rozwój ucznia wpływa m.in. organizacja procesu nauczania i wychowania w szkołach, zwłaszcza planowanie nauki i odpoczynku.

W roku 2009 stwierdzono niezgodność tygodniowego rozkładu lekcji z przepisami prawnymi oraz z zasadami higieny w:

- 16,7 % oddziałów w 25,1 % skontrolowanych szkół podstawowych,
- 2,4 % oddziałów w 5,0 % skontrolowanych filii szkół podstawowych,
- 24,1% oddziałów w 28,9 % skontrolowanych gimnazjów,
- 30,0 % oddziałów w 25,0 % skontrolowanych filii gimnazjów,
- 20,0 % oddziałów w 30,2 % skontrolowanych szkół ponadgimnazjalnych.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- zbyt krótkich przerw,
- łączenia przedmiotów trudnych,
- umieszczania przedmiotów trudnych na pierwszej bądź ostatniej lekcji,
- rozpoczynania zajęć lekcyjnych o różnych porach.

12. Dożywianie dzieci i młodzieży

W 2009 r. skontrolowano szkoły podstawowe i gimnazja również pod kątem prowadzonego dożywiania dzieci i młodzieży.

Z przeprowadzonych kontroli wynikało, że posiłki wydawało 64,2% szkół, a skorzystało z nich ogółem 1 065 451 dzieci i młodzieży, w tym połowa spożywała posiłki dofinansowane przez pomoc społeczną i inne organizacje i instytucje.

13. Substancje i preparaty chemiczne w szkolnych pracowniach chemicznych

Spośród 17 098 skontrolowanych szkół, 3 972 szkoły (22,9 %) w swoich pracowniach chemicznych posiadało substancje i preparaty chemiczne. Szkoły posiadały 49 110,09 kg, substancji i preparatów niebezpiecznych, w tym przeterminowanych 7 254,09 kg.

Pracownicy PIS kontrolując szkoły pod kątem posiadanych substancji i preparatów niebezpiecznych zwrócili uwagę na:

- brak aktualnego spisu posiadanych substancji i preparatów niebezpiecznych – odnotowano w 0,2% szkół,
- brak wymaganych kart charakterystyki substancji i preparatów chemicznych – odnotowano w 0,1% szkół,
- brak oznakowania bądź oznakowanie niezgodne z przepisami – odnotowano w 0,2% szkół,
- przechowywanie substancji i preparatów niebezpiecznych w nie zamkniętych pomieszczeniach – odnotowano w 0,1% szkół.

W 2009 roku wydano 24 decyzje administracyjne i nałożono dwa mandaty karne z powodu stwierdzonych nieprawidłowości.

14. Inne placówki oświatowo-wychowawcze

Pracownicy PIS w 2009 r. spośród 5 457 będących w ewidencji skontrolowali ogółem 4 721 (81,4 %) placówek oświatowo-wychowawczych. Do placówek tych zaliczało się:

- 385 żłobków
- 297 warsztatów szkolnych i centrów szkolenia zawodowego,
- 314 domów dziecka,

- 330 internatów i burs,
- 434 domów studenckich,
- 2 772 placówki z pobytem dziennym lub/i całodobowym (tj.: pogotowia opiekuńcze, świetlice i kluby środowiskowe, ogniska wychowawcze, schroniska młodzieżowe, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, młodzieżowe ośrodki wychowawcze),
- 1 624 placówek pracy pozaszkolnej (tj.: pałace młodzieżowe, domy kultury, międzyszkolne ośrodki sportowe, ogniska pracy pozaszkolnej, ogrody jordanowskie, itp.),
- 404 placówki rekreacyjne (tj.: domy wczasów dziecięcych, „zielone szkoły”, schroniska młodzieżowe).

Oceniając budynki w jakich mieściły się placówki, brano pod uwagę ich funkcjonalność oraz stan sanitarno-techniczny. W złym stanie sanitarnym i technicznym najczęściej były:

- 12,4% placówek z pobytem dziennym i całodobowym,
- 11,5% burs i internatów,
- 9,7% domów studenckich,
- 6,0% placówek z pobytem całodobowym,
- 2,9 domów dziecka.

Pozostałe obiekty charakteryzowały się właściwym stanem sanitarno-technicznym.

15. Wypoczynek dzieci i młodzieży

W 2009 r. zakwalifikowano 8 846 placówek wypoczynku dla dzieci i młodzieży, w tym 6 469 placówek wypoczynku letniego oraz 2 377 placówek wypoczynku zimowego. Z różnego rodzaju form wypoczynku skorzystało 650 420 dzieci i młodzieży, w tym 495 565 uczestników skorzystało z wypoczynku letniego, a 154 855 z wypoczynku zimowego.

Wypoczynek dzieci i młodzieży organizowany był zarówno w miejscu zamieszkania, jaki i w formach wyjazdowych. Wypoczynek w miejscu zamieszkania organizowany był na bazie szkół, klubów osiedlowych czy domów kultury. W 25% placówek wypoczynku w miejscu zamieszkania zorganizowano dzieciom dożywianie.

Natomiast formy wyjazdowe wypoczynku dotyczące kolonii oraz obozów organizowane były w obiektach stałych, tj.: szkoły, internaty, schroniska młodzieżowe i ośrodki wczasowe.

Uchybienia stwierdzono, podobnie jak w latach ubiegłych, w zakresie zaniedbań natury sanitarnej w 2,4 % placówek.

16. Podsumowanie

W wyniku przeprowadzonych kontroli wydano 13 217 decyzji administracyjnych oraz nałożono 266 mandatów na łączną kwotę 50 150 PLN.

Rodzaj placówki		Decyzje administracyjne (merytoryczne)		Mandaty karne		
		Wydane	Wyegzekwowane	Liczba	Kwota	
		1	2	3	4	
Żłobki	1	66	25	4	350	
Placówki funkcjonujące samodzielnie	Przedszkola	2	2365	1092	118	18900
	Szkoły podstawowe	3	3996	1897	155	22140
	Gimnazja	4	1129	483	37	4600
	Licea ogólnokształcące (w tym uzupełniające)	5	333	116	13	4250
	Ponadgimnazjalne szkoły zawodowe	6	130	57	1	100
	Szkoły specjalne	7	29	4	0	0
	Szkoły policealne	8	76	14	0	0
Zespoły szkół	ogółem	9	3531	1632	97	13600
	w tym specjalne	10	182	61	2	624
<i>Razem szkoły (suma wierszy: od 03 do 09)</i>		19	9201	4203	304	44690
Warsztaty szkolne	20	91	32	1	150	
Szkoły wyższe	21	295	91	13	2800	
Pozostałe placówki stałe	22	921	393	44	8100	
Placówki sezonowe	23	474	119	266	50150	
<i>OGÓLEM: (suma wierszy: 01+02+19+20+21+22+23)</i>		24	13217	5922	745	124690

Ponadto w wyniku prowadzonego w roku sprawozdawczym nadzoru nad szkołami i innymi placówkami oświatowo-wychowawczymi, a także nad placówkami wypoczynku dzieci i młodzieży stwierdzono, iż:

1. Placówki szkolne i przedszkolne w Polsce są wyposażone w niewystarczającym stopniu w ergonomiczne i bezpieczne meble oraz urządzenia i sprzęt sportowy.
2. Konieczna jest poprawa warunków nauczania w szkołach i placówkach poprzez stworzenie ergonomicznych stanowisk pracy uczniów.
3. Systematycznie, choć nieznacznie ulega poprawie sytuacja dotycząca korzystania przez uczniów z ubikacji zewnętrznych (91 placówek z zewnętrznymi ustępami w 2008r. - 41 placówek w roku 2009).
4. Posiadane przez szkoły gabinety profilaktycznej opieki medycznej odznaczały się dobrym stanem sanitarno-technicznym. W 20 % szkół nie zapewniono profilaktycznej opieki zdrowotnej na swoim terenie.
5. Placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży w większości zostały zorganizowane prawidłowo i nie budziły zastrzeżeń.
6. PIS nadal będzie nadzorować warunki higieniczno - sanitarne procesów nauczania i wychowania w szkołach i innych placówkach oraz systematycznie informować o wynikach tych kontroli dyrektorów placówek na poziomie lokalnym, samorządy terytorialne i władze oświatowe na poziomie wojewódzkim.

X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku

1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2009 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 347 033 obiekty żywności, żywienia i przedmiotów użytku, w tym:

- 17 869 zakładów produkcji żywności, w tym: 787 wytwórni lodów, 2 584 automatów do lodów, 31 wytwórni tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi, 6 254 piekarni, 3 214 ciastkarni, 913 przetwórni owocowo-warzywnych i grzybowych, 63 browarów i słodowni, 162 wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewni piwa, 130 wytwórni naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych, 590 zakładów garmażeryjnych, 629 zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego, 203 wytwórnie makaronów, 423 wytwórnie wyrobów cukierniczych, 177 wytwórni koncentratów spożywczych, 46 wytwórni octu, majonezu i musztardy, 66 wytwórni chrupków, chipsów i prażynek, 106 wytwórni suplementów diety, 16 wytwórni środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, 57 wytwórni substancji dodatkowych, 22 cukrownie oraz 1 395 innych wytwórni

- żywności,
- 194 925 obiektów obrotu żywnością, w tym: 147 207 sklepów spożywczych (w tym 3 220 super i hipermarketów), 21 203 kioski spożywcze, 10 796 magazynów hurtowych, 6 056 obiektów ruchomych i tymczasowych oraz 9663 innych obiektów obrotu żywnością,
 - 22 485 środków transportu żywności,
 - 72 866 zakładów żywienia zbiorowego otwartych, w tym m.in.: 43 546 zakładów małej gastronomii,
 - 33 368 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym: 875 stołówek pracowniczych, 2 136 bufetów przy zakładach pracy, 2 103 stołówki w domach wczasowych, 920 bloków żywienia w szpitalach, 246 kuchni niemowlęcych, 232 bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach, 1 558 bloków żywienia w domach opieki społecznej, 404 stołówki w żłobkach i domach małego dziecka, 9 579 stołówek szkolnych, 747 stołówek w bursach i internatach, 2 789 stołówek na koloniach, półkoloniach i obozach, 8 096 stołówek w przedszkolach, 315 stołówek w domach dziecka i młodzieży, 113 stołówek studenckich, 691 stołówek w zakładach specjalnych i wychowawczych, 311 zakładów usług cateringowych oraz 2 253 inne zakłady żywienia,
 - 2 451 wytwórni i miejsc obrotu przedmiotami użytku, w tym m.in.: 599 wytwórni materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
 - 3 070 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami, w tym m.in. 229 zakładów produkcji i konfekcjonowania kosmetyków.

W nadzorowanych zakładach przeprowadzono 358 140 kontroli sanitarnych. Wydano 52 007 decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 970 decyzji przerwania działalności. Winnych zaniedbań ukarano 26 806 mandatami, na łączną kwotę 5 135 320 PLN. Stan sanitarny obiektów w latach 2001-2009 przedstawia Tabela 10.1.

Tabela 10.1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2001-2009

Lata	Odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym
2001	14,5
2002	12,4
2003	10,2
2004	8,6
2005	2,9
2006	2,3
2007	2,3
2008	2,3
2009	2,2

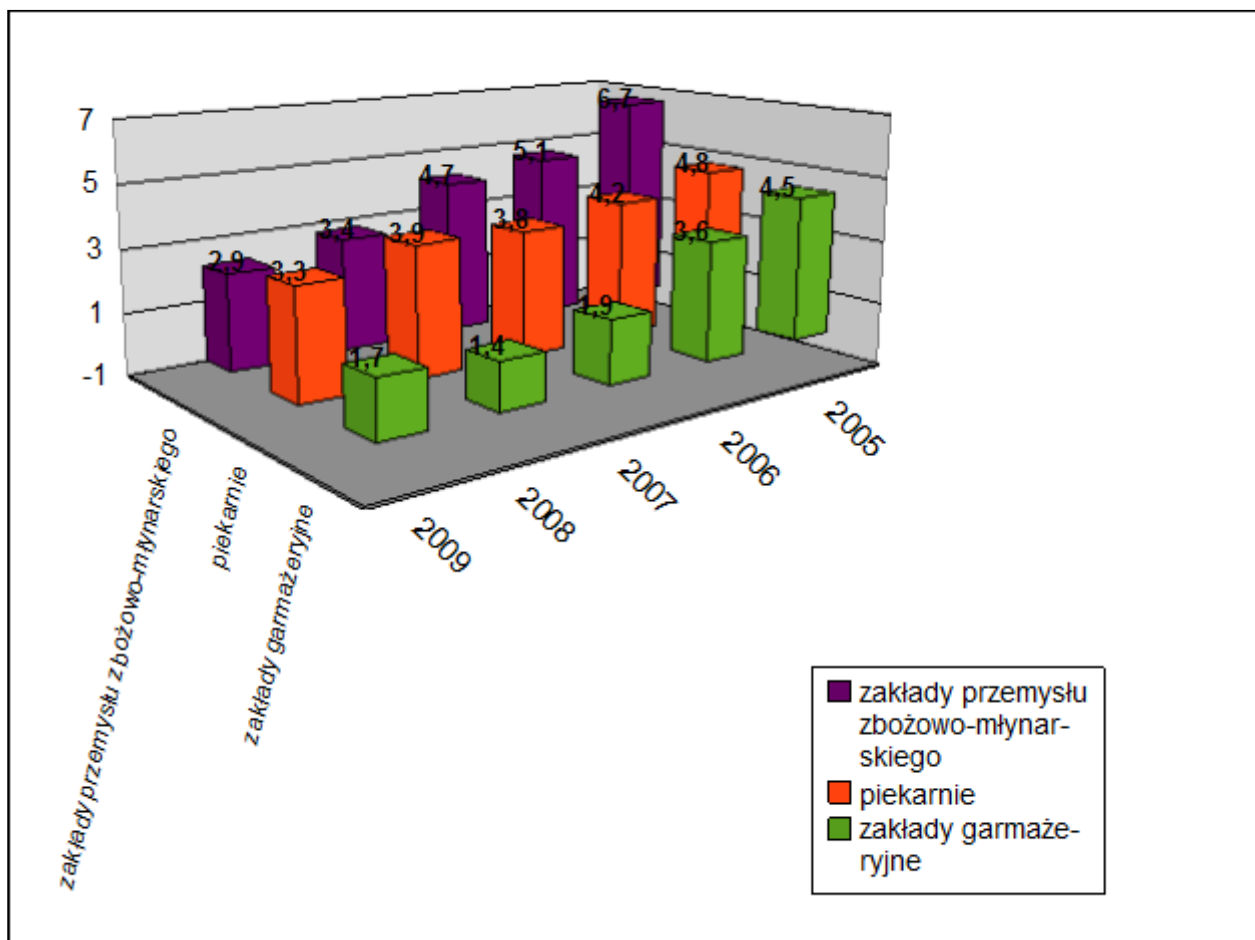
Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że w latach 2001 - 2006 następowała systematyczna poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu żywnością. W latach 2007 i 2008 odsetek zakładów o złym stanie sanitarnym utrzymał się na poziomie roku 2006, tj. 2,3%. Natomiast w 2009 r. odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym zmniejszył się do 2,2%.

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.

Odsetek obiektów niespełniających wymagań sanitarnych w wybranych grupach obiektów w latach 2005-2009 przedstawia wykres 1.

Wykres 1. Odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami w wybranych grupach obiektów w latach 2005 – 2009



Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 10.2, w której porównano stan sanitarny poszczególnych grup zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz środków transportu żywności w latach 2008-2009, odnotować należy poprawę w stosunku do roku 2008 stanu sanitarnego: kiosków spożywczych (o 0,8%), piekarni (o 0,6%), obiektów ruchomych i tymczasowych (o 0,6%) oraz zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego (o 0,5%).

Pomimo dość wysokiego odsetka obiektów o złym stanie sanitarnym z grupy: wytwórnie octu, majonezu i musztardy należy stwierdzić, że w ww. grupie stwierdzono niezgodność z przepisami tylko w 1 obiekcie. Jednakże, ze względu na małą liczbę obiektów przełożyło się to na wysoki wskaźnik niezgodności.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętych skontrolowano 27 111 obiektów. Pomimo poprawy ich stanu sanitarnego w stosunku do roku poprzedniego, niepokoi dyskwalifikacja 124 zakładów, co stanowi 0,6% obiektów tego typu (w 2008 r. – 0,7%), w tym m.in. 0,7% bloków żywienia w szpitalach (w 2008 r. – 0,8%) oraz 0,5%

stołówek przedszkolnych (w 2008 r. – 0,6%). W roku 2009 skontrolowano 7 942 stołówek szkolnych, z których 41 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,6% (w 2008 r. – 0,8%).

Do grup obiektów, w których nie stwierdzono złego stanu sanitarnego należą wytwórnice: tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi; makaronów; wyrobów cukierniczych; chrupek, chipsów i prażynek; suplementów diety; środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, substancji dodatkowych, a także zakłady z grup: browary i słodownie oraz cukrownie. Jednakże zakłady te nie mają istotnego znaczenia w ogólnej statystyce oceny stanu sanitarnego kraju w zakresie higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku, bowiem stopień zagrożenia zdrowia związany z tymi zakładami w ujęciu populacyjnym jest stosunkowo niewielki.

2. Najczęściej stwierdzane uchybienia

W przypadku grup obiektów, których stan sanitarny może stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa żywności, najczęściej występującymi uchybieniami były:

- Piekarnie (na 6 037 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 182 zakłady, co stanowi 3,3 % ocenionych):
 - stwierdzenie obecności szkodników zbożowo-mącznych, a także brak skutecznej ochrony zakładów przed szkodnikami,
 - brak zachowanej ciągłości łańcucha chłodniczego środków spożywczych łatwo psujących się,
 - stwierdzenie surowców niewłaściwej jakości zdrowotnej,
 - nieprawidłowe znakowanie wyrobów gotowych (brak pełnego składu surowcowego lub skład niezgodny ze stanem faktycznym),
 - zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i urządzeń,
 - brak aktualnych orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych osób mających kontakt z żywnością.

Liczba piekarni zmniejsza się systematycznie w ciągu ostatnich lat. W 2004 r. Wpisanych do rejestru i objętych nadzorem było 7339 piekarni, w 2005 r. – 7151, w 2006 r. – 6971, w 2007 r. – 6683, w 2008 r.- 6391, natomiast w 2009 r. - 6254.

Likwidacji najczęściej ulegają małe zakłady o złych warunkach sanitarno-technicznych. Nadzorowane obiekty charakteryzują się zróżnicowanym stanem sanitarno-

technicznym. Znaczną część zakładów stanowią rzemieślnicze piekarnie rodzinne o niedużej produkcji, prowadzące sprzedaż głównie na rynku lokalnym i w powiatach ościennych. Funkcjonują one często w starych, adaptowanych i wyeksploatowanych budynkach, w których utrudnione jest (również z przyczyn ekonomicznych) prowadzenie modernizacji. Niemniej następuje dalsza poprawa warunków sanitarno-technicznych obiektów – poprzez sukcesywne modernizacje, polegające na zwiększeniu funkcjonalności zakładów, wydzieleniu pomieszczeń do mycia pojemników transportowych do pieczywa, wymianie urządzeń, wyposażenia i sprzętu produkcyjnego itp.

- Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego (na 505 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 13 zakładów, co stanowi 2,9 % ocenionych):
 - brak bieżącej, zimnej i ciepłej wody,
 - obecność gryzoni i innych szkodników zbożowo-mącznych,
 - brak właściwie urządzonego węzła sanitarnego,
 - niewłaściwa wentylacja lub całkowity jej brak.

W tej grupie obiektów większość stanowią młyny gospodarcze usługowo mielące zboża na potrzeby okolicznych mieszkańców. Są to na ogół stare, niewielkie zakłady, wyposażone w wyeksploatowane urządzenia. Obiekty nierentowne są likwidowane, o czym świadczy zmniejszenie liczby zakładów objętych nadzorem z 941 w 2003 r. do 629 w 2009 r. Zatem w ciągu 6 lat (2003 - 2009) nastąpił spadek o 33,2%.

- Ciastkarnie (na 3 064 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 39 zakładów, co stanowi 1,4 % ocenianych):
 - nieprawidłowa funkcjonalność pomieszczeń,
 - niezachowanie ciągłości łańcucha chłodniczego,
 - zły stan techniczny pomieszczeń,
 - brak prawidłowego znakowania wyrobów gotowych,
 - surowce po upływie terminu przydatności do spożycia.

W przypadku pozostałych grup obiektów najczęściej występującymi uchybieniami były:

- Kioski (na 9 230 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 124 obiekty, co stanowi 2,1 % ocenionych):
 - rozszerzenie działalności handlowej bez możliwości jednoczesnego zapewnienia właściwych warunków sanitarno-higienicznych,

- przechowywanie nietrwałych artykułów spożywczych poza urządzeniem chłodniczym,
 - przechowywanie artykułów spożywczych w opakowaniach bezpośrednio na podłodze,
 - brak czystości i porządku w pomieszczeniach.
- Sklepy spożywcze (na 88 451 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 1 983 obiekty, co stanowi 3,3 % ocenionych).

Sklepy spożywcze są najliczniejszą grupą ewidencjonowanych obiektów żywności i żywienia i stanowią 42,4 % wszystkich nadzorowanych obiektów. Od kilku lat liczba nadzorowanych sklepów utrzymuje się na podobnym poziomie (w 2009 r. - 147 207, w 2008 r. - 147 884, w 2007 r. - 148 989, w 2006 r. - 149 864, w 2005 r. - 150 060, w 2004 r. - 150 906).

Stan sanitarny sklepów spożywczych jest zróżnicowany. Nadzorowane 3 220 duże obiekty typu hiper i supermarkety, które stanowią 2,2 % sklepów spożywczych, wyposażone są w odpowiednie urządzenia i sprzęt, zapewniające prawidłowe warunki do przechowywania i sprzedaży żywności. Zdecydowaną większość nadzorowanych obiektów tego typu stanowią jednak sklepy małe zlokalizowane głównie na terenach wiejskich.

Nadal najwięcej uchybień stwierdzano w małych sklepach. Do najczęściej stwierdzanych należą:

- przechowywanie artykułów nietrwałych w niewłaściwej temperaturze lub poza urządzeniami chłodniczymi,
 - niezachowanie należytej czystości, zwłaszcza na zapleczu sklepu,
 - brak zabezpieczenia pieczywa nie opakowanego przed zanieczyszczeniami,
 - nieodpowiednia higiena osobista personelu, brak prawidłowej odzieży ochronnej,
 - oferowanie do sprzedaży przeterminowanych środków spożywczych,
 - brak prawidłowych zapisów kontroli wewnętrznej, w tym rejestrów temperatury przechowywania łatwo psującej się żywności.
- Zakłady żywienia zbiorowego otwarte (na 51 778 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 634 obiekty, co stanowi 1,85 % ocenionych):
- zbyt mała powierzchnia, złe wyposażenie przygotowalni do wstępnej obróbki surowców,
 - używanie do produkcji zniszczonego sprzętu i urządzeń,
 - brak wydzielonej zmywalni naczyń stołowych od zmywalni naczyń kuchennych lub

sprzętu do ich wyparzania.

- Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte (na 27 111 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 124 obiekty, co stanowi 0,57 % ocenionych):
 - nieprawidłowe mycie naczyń stołowych, kuchennych i transportowych,
 - brak wydzielonej zmywalni naczyń stołowych,
 - niewystarczająca ilość urządzeń chłodniczych,
 - używanie do produkcji wyeksploatowanych urządzeń oraz zniszczonego sprzętu i naczyń,
 - brak przygotowalni do obróbki wstępnej surowców (czynności te wykonuje się w kuchni właściwej).

– Bloki żywienia w szpitalach

W roku 2009 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały 920 bloków żywienia w szpitalach, a skontrolowały – 895. W wyniku przeprowadzonej oceny stanu sanitarnego, w 5 szpitalach bloki żywienia oceniono jako niezgodne z wymaganiami (0,66% skontrolowanych). Przeprowadzono 2 322 kontrole sanitarne, w tym 97 interwencyjnych. Wydano 483 decyzji administracyjnych oraz nałożono 59 mandatów, na kwotę 9 250,00 zł.

Stan sanitarny bloków żywienia w szpitalach jest zróżnicowany. Oprócz nowoczesnych, wyposażonych w odpowiednie urządzenia i sprzęt, zapewniające prawidłowe warunki do produkcji i dystrybucji posiłków, są również zlokalizowane w starych, zdekapitalizowanych budynkach, wyposażone w wyeksploatowane urządzenia.

Uchybienia najczęściej występujące w blokach żywienia w szpitalach:

- nieprawidłowy stan sanitarno – techniczny powierzchni ścian, sufitów, podłóg w pomieszczeniach produkcyjnych oraz magazynowych,
- zniszczony i wyeksploatowany drobny sprzęt produkcyjny,
- nieprawidłowości w zakresie mycia i osuszania naczyń stołowych,
- brak segregacji żywności oraz monitoringu temperatur w urządzeniach chłodniczych,
- nieprawidłowa odzież ochronna personelu.

Na 920 nadzorowanych obiektów tego typu 861 wdrożyły zasady GHP/GMP, co stanowi 93,59% (w 2008 r. 92,55 %), a 497 - system HACCP, co stanowi 54,02% (w 2008 r. - 42,67%).

Pomimo poprawy, stan wdrożenia ww. systemów nie jest zadowalający, ponieważ odpowiednie żywienie pacjentów szpitali w higienicznych warunkach stanowi istotny element leczenia.

3. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

Stan sanitarno-higieniczny obiektów żywności i żywienia, nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jest bardzo zróżnicowany. Działają zarówno obiekty stare (zwłaszcza w miastach o zwartej zabudowie), jak i nowoczesne, obiekty małe (sklepy w rejonach wiejskich) oraz bardzo duże (typu super i hipermarkety).

Stan sanitarny i techniczny obiektów żywności i żywienia 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 GMP/GHP/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.

W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło 230 104 zakładów, co stanowi 66,90 % nadzorowanych obiektów żywności i żywienia w (2008 r. – 62,8 %).

Wdrożenie GHP/GMP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia wykres 2.

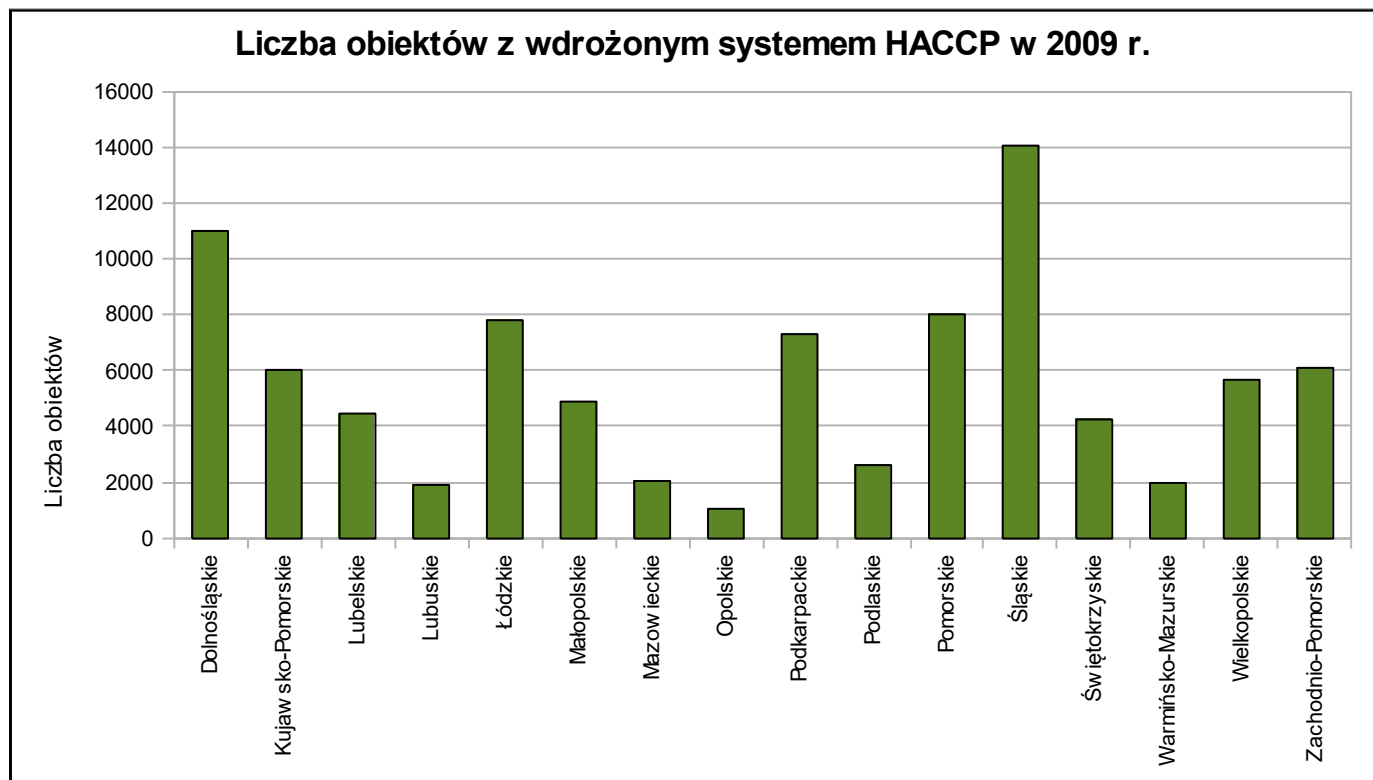
Wykres 2. Liczba obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP w poszczególnych województwach.



Natomiast system HACCP wprowadziło 89 399 nadzorowanych obiektów, co stanowi 26 % nadzorowanych obiektów żywności i żywienia (w 2008 r. - 18,68 %). Najwyższy odsetek obiektów z wdrożonym system HACCP stwierdzono w województwach: podkarpackim 45,02 % (w 2008 r. - 28,25 %), dolnośląskim 41,7 % (w 2008 r. 27,36 %), pomorskim 37,36 % (w 2008 r. - 25,81 %), kujawsko-pomorskim 34,35% (w 2008 r. - 24,93 %).

Wdrażanie systemu HACCP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia wykres 3.

Wykres 3. Liczba obiektów z wdrożonym systemem HACCP w poszczególnych województwach.



Na pozytywne podkreślenie zasługuje województwo śląskie, w którym największa liczba zakładów wdrożyła zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i produkcyjnej (GMP) oraz system HACCP, co pomimo największej liczby nadzorowanych obiektów (45 864, czyli 13,3 % wszystkich obiektów żywności i żywienia nadzorowanych przez organy PIS) przekłada się na dość wysokie odsetki - co wykazano powyżej.

4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2009 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 12 416 środków transportu żywności, spośród których 4 (0,09 %) oceniono jako niezgodne z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi (w 2008 r. – 0,14 %).

Najczęściej stwierdzane uchybienia sanitarne w środkach transportu żywności dotyczyły:

- braku zapisów w rejestrach mycia i dezynfekcji,
- niedostatecznej higieny personelu – braku odzieży ochronnej,
- braku oznakowania pojazdu,
- nieprawidłowej temperatury przewożonych artykułów spożywczych,

- niezachowania odpowiedniej segregacji przewożonych środków spożywczych,
- zniszczonej powierzchni wewnętrznej.

Zakłady produkujące żywność posiadają na ogół własne środki transportu, na które uzyskały pozytywne decyzje organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Większość obiektów obrotu żywnością dysponuje prawidłowymi środkami transportu, dobrymi technicznie i przeznaczonymi wyłącznie do przewozu artykułów spożywczych. Niektóre zakłady korzystają z usług specjalistycznych firm transportowych.

5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

W 2009 r. jakość zdrowotna środków spożywczych i wprowadzanych do obrotu w kraju uległa nieznacznemu pogorszeniu - w porównaniu do roku 2008.

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2008-2009 przedstawia Tabela 10.3.

Tabela 10.3. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwesti onowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwesti onowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwesti onowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwesti onowane %
2008	76247	3,69	63137	3,3	9376	6,74	3734	2,54
2009	77153	3,84	65114	3,7	7851	5,02	4188	3,63

W 2009 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 77 153 próbek środków spożywczych, z których 3,84 % nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2008 r. – 3,7 %).

Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbiu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej przedstawioną jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2009 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną – w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 10.4. Z ww. danych wynika, że nastąpiła poprawa jakości żywności w grupach: cukier i inne; miód

i produkty pszczelarskie; orzechy, w tym arachidy; owoce; wody mineralne; ziarna roślin oleistych; kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe oraz suplementy diety.

Niestety w niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup:

- drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory – na 4 553 zbadane próbki – 410 nie spełniało obowiązujących wymagań, co stanowi 9,01% (w 2008 r. - 3,84%), w tym: m.in. - 346 próbek zdyskwalifikowano ze względu na zanieczyszczenia mikrobiologiczne (czyli 8,71% próbek zbadanych) oraz 64 próbki w zakresie znakowania (2,81% próbek zbadanych);
- mleko i przetwory mleczne - na 13 288 zbadanych próbek - 666 nie spełniało obowiązujących wymagań, co stanowi 5,01% (w 2008 r. - 4,8%), w tym: 508 próbek ze względu na zanieczyszczenia mikrobiologiczne (czyli 4,32% próbek zbadanych) oraz 96 próbek w zakresie znakowania (1,25% próbek zbadanych);
- ryby, owoce morza i ich przetwory – na 2 387 zbadanych próbek – 78 nie spełniało obowiązujących wymagań, co stanowi 3,28% (w 2008 r. - 2,93%), w tym: 41 próbek w zakresie znakowania (czyli 2,39% próbek zbadanych) oraz 16 próbek za badania organoleptyczne (0,98% próbek zbadanych);
- środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego – na 5 454 zbadane próbki – 137 próbek zdyskwalifikowano, co stanowi 2,51% (w 2008 r. - 1,42%), w tym: 88 próbek w zakresie znakowania (co stanowi 2,08% próbek zbadanych) oraz 42 próbki ze względu na zanieczyszczenia mikrobiologiczne (1,54% próbek zbadanych),

Pozytywnie należy podkreślić utrzymywanie się (w latach 2008 i 2009) jakości zdrowotnej wyrobów garmazeryjnych i kulinarnych (4,7% próbek zdyskwalifikowanych), które w latach wcześniejszych należały do produktów najbardziej zanieczyszczonych mikrobiologicznie i będących często przyczyną zatruc pokarmowych.

Po przebadaniu miodu i produktów pszczelarskich, drożdży, octu i nowej żywności nie stwierdzono podstaw do kwestionowania pobranych i zbadanych próbek.

5. 1 Znakowanie środków spożywczych

Próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2009 r. na 45 511 ocenionych próbek -

zakwestionowano 1092, co stanowi 2,4% (w 2008 r. - 1,86%).

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w znakowaniu środków spożywczych były:

- brak daty minimalnej trwałości lub terminu przydatności do spożycia,
- brak określenia nazwy producenta lub jego siedziby (dotyczyło to w szczególności pieczywa, wędlin i niektórych przetworów zbożowych),
- brak etykiety na mięsie mielonym i wędlinach, bądź umieszczanie etykiet w pojemnikach tak, aby nie były one widoczne dla konsumentów,
- etykiety nietrwale przymocowane do opakowań,
- przypisywanie suplementom diety działań, których nie posiadają lub przypisywanie im właściwości zapobiegania chorobom, ich leczenia albo odwoływanie się do takich właściwości.

5. 2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia

W 2009 r. podobnie jak w latach ubiegłych prowadzono nadzór nad obrotem grzybami i przetworami grzybowymi, w sklepach spożywczych, warzywniczych, hurtowniach oraz nad targowiskową sprzedażą grzybów świeżych i suszonych. Obrót grzybami i przetworami grzybowymi na targowiskach w większości przypadków prowadzony był prawidłowo. Szczególnym nadzorem objęte były również przetwórnice warzywno-grzybowe.

Pod względem stosowania grzybów, szczególnie dziko rosnących, kontrolowano także zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego. W czasie pełnienia nadzoru zwracano uwagę, czy oferowane do sprzedaży grzyby posiadały ważne atesty i były prawidłowo oznakowane.

W 2009 r. 30 osób uległo zatruciu grzybami (w 2008 r. - 63 osoby), w tym najwięcej, bo aż 11 przypadków spowodowanych było spożyciem muchomora sromotnikowego (w 2008 r. - 32). Ponadto zatrucia wywołały: 3 – łąsiczka lancetowata, 2 – gołąbek, 1 – krowiak podwinięty i 1 – kołpaczek motylkowaty. Pozostałe, to zatrucia nieswoiste oraz o nieustalonej przynależności gatunkowej grzybów.

W wyniku zatrucia grzybami w 2009 r. odnotowano 3 zgony (w 2008 r. - 5), w tym 2 - po spożyciu muchomora sromotnikowego, a w przypadku 1 osoby - nie można było ustalić przynależności gatunkowej grzybów, które spowodowały zatrucie.

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwach: lubelskim – 8, podkarpackim -8 oraz opolskim -4. Natomiast w woj. łódzkim, mazowieckim, pomorskim

oraz zachodniopomorskim nie zgłoszono żadnych zatruc po spożyciu grzybów.

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2009 r. wg gatunków przedstawia tabela 10.5.

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.

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

W 2009 r. zbadano 614 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych.

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 GM niedopuszczony w UE. Zostały pobrane: produkty z soi, kukurydzy i ryżu, warzywa, mięso, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz cukier (traceability).

Badania zostały przeprowadzone w 3 Laboratoriach Badania Żywności Genetycznie Zmodyfikowanej działających w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Spośród zbadanych próbek 7 zostało zdyskwalifikowanych ze względu na nieprawidłowe oznakowanie produktów, w których wykryto genetycznie zmodyfikowaną soję Roundup Ready. Soja Roundup Ready jest organizmem genetycznie zmodyfikowanym autoryzowanym jako żywność oraz do produkcji żywności zgodnie z rozporządzeniem nr 1829/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy. Soja ta może znajdować się na rynku pod warunkiem, że jest oznakowana zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia.

Soję genetycznie zmodyfikowaną wykryto w:

- 2 próbkach produktów zbożowych i ich przetworach,
- 5 próbkach wyrobów cukierniczych.

Ponadto, w pobranych do badań - w ramach wypełniania zobowiązań wynikających z decyzji Komisji nr 2006/601 z dnia 5 września 2006 r. w sprawie środków nadzwyczajnych

w odniesieniu do niedozwolonego genetycznie zmodyfikowanego organizmu pod nazwą LL RICE 601 w produktach z ryżu, zmienionej decyzją nr 2006/754/WE z dnia 6 listopada 2006 r. - próbkach produktów ryżowych nie stwierdzono genetycznie zmodyfikowanego materiału.

5. 4 Badanie żywności w kierunku napromieniania promieniowaniem jonizującym

W 2009 roku pobrano i zbadano pod kątem napromieniania 215 próbek środków spożywczych. Do badań wybrano produkty z grup: zioła i przyprawy, herbaty, warzywa, drób, podroby i produkty drobiarskie, orzechy, ryby, owoce morza i ich przetwory oraz owoce świeże i suszone, koncentraty spożywcze oraz sery dojrzewające, twarogowe i inne zawierające przyprawy i zioła. Szczególną uwagę zwracano na pobieranie próbek z obrotu w dominującej ilości pochodzących z krajów trzecich (spoza UE).

Próbki w ramach badania żywności poddanej napromienianiu promieniowaniem jonizującym badane były jednocześnie w ramach urzędowej kontroli i monitoringu.

Próbki do badań pobierano:

- w ramach granicznej kontroli sanitarnej przez GSSE i PSSE,
- w ramach nadzoru nad zakładami, które zajmują się paczkowaniem przypraw,
- z magazynów surowców zakładów przetwórstwa spożywczego, w których przyprawy stanowią surowiec do produkcji wyrobów gotowych,
- drób, orzechy w łupinach i krewetki były pobierane z obrotu: z hurtowni i z dużych sieci handlowych.

Na 215 pobranych próbek środków spożywczych 3 próbki zostały zdyskwalifikowane. Przyczyną dyskwalifikacji było nieprawidłowe oznakowanie serów dojrzewających i twarogowych smakowych z przyprawami, które były poddane promieniowaniu jonizującemu.

5. 5 System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF

Informacje o produktach, które nie spełniają wymagań przepisów prawnych i stanowią równocześnie potencjalne zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów są przesyłane w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF.

W roku 2009 Krajowy Punkt Kontaktowy systemu RASFF otrzymał 371 powiadomień o niebezpiecznych produktach żywnościowych i paszach (w roku 2008 - 403, w 2007 – 361, w 2006 – 286, w 2005 – 190, w 2004 – 179, w 2003 – 89), w tym:

- 248 powiadomień dotyczących niezgodności wykrytych podczas kontroli urzędowej (w 2008 r. - 292, w 2007 r. – 257, w 2006 r. - 193, w 2005 r. - 102, w 2004 r. – 137, w 2003 r. – 76),
- 123 powiadomienia z Komisji Europejskiej dotyczące produktów niebezpiecznych pochodzących z Polski lub dystrybuowanych do kraju (w 2008 r. - 111, w 2007 r. – 104, w 2006 r. - 93, w 2005 r. - 87, w 2004 r. - 42, w 2003 r. - 13).

Do najczęściej występujących rodzajów zagrożeń zgłoszonych do systemu RASFF w 2009 roku należały chemiczne zanieczyszczenia żywności (141 zgłoszeń, w tym – 105 z kraju, zaś z KE – 36).

5. 5. 1 Powiadomienia krajowe

W 2009 r. najczęściej występującym zagrożeniem wśród 248 powiadomień krajowych dotyczących żywności produkowanej lub importowanej do Polski były zagrożenia chemiczne (105 powiadomień, co stanowi 43% powiadomień krajowych).

W zakresie chemicznych zanieczyszczeń żywności, zgłaszanych w ramach RASFF, 41 przypadków dotyczyło przekroczenia pozostałości środków ochrony roślin, takich jak: karbendazym w pieczarkach, sałacie, czarnych porzeczkach, jabłkach (5), endosulfan w czarnych porzeczkach (3), ditiokarbaminiany w szpinaku mrożonym i truskawkach (3), diazynon w truskawkach i czereśniach (2) oraz tiofanat metylu w fasolce szparagowej (2).

Kolejną znaczącą grupą zagrożeń w 2009 roku, wśród zagrożeń chemicznych były notyfikacje w sprawie stwierdzenia mikotoksyn (19 powiadomień), z czego 14 przypadków dotyczyła obecności aflatoksyn w orzeszkach ziemnych, figach suszonych i proszku chilli oraz 5 przypadków - stwierdzenia ochratoksyny A w kaszkach dla dzieci i kaszy gryczanej.

Ponadto 15 powiadomień stanowiły przypadki migracji substancji chemicznych do żywności, z czego 5 przypadków dotyczyło migracji formaldehydu z kubków z melaminy, talerzy głębokich, opakowań papierowych dla gastronomii, 4 przypadki - migracji globalnej i migracji formaldehydu z miseczek z melaminy, 2 przypadki - migracji globalnej z pojemników na ciasto i miseczek z melaminy oraz 2 przypadki migracji kadmu i ołowiu z talerzy ceramicznych i talerzy porcelanowych jeden przypadek migracji nie związanego

formaldehydu z opakowań papierowych dla gastronomii oraz jeden przypadek migracji czerwonego barwnika z dekoratora do ciasta.

Spośród zagrożeń mikrobiologicznych, które stwierdzono w 50 powiadomieniach - 33 powiadomienia (co stanowiło ok. 66% powiadomień krajowych) dotyczyły wykrycia obecności bakterii *Salmonella*, głównie w importowanej śrucie sojowej (8), produktach pochodzenia zwierzęcego (20), mączce rybnej (1), przyprawach (2), w rodzynekach (1). Przesłano również 7 powiadomień dot. wystąpienia bakterii *Listeria monocytogenes* w parówkach, filetach rybnych, podudziach z kurczaka oraz zakąskach serowych.

W 16 przypadkach stwierdzono zagrożenia biologiczne, w większości spowodowane żerowaniem szkodników, a także zanieczyszczeniem ich ekskrementami (w ziarnach słonecznika, orzechach, nasionach gorczycy, fasoli białej, ryżu białym i pieprzu czarnym).

Ponadto przesyłane były powiadomienia dotyczące niezgodności produktów spożywczych z wymogami higieny (8), braku oznakowania dotyczącego zawartości GMO (2), niezachowanie wymogów higienicznych podczas transportu, braku wymaganej dokumentacji podczas kontroli granicznej (1), wytrącającego się osadu podczas gotowania (1), jeden przypadek dot. niezatwierdzonego zakładu do eksportu na rynek UE oraz 5 przypadków obecności przetworzonego białka zwierzęcego.

Spośród 248 powiadomień przesłanych w ramach krajowej sieci powiadamiania do Komisji Europejskiej wysłano 145 powiadomień.

Wśród powiadomień krajowych przekazanych Komisji Europejskiej w 108 przypadkach zakwestionowano środki spożywcze lub pasze, w wyniku granicznej kontroli sanitarnej lub weterynaryjnej. 25 powiadomień zostało zgłoszonych w wyniku kontroli urzędowej na rynku, zaś 12 powiadomień wynikało z kontroli wewnętrznej przedsiębiorstwa.

Na podstawie oceny ryzyka dokonywanej każdorazowo przez zespół ekspertów naukowych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania zapewniające wyeliminowanie zagrożenia. Zakwestionowane produkty były wycofywane z rynku zgodnie z ustawowymi kompetencjami, podejmowano również działania wyjaśniające i działania zaradcze, stosownie do stanu faktycznego.

5. 5. 2. Powiadomienia przesłane przez Komisję Europejską

Spośród 123 powiadomień przesłanych przez KE dotyczących żywności lub pasz produkowanych w kraju lub importowanych do Polski, 36 przypadków dotyczyło produktów

zanieczyszczonych substancjami chemicznymi. Najwięcej powiadomień w tej grupie zostało zgłoszonych do systemu z powodu przekroczenia dopuszczanej zawartości aflatoksyny (6) w figach suszonych, pistacjach, prażonych orzechach, paście pistacjowej oraz gałce muszkatołowej oraz z powodu przekroczenia dopuszczalnego poziomu zawartości dioksyn i polichlorowanych bifenyli (6) w produktach spożywczych, takich jak wątróbki z dorsza.

Odnotowano również 4 przypadki stwierdzenia zawyżonej zawartości pestycydów: chlorbufam, karbendazym, oksamyl, procymidon w jabłkach, świeżych winogronach, rzodkiewce i bakłażanach oraz 3 przypadki stwierdzenia wysokiej zawartości glinu w makaronach oraz 4 przypadki wysokiej zawartości jodu w suszonych wodorostach.

Wśród produktów, w których wykryto zanieczyszczenia mikrobiologiczne dominowały produkty pochodzenia zwierzęcego wyprodukowane w zakładach nadzorowanych przez Inspekcję Weterynaryjną. W większości przypadków wykrywano obecność bakterii *Salmonella* (17) oraz *Listeria monocytogenes* (12).

Produkty, w których stwierdzono obecność bakterii *Listeria monocytogenes* to w 5 przypadkach: łosoś wędzony i szynka chłopska. Natomiast produkty, które zostały zakwestionowane ze względu na stwierdzenie obecności bakterii *Salmonella* to: różne asortymenty mięs chłodzonych lub mrożonych, takich jak: filety z indyka, mrożone odkostnione mięso z kurczaka, mrożone filety z kurczaka. Ponadto pojedyncze przypadki dotyczyły: śruty rzepakowej, cebuli w proszku i produktów zawierających skażone masło orzechowe.

Ponadto odnotowano 3 przypadki wykrycia obecności norowirusa w mrożonych malinach z Polski.

Komisja Europejska przesłała 3 powiadomienia dot. przypadków zanieczyszczeń biologicznych, ze względu na stwierdzenie obecności przywr i nicieni w filetach ze szczupaka i sandacza oraz obecności insektów w makaronie włoskim, a także stwierdzenie obecności pasożyta *Anisakis* w ogonach żabnicy.

Ponadto Komisja Europejska przesłała 4 powiadomienia odnośnie przypadków zanieczyszczeń fizycznych, ze względu na obecność fragmentów metalu w produktach piekarniczych i cukierkach, obecność miedzianego drutu w skrobi oraz obecność kawałków szkła w piwie w szklanych butelkach.

Przedmiotem powiadomień były również środki spożywcze, w których wykryto obecność nieautoryzowanej genetycznej modyfikacji nasion lnu (14) oraz dwa przypadki stwierdzenia obecności nieautoryzowanej genetycznej modyfikacji kukurydzy (2).

Ponadto były również przypadki, w których wykryto obecność nieautoryzowanej substancji – winpocetyny w suplemencie diety; melatoniny i idebenonu w suplemencie diety, barwnika – erytrozyny w suplemencie diety, barwnika orange II w barwniku z krokosza barwierskiego, żółcieni pomarańczowej (E110) w kiełbasie oraz barwnika - czerwieni koszenilowej A, Pąs 4R w kiełbasie.

Komisja Europejska przesłała również 8 powiadomień dot. niezadeklarowanej obecności składników na etykiecie produktu tj.: niezadeklarowana obecność glutenu (2), niezadeklarowana obecność mleka i serwatki (1), niezadeklarowana obecność orzechów ziemnych (1), niezadeklarowana obecność składnika alergennego – selera (1), niezadeklarowane białko soi (1), niezadeklarowane siarczyny (1), niezadeklarowane siarczyny i kw. benzoesowy.

Również w przypadku powiadomień przekazanych przez Komisję Europejską Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmowała działania zapewniające wyeliminowanie zagrożenia, zakwestionowane produkty były wycofywane z rynku, zgodnie z ustawowymi kompetencjami, podejmowano również działania wyjaśniające i działania zaradcze, stosowanie do stanu faktycznego.

Odpowiednie wyjaśnienia z przeprowadzonych postępowań wyjaśniających były wysyłane do Komisji Europejskiej.

6. 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 2009 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 3,72% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2008 r. - 3,94%), w tym produkcji krajowej – 1,98% (w 2008 r. - 1,7 %) oraz z importu – 6,96% (w 2008 r. - 7,68%).

Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wynosił 1,22% (w 2008 r. – 1,52%), w tym produkcji krajowej – 1,38% (w 2008 r. - 1,32%) i wyprodukowanych w UE – nie kwestionowano (w 2008 r. - 3,49%). Kosmetyków importowanych z krajów trzecich – w 2009 r. i w 2008 r. - nie kwestionowano.

Wśród głównych przyczyn kwestionowania ww. produktów należy wymienić:

- nadmierną migrację ołowiu, kadmu i formaldehydu z wyrobów do kontaktu z żywnością,
- niewłaściwe oznakowanie przedmiotów z tworzyw sztucznych,
- przeterminowanie kosmetyków,
- nieprawidłowości w zakresie znakowania kosmetyków – nieprawidłowo podany termin trwałości, brak numeru partii.

W ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) w roku 2009 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały ok. 80 powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów.

Po przeprowadzeniu stosownego postępowania wyjaśniającego w stosunku do ww. powiadomień stwierdzono, że większość notyfikowanych kosmetyków nie została zgłoszona do Krajowego Systemu Informowania o Kosmetykach, zatem nie powinna znajdować się w obrocie na terenie Polski. Fakt, że kosmetyki te nie znalazły się na rynku polskim został potwierdzony przez państwowych inspektorów sanitarnych.

W pojedynczych przypadkach dot. kosmetyków zgłoszonych do KSIoK poinformowani zostali właściwi Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni. Podjęte zostały działania ustalające listy dystrybucji kwestionowanych wyrobów. W przypadku stwierdzenia tych wyrobów w obrocie podlegały one zabezpieczeniu.

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w roku 2009 przedstawia Tabela 10.6.

7. Ocena sposobu żywienia

Żywnienie zbiorowe zamknięte jest szczególnie ważnym elementem podstawowej formy wyżywienia dla określonych środowisk (pacjentów szpitali, dzieci w szkołach i przedszkolach, wychowanków domów dziecka, pensjonariuszy domów dla ludzi starszych, itp.).

Warunki produkcji i obrotu żywnością regulują obowiązujące przepisy prawa żywnościowego. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorują warunki higieniczno-sanitarne w obiektach produkcji i obrotu żywnością, w tym m.in. w zakładach żywienia zbiorowego.

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 PIS nie mają podstaw prawnych do egzekwowania prawidłowego żywienia w zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in. w szpitalach, domach dziecka, domach opieki społecznej itp. 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.

Należy podkreślić, że wzrasta liczba obiektów korzystających z usług cateringowych. W roku 2009 – 311 nadzorowanych zakładów usług cateringowych (w 2008 r. – 242, w 2007 r. - 166) prowadziło żywienie w 4 257 obiektach (w 2008 r. – 3 421, w 2007 r. - 2 541), w tym: w 413 szpitalach (w 2008 r. – 363, w 2007 r. - 337), 30 sanatoriach (w 2008 r. – 19, w 2007 r. - 20), 265 domach opieki społecznej (w 2008 r. – 243, w 2007 r. - 206), 2 476 szkołach (w 2008 r. – 2 155, w 2007 r. - 1630) oraz 1 073 przedszkolach (w 2008 r. – 641, w 2007 r. - 348).

W 2009 r. oceniono sposób żywienia w 6 401 zakładach żywienia zbiorowego stwierdzając następujące nieprawidłowości:

- wady jadłospisów i racji pokarmowych – w 16,2 5% próbek zbadanych teoretycznie (w 2008 r. – 18,5%),
- niewłaściwa wartość energetyczna oraz składniki pokarmowe, co stwierdzono w 47,6% próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2008 r. – 57,4%), w tym w odniesieniu do wartości energetycznej – w 41,4% próbek (w 2008 r. – 48,2%).

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,
- brak w posiłkach 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.

8. Podsumowanie

Stan sanitarny ogółu nadzorowanych obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w roku 2009 uległ nieznacznej poprawie w stosunku do niskiego poziomu lat poprzednich tj. 2006 i 2007. Poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji żywności osiągana jest poprzez modernizację obiektów oraz przez wprowadzanie systemów zapewnienia jakości.

W celu zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności w dalszym ciągu będzie kontynuowany 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),
- 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,
- zachowania łańcucha chłodniczego na całej drodze od surowca do gotowego produktu wydawanego konsumentom, co ma szczególne znaczenie w przypadku środków spożywczych łatwo psujących się,
- produkcji i obrotu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementów diety – szczególne w aspekcie prawidłowości znakowania.

XI. Oświata zdrowotna i promocja zdrowia

1. Wprowadzenie

Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) w 2009 roku prowadziła działalność oświatowo - zdrowotną w celu kształtowania prawidłowych postaw i zachowań zdrowotnych. W całym kraju aktywność jednostek PIS dotyczyła działań w zakresie promocji zdrowego stylu życia, jak również profilaktyki chorób zakaźnych i niezakaźnych.

Działania PIS dotyczyły głównie:

- promocji zbilansowanej diety
- promocji aktywności fizycznej
- unikania nałogów (główny obszar działań dotyczył edukacji antytytoniowej i profilaktyki palenia tytoniu)
- umiejętności korzystania z badań profilaktycznych
- profilaktyki HIV/AIDS
- zapobiegania chorobom zakaźnym wynikającym z sytuacji epidemiologicznej, potrzeb lokalnych i środowiskowych (grypa, wścieklizna, choroby odkleszczowe, gruźlica, zatrucia pokarmowe)

2. Realizacja zagadnień problemowych

W 2009 roku jednostki PIS realizowały w szerokiej współpracy środowiskowej programy o zasięgu ogólnokrajowym. Powyższe inicjatywy podejmowane przez Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) realizowane były odpowiednio na poziomie wojewódzkim i lokalnym przez WSSE i PSSE, dotyczyły następujących problemów zdrowotnych:

2.1 Zapobieganie nadwadze i otyłości

Nadwaga i otyłość są konsekwencją braku zbilansowanej diety tj. odpowiedniego żywienia i niewystarczającej aktywności fizycznej. Nadmierna masa ciała może prowadzić w dalszej kolejności do wielu chorób niezakaźnych (cukrzyca, choroby układu krążenia, osteoporoza i in.). W związku z tym bardzo istotną kwestią jest promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży. Odpowiedzialność za zdrowie musi być kształtowana już od najmłodszych

lat, a duża rola w tym zakresie przypada również na rodziców, szkołę, samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe, media itd. U dzieci z nadwagą między 10 a 14 rokiem życia ryzyko wystąpienia otyłości w dorosłym wieku jest 28-krotnie większe niż u dziecka z prawidłową masą ciała.

Według wyników badania (WOBASZ, 2005) przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie Polaków będących w wieku 20-74 lata, niewiele ponad 40% ma właściwą masę ciała. To oznacza, że większość naszego społeczeństwa, to osoby z nadwagą lub otyłością. W związku z tak poważnym problemem zdrowotnym jednostki PIS podjęły działania edukacyjne poprzez promocję prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej w programie „Trzymaj Formę!”

GIS we współpracy ze Stowarzyszeniem „Polska Federacja Producentów Żywności”, kontynuował realizację ogólnopolskiego programu pt. „Trzymaj Formę!”. W roku szkolnym 2009/2010 prowadzona była już IV edycja programu. Głównym celem w/w programu jest edukacja w zakresie promocji zasad zbilansowanej diety i aktywności fizycznej wśród młodzieży szkolnej. Program promuje zdrowy styl życia, motywuje do podejmowania aktywności fizycznej, a ponadto młodzież w trakcie zajęć programowych uczy się odpowiedzialności za podejmowane decyzje w obszarze zdrowia.

Na poziomie wojewódzkim i powiatowym PIS 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 biorą uczniowie i nauczyciele gimnazjów oraz ostatnich klas (V i VI) szkół podstawowych i ich rodzice. Program w roku szkolnym 2008/2009 realizowało 6 188 szkół oraz 779 658 uczniów. Do IV edycji (rok szkolny 2009/2010) przystąpiły 7 683 szkoły, które kontynuują program, a część z nich rozpoczęła realizację programu w tej edycji.

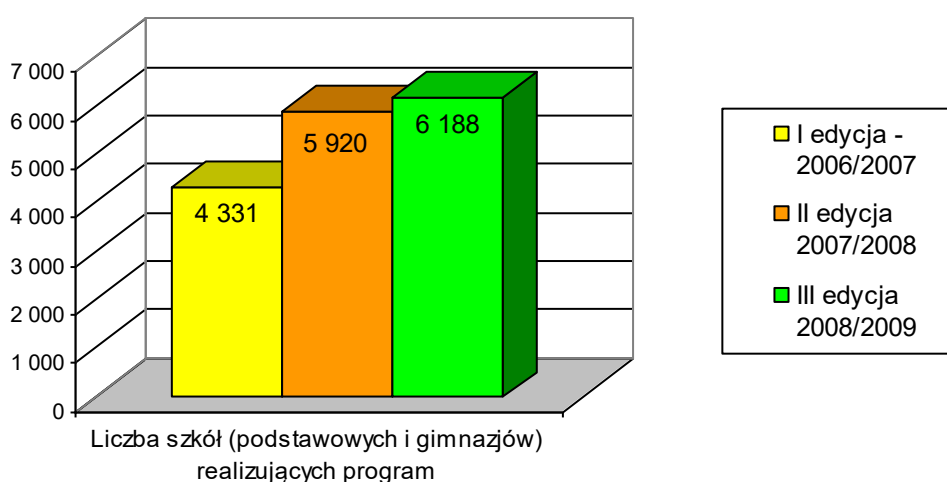
Od początku trwania programu działania realizowane są według opracowanych i konsultowanych przez ekspertów założeń merytorycznych, metodycznych i organizacyjnych. Program realizowany jest wg autorskich opracowań w szkołach podstawowych i gimnazjach, w szerokiej współpracy regionalnej i lokalnej ze wsparciem przede wszystkim władz samorządowych i organizacji pozarządowych.

Realizacja programu oparta jest na metodzie projektu, dzięki której uczniowie wspólnie z nauczycielami, rodzicami i środowiskiem lokalnym (festyny, happeningi, zawody

sportowe, imprezy plenerowe), przygotowują własne sposoby propagowania zasad zdrowego stylu życia zarówno w szkole, rodzinie oraz najbliższym środowisku.

PIS w roku sprawozdawczym po raz kolejny dostarczała szkołom pakiety materiałów edukacyjnych tj.: poradniki dla nauczycieli, broszury dla uczniów, plakaty z piramidą zdrowia. Od początku trwania programu uruchomiona została strona internetowa zawierająca pomoce integralnie związane z programem, ćwiczenia interaktywne oraz przedstawiająca zakres dotychczasowych działań programowych prowadzonych w całym kraju.

Poniższy wykres przedstawia liczbę szkół biorących udział w realizacji programu w kolejnych latach:



Program „Trzymaj Formę!” został bardzo wysoko oceniony, zarówno przez młodzież, jak i nauczycieli, dyrektorów szkół oraz rodziców. Program przyczynił się do podniesienia świadomości młodzieży w zakresie zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, a konstrukcja programu dała dużą swobodę wyboru sposobu jego realizacji w szkołach i środowiskach lokalnych, dzięki czemu uczniowie mieli możliwość poszukiwania i realizowania własnych pomysłów prozdrowotnych.

Program „Trzymaj Formę!” został wymieniony przez Europejską Platformę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia w opracowanym w 2007 r. zestawieniu działań promujących prozdrowotny styl życia jako przykład wzorcowej inicjatywy opartej na propagowanej przez Komisję Europejską współpracy jednostek państwowych i sektora prywatnego. Program „Trzymaj Formę” jest również działaniem o największym zasięgu prowadzonym w w/w zakresie w krajach Unii Europejskiej.

2.2 Zapobieganie oraz ograniczenie palenia tytoniu

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z powodu palenia tytoniu co roku umiera ponad 5 mln ludzi na całym świecie. Szacuje się, że w Polsce pali obecnie 29% dorosłej populacji, co stanowi około 9 mln ludzi. Wyniki przeprowadzonych w 2007 roku ogólnopolskich badań ankietowych pokazują, że odsetek codziennie palących mężczyzn wynosił 34%, zaś kobiet – 23%. Bierne wdychanie dymu tytoniowego zabija co roku w Polsce ok. 2 tys. osób. Skala biernego narażenia dzieci na dym tytoniowy w Polsce jest niebezpiecznie duża – codziennie około 4 mln polskich dzieci wdycha biernie dym tytoniowy w domu lub miejscach publicznych. Palenie tytoniu stanowi przyczynę większej liczby zgonów w Polsce niż picie alkoholu, AIDS, samobójstwa, urazy i zatrucia razem wzięte.

Wobec tak poważnego problemu od lat podejmowane są działania zmierzające do:

- ochrony zdrowia osób najmłodszych oraz kobiet w ciąży,
- zapewnienia zdrowotnych warunków rozwoju i wychowania dzieci w środowisku wolnym od dymu tytoniowego,
- ochrony przed narażeniem na dym tytoniowy pracowników w środowisku pracy,
- skutecznego leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, dzięki profesjonalnej pomocy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- budowania klimatu społecznego sprzyjającego marginalizacji palenia tytoniu w połączeniu z masową edukacją i promocją stylu życia wolnego od palenia tytoniu,
- skutecznego reagowania i kontrolowania rynku wyrobów tytoniowych.

Biorąc pod uwagę fakt, na jak wiele aspektów w środowisku życia i pracy wpływa palenie tytoniu, kontynuowane były programy w zakresie profilaktyki i ograniczenia palenia tytoniu skierowane do adresatów we wszystkich grupach wiekowych.

W/w działania realizowane były w ramach Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Zadania Programu są zgodne z programem Światowej Organizacji Zdrowia (Program „WHO Tobacco Free Europe”) i polityką zdrowotną Unii Europejskiej (Program „Europe Against Cancer”).

Ponadto pracownicy PIS sprawujący bieżący nadzór sanitarny w placówkach nauczania i wychowania, zakładach opieki zdrowotnej, zakładach pracy, lokalach gastronomicznych prowadzili kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia tytoniu w obiektach na terenie całego kraju. W roku sprawozdawczym PIS przeprowadziła 254 618 kontroli sanitarnych stwierdzając, że w 14 571 zakładach zakaz palenia nie był respektowany.

W roku sprawozdawczym z udziałem PIS przeprowadzone zostały następujące kampanie edukacyjne:

- **Światowy Dzień Bez Tytoniu (31 maja 2009 r.)** – kampania społeczna skierowana była do ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem studentów. W Światowy Dzień Bez Tytoniu kampania przebiegała pod hasłem „Ostrzeżenia Zdrowotne” i do jej realizacji włączyły się wyższe uczelnie, a także placówki nauczania i wychowania, zakłady opieki zdrowotnej oraz środki masowego przekazu. W ramach kampanii przeprowadzono wśród społeczności lokalnych działania edukacyjne, motywujące do zdrowego, wolnego od dymu tytoniowego stylu życia, prezentując m.in. obrazkowe ostrzeżenia antytytoniowe, które znajdują się na paczkach papierosów produkowanych na całym świecie. Dużym zainteresowaniem odbiorców cieszyła się możliwość wykonania badań profilaktyczno-diagnostycznych, zwłaszcza pomiarów stężenia tlenku węgla w wydychanym powietrzu przez palaczy tytoniu, na organizowanych stoiskach edukacyjnych w różnych miejscach o dużym natężeniu ruchu ludzi.
- **Światowy Dzień Rzucania Palenia (19 listopada 2009 r.)** – kampania społeczna skierowana była do osób palących, której inicjatorem na poziomie krajowym było Centrum Onkologii Instytutu w Warszawie, a inicjatorami w całym kraju pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia oraz ich partnerzy. Działania edukacyjne związane z obchodami Światowego Dnia Rzucania Palenia w całym kraju cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem zarówno wśród dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych. Do realizacji programu PIS pozyskała wielu partnerów, którzy wspomagali podjęte działania. Placówki oświatowo wychowawcze realizowały programy autorskie wpisane w Szkolne Programy Profilaktyki, a były to: apele tematyczne, pogadanki, zajęcia warsztatowe, konkursy, ekspozycje wizualne, emisje filmów i spektakle teatralne.
- **Kampania medialna „Papierosy Pożerają Cię Żywcem”** – zorganizowana została przez Ministerstwo Zdrowia, pod patronatem Głównego Inspektora Sanitarnego. Na poziomie krajowym kampanię współorganizowali: Biuro WHO w Polsce, GIS, Centrum Onkologii - Instytut w Warszawie, Fundacja Promocja Zdrowia (FPZ) oraz Stowarzyszenie MANKO. Na poziomie regionalnym kampanię przeprowadzały wojewódzkie (16) i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne (318). Głównym celem kampanii było przekonanie Polaków do zerwania z nałogiem palenia tytoniu oraz do zaprzestania palenia w obecności dzieci. Przekaz kampanii oparty był na spotach telewizyjnych, których

emocjonalny przekaz motywował palaczy do zerwania z nałogiem i nie inhalowania dymem tytoniowym osób niepalących, zwłaszcza dzieci. Grupę docelową kampanii stanowiły osoby palące w wieku 20-59 lat, w tym głównie rodzice i inne osoby palące w obecności dzieci.

Ogółem, w przygotowywaniu i doskonaleniu koordynatorów, realizatorów i wykonawców działań antytytoniowych realizowanych w ramach w/w kampanii społecznych, PIS zorganizowała 2 279 różnego rodzaju przedsięwzięć, w których bezpośrednio uczestniczyło 24 900 osób. Ponadto, w ramach realizacji krajowego (GIS), wojewódzkich (PWIS) i powiatowych (PPIS) POZNPT w roku sprawozdawczym, zorganizowali 70 konferencji problemowych, 118 szkoleń oraz 383 narady.

Działania podejmowane w obszarze zapobiegania paleniu tytoniu wśród dzieci i młodzieży oraz realizowania programów edukacyjnych promujących modę na nie palenie:

- **Krajowy program edukacyjny pt.: „Czyste Powietrze Wokół Nas” dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów** zainicjowany został przez GIS.

I-edycja programu edukacji antytytoniowej „Czyste Powietrze Wokół Nas” została przeprowadzona pod honorowym patronatem: Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej oraz Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Dziecka.

Metodyka realizowanych zajęć pozwoliła na aktywizację dzieci i trening asertywności. Docenić należy również wspierającą rolę nauczycieli, a także innych pracowników przedszkolnych np. pracowników administracyjnych i innych, którzy również zaangażowali się w realizację w/w działań.

W I-edycji programem edukacyjnym objęto 1 658 przedszkoli (19,5%) oraz 120 oddziałów przedszkolnych (1,7%) w całym kraju. Działaniami edukacyjnymi w programie objęto 67 694 dzieci przedszkolnych i szkolnych w poszczególnych województwach oraz 49 588 rodziców i opiekunów dzieci. W celu przygotowania koordynatorów i realizatorów programu, GIS i PIS, przeprowadzili 368 szkoleń, w których udział wzięło 3 440 osób.

Od września 2009 roku realizowana jest II-edycja programu, której zaplanowano udział ok. 30% przedszkoli w kraju.

PIS we wszystkich programach edukacyjnych dostarczała materiały oświatowo-zdrowotne i pomoce dydaktyczne integralnie związane z programem, wydane przez GIS oraz uzupełnione przez stacje sanitarno-epidemiologiczne w całym kraju.

W roku sprawozdawczym GIS (Departament Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia) przygotował także dwa programy edukacyjne dla dzieci i młodzieży szkolnej i są to:

- „**Nie Pal Przy Mnie, Proszę**” - program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I - III szkół podstawowych,
- „**Znajdź Właściwe Rozwiązanie**”- program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów.

Do realizacji w/w programów GIS wydał poradniki dla nauczycieli zawierające szczegółowe założenia i opisy scenariuszy zajęć oraz plakaty i materiały akcydensowe integralnie związane z programem.

W/w materiały zostały nieodpłatnie przekazane do szkół, a w trakcie organizowanych szkoleń, nauczyciele zostali odpowiednio przygotowani przez PIS do realizacji zadań programowych.

Realizacja w/w programów szkolnych rozpocznie się w II semestrze roku szkolnego 2009/2010.

2.3 Profilaktyka chorób zakaźnych, w tym profilaktyka grypy

W roku sprawozdawczym, w okresie poprzedzającym wystąpienie zachorowań na grypę, w tym grypę typu A (H1N1)v oraz w okresie zwiększonej zachorowalności na grypę i zakażenia grypopodobne, tj. od listopada do końca roku, PIS prowadziła działania informacyjno edukacyjne w zakresie profilaktyki grypy za pośrednictwem wojewódzkich (16) i powiatowych stacji sanitarno - epidemiologicznych (318).

GIS opracował poradnik dla szkół pt. *"Treści merytoryczne i metodyczne dotyczące profilaktyki grypy sezonowej i nowej grypy A(H1N1)v"*, który został przekazany Ministerstwu Edukacji Narodowej celem przygotowania pracowników szkół i innych placówek oświatowo-wychowawczych do prowadzenia zajęć w zakresie profilaktyki grypy i promocji zdrowia z dziećmi i młodzieżą oraz ich rodzicami i opiekunami. Powyższe materiały zostały także przesłane do wszystkich jednostek PIS, które w tym zakresie współpracowały na poziomie wojewódzkim i powiatowym z Kuratoriami Oświaty, władzami samorządowymi, zakładami opieki zdrowotnej (ZOZ), placówkami nauczania i wychowania oraz środkami masowego przekazu.

Ponadto GIS przygotował materiały edukacyjne pt. „*Nie poddaj się grypie*” oraz „*Zapobieganie grypie w szkołach i placówkach oświatowych*”, które były szeroko dystrybuowane na terenie całego kraju w trakcie prowadzonych działań oświatowo-zdrowotnych.

Również wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, prowadziły działalność informacyjno – edukacyjną i wydały własne materiały i pomoce dydaktyczne w zakresie profilaktyki grypy.

2.3.1 Profilaktyka HIV/AIDS

Działania z zakresu profilaktyki HIV/AIDS podejmowane przez PIS na terenie WSSE (16) podejmowane były w ramach Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007-2011 oraz w związku z występowaniem bieżących problemów lokalnych w/w zakresie.

Głównym celem działań było kontynuowanie ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń HIV.

Ponadto PIS prowadziła działania prowadzące do:

- wzrostu poziomu wiedzy nt HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa,
- zmiany postaw ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie i swoich partnerów,
- zwiększenia umiejętności oceny zachowań ryzykownych i bezpiecznych w profilaktyce związanych z HIV/AIDS,
- nabycia umiejętności asertywnych.

W ramach realizacji głównych założeń programowych, pracownicy oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia PIS koordynowali działania IV i V etapu ogólnopolskiej multimedialnej kampanii społecznej „Wróć bez HIV”, które miały miejsce w lecie (8 maja-13 września) i jesieni (14 września-1 grudnia) w roku sprawozdawczym.

Jednostki PIS zorganizowały łącznie 200 szkoleń dla 6 593 odbiorców, 103 wykłady i 651 porad. Uczestnikami w/w przedsięwzięć byli pracownicy PIS, samorządów terytorialnych, zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, służb mundurowych oraz nauczyciele, pedagodzy, uczniowie, szkolni koordynatorzy, realizatorzy, współrealizatorzy i partnerzy działań programowych, a także: pielęgniarki, nauczyciele, uczniowie, studenci.

W całym kraju pozostałe działania realizowane przez jednostki PIS we współpracy z licznymi partnerami, odbyły się w różnych formach tj.: prelekcje, pogadanki, instruktaże, imprezy środowiskowe, ekspozycje wizualne, pokazy, zajęcia warsztatowe, poradnictwo w zorganizowanych punktach informacyjno-diagnostycznych, konferencje problemowe i prasowe, informacje w mediach i na stronach internetowych jednostek PIS i partnerów działań.

Partnerami PIS w w/w działaniach były: Urzędy Miast, Urzędy Gmin, Urzędy Pracy, Wojewódzkie Urzędy Marszałkowskie, Starostwa Powiatowe, Komendy Policji, dowódcy jednostek wojskowych, straż pożarna, żegluga pasażerska, przedsiębiorstwa komunikacji miejskiej, PKP, PKS, porty lotnicze, zakłady opieki zdrowotnej, szpitale, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, placówki naukowo-wychowawcze, uczelnie wyższe, w tym wydziały zamiejscowe, placówki wypoczynku letniego, ośrodki sportu i rekreacji, centra informacji turystycznej, biura turystyczne, ośrodki i domy kultury, Polski Czerwony Krzyż, organizacje pozarządowe, instytucje prywatne, ośrodki doradztwa rolniczego, hotele, lokale gastronomiczne, stacje paliw, lokalne media i ogólnopolskie środki masowego przekazu, wydawnictwa, agencje reklamowe, organizatorzy festiwali muzycznych.

Ponadto to jednostki PIS tj.: WSSE i PSSE podejmowały działania w ramach autorskich programów inicjowanych i przeprowadzonych w województwach i powiatach na terenie kraju.

2.3.2 Profilaktyka próchnicy

Wojewódzki Program Profilaktyki Próchnicy Zębów „Radosny Uśmiech, Radosna Przyszłość” zainicjowany był przez WSSE w Kielcach, a realizowany dzięki środkom finansowym pozyskanym od Urzędu Marszałkowskiego województwa świętokrzyskiego.

Głównym celem tego programu było dostarczenie wiedzy na temat higieny jamy ustnej dzieciom i rodzicom, poprzez kształtowanie umiejętności prawidłowego szczotkowania zębów, pozytywnego nastawienia do wizyt u stomatologa oraz podniesienia wśród dzieci odpowiedzialności za higienę jamy ustnej. Grupa docelową stanowili uczniowie klas II szkół podstawowych, rodzice uczniów oraz rodzice oczekujący dziecka.

Działania prowadzone w ramach programu obejmowały:

- wydanie materiałów edukacyjnych służących realizacji programu w placówkach szkolnych,

- zakup past i szczoteczek do zębów dla każdego ucznia biorącego udział w programie,
- zorganizowanie szkoleń dla powiatowych koordynatorów programu z udziałem konsultanta wojewódzkiego ds. stomatologii dziecięcej,
- zorganizowanie szkoleń dla koordynatorów powiatowych w powiatach realizujących program w pełnej wersji z udziałem stomatologów (Kielce, Końskie, Staszów),
- stały nadzór i pomoc merytoryczną dla szkolnych koordynatorów programu,
- dystrybucję materiałów edukacyjnych do placówek szkolnych i ZOZ w województwie.

Program był realizowany w 102 szkołach podstawowych i 321 ZOZ w województwie świętokrzyskim.

2.3.3 Zapobieganie chorobom nowotworowym

Realizowane były następujące programy wojewódzkie:

- **„Wybierz Życie – Pierwszy Krok”**

Program zainicjowany został przez WSSE Warszawa w 2008 r. W 2009 r. realizowana jest II - edycja programu z rozszerzeniem na województwa: małopolskie, warmińsko – mazurskie, łódzkie i dolnośląskie.

Głównym celem programu było zmniejszenie występowania raka szyjki macicy i umieralności na tę chorobę.

Cele szczegółowe obejmowały:

- zwiększenie poziomu wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy i roli wirusa HPV w jego powstawaniu,
- podniesienie wiedzy o czynnikach zwiększających ryzyko raka szyjki macicy (profilaktyka pierwotna i wtórna),
- motywowanie kobiet do regularnego poddawania się badaniom profilaktycznym,
- przygotowanie młodzieży do roli liderów edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym,
- dostarczenie informacji o świadczeniodawcach wykonujących badania cytologiczne na terenie województwa.

W ramach programu prowadzone były zajęcia edukacyjne dla uczniów oraz rodziców, udzielano porad, konsultacji metodycznych i merytorycznych, nagłośniono program w mediach lokalnych. Organizowano szkolenia, konferencje, narady, wykłady, prelekcje,

impresy prozdrowotne, prowadzono rozmowy indywidualne, pokazy prezentacji multimedialnej, edukację w oparciu o scenariusze zajęć, konkursy oraz inne działania.

Adresatami działań byli uczniowie szkół ponadgimnazjalnych (dziewczęta i chłopcy klas I), rodzice i opiekunowie uczniów, kadra pedagogiczna szkół.

Do realizacji programu zostały wydane materiały edukacyjne: poradnik dla szkolnych koordynatorów i realizatorów programu, prezentacja multimedialna dla młodzieży, ulotki – zakładki dla młodzieży, składanki dla rodziców oraz strona internetowa www.pierwszykrok.edu.pl

- **„Od samobadania piersi do mammografii”**

Był to program mający na celu edukację młodzieży w wieku 16 – 19 lat oraz ich rodziców i nauczycieli w zakresie profilaktyki raka piersi. Inicjatorem programu w województwie mazowieckim była WSSE Warszawa.

Cele programu było:

- przekazanie wiedzy na temat raka piersi,
- zwiększenie świadomości o istnieniu czynników ryzyka raka oraz uwrażliwienie młodych kobiet na profilaktykę,
- przekazanie informacji o świadczeniodawcach wykonujących badania mammograficzne,
- kształtowanie postaw zdrowotnych (samokontrola organizmu, możliwość identyfikacji znaków ostrzegawczych, wyrobienie nawyku poddawania się badaniom profilaktycznym),
- przygotowanie liderów młodzieżowych do prowadzenie działań edukacyjnych w środowiskach lokalnych.

Grupa docelowa programu: uczennice i uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, a także uczennice i uczniowie szkół gimnazjalnych, pacjentki poradni K oraz rodzice uczniów.

W trakcie realizacji programu przeprowadzono szkolenia (39) m. in. dla szkolnych koordynatorów i realizatorów programu, nauczycieli, pracowników służby zdrowia; rozmowy indywidualne/poradnictwo (10 213) dla uczniów, uczestników imprez, kobiet w zakładach pracy, pacjentek poradni K i innych. Zorganizowano 1 127 pokazów/ ćwiczeń samobadania piersi dla pacjentek ZOZ, uczestników festynów prozdrowotnych, uczniów oraz pracowników PSSE oraz dla kadry pedagogicznej.

Wyświetlono także 609 projekcji filmów, wygłoszono wykłady, prelekcje, pogadanki, udzielono instruktaży i in. Do współpracy włączyło się m.in. Centrum Onkologii – Instytut, media lokalne, pracownicy ZOZ, Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, PTOZ, PCK i in.

Programem objętych zostało 40 % szkół ponadgimnazjalnych, 22 % szpitali, 8,9 % zakładów opieki zdrowotnej, 55 poradni K w województwie mazowieckim.

- **Profilaktyka raka szyjki macicy**

WSSE Gdańsk realizowała program w roku 2009, którego główny cel zakładał zmniejszenie występowania raka szyjki macicy i umieralności z powodu tego nowotworu.

Działania skierowane były do dziewcząt, kobiet i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Program edukacyjny zainicjowany był przez Polskie Towarzystwo Zakażeń HPV oraz NFZ.

Partnerami programu byli m.in. Akademickie Centrum Kliniczne – Szpital Akademii Medycznej w Gdańsku, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, Polski Komitet Zwalczenia Raka.

Działanie programowe tj.: przedstawienie założeń programu położnym oraz pielęgniarkom, udzielanie poradnictwa nt. form realizacji, rozprowadzenie materiałów tematycznych/broszurek, składanek do podległych jednostek udzielając instruktażu nt. właściwego ich wykorzystania, realizowali m.in. lekarze ginekolodzy (56), lekarze onkolodzy (6), położne (32), pielęgniarki NZOZ (81), pielęgniarki medycyny szkolnej (104) nauczyciele biologii (39) oraz inni.

Program realizowało 17 gimnazjów, co stanowi 4% szkół w województwie.

- **„Co każda kobieta wiedzieć powinna”**

Inicjatorem działań w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi była WSSE Rzeszów, która realizowała program edukacyjny mający na celu zwiększenie wczesniej wykrywalności zmian rozrostowych gruczołów piersiowych u kobiet poprzez systematyczną samokontrolę i samobadanie piersi, a także zwiększenie wczesniej wykrywalności raka szyjki macicy u kobiet poprzez systematyczne zgłaszanie się na badania cytologiczne.

Adresatami działań były kobiety w środowiskach lokalnych i zakładach pracy na terenie województwa podkarpackiego.

Do głównych działań programowych PIS należało przeprowadzenie 75 narad z dyrektorami zakładów opieki zdrowotnej, zakładów pracy, partnerami działań, 10 szkoleń

dla kobiet zrzeszonych w stowarzyszeniach, organizacjach, pracownic zakładów pracy i innych.

Program realizowany był również przez położne i pielęgniarki a zajęcia opierały się na edukacji werbalnej i pokazach oraz ćwiczeniach.

Ponadto jednostki PIS przeprowadzili dystrybucję materiałów edukacyjnych i gadżetów. Treści przedstawione były podczas organizowanych imprez, festynów rodzinnych, happeningów, dni osiedli itp.

Program przeprowadzony został w 226 publicznych i niepublicznych ZOZ, 4 sanatoriach, 62 szkołach, 36 zakładach pracy.

Ogółem informacją i edukacją objęto 94 917 kobiet.

- **Wojewódzka Kampania Profilaktyczna „Grunt to zdrowie”**

WSSE Łódź przeprowadziła kampanię, której jednym z celów szczegółowych była profilaktyka chorób nowotworowych, w tym raka piersi a także aktywizacja instytucji państwowych, jednostek samorządu lokalnego, organizacji pozarządowych i wszystkich podmiotów w województwie odpowiedzialnych za stan zdrowia publicznego, poziom świadomości społecznej w zakresie dbałości o zdrowie.

Realizatorami działań na poziomie wojewódzkim było WSSE oraz na powiatowym 15 PSSE. Do współpracy przyłączyły się: Urzędy Gmin (16), Wojewódzki Ośrodek Koordynujący – Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, Wojewódzki Ośrodek Koordynujący – Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Narodowy Fundusz Zdrowia – Oddział Wojewódzki w Łodzi, ZOZ i NZOZ, szpitale oraz inne organizacje.

W trakcie kampanii przeprowadzono badania mammograficzne zorganizowane przez 11 PSSE w 12 gminach – przebadano 1 171 kobiet. Ponadto zorganizowano 15 wykładów lekarzy specjalistów - spotkania poświęcone były między innymi tematyce raka piersi, raka szyjki macicy, raka prostaty i raka płuc.

- **„Kobiety kobietom”**

Program profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi prowadzony był przez WSSE Lublin i 20 PSSE w województwie lubelskim.

Działania skierowane były do ogółu społeczeństwa, przedstawicieli instytucji samorządowych, młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Partnerami i realizatorami programu edukacyjnego byli m.in.: Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, Lubelskie Centrum Zdrowia Publicznego, Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Lublinie, Kuratorium Oświaty w Lublinie, Instytut Medycyny Wsi, Urząd Miasta Lublin, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego, SPSK Nr 4 w Lublinie, WOK Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

W ramach działań szkoły (23%) otrzymały materiały edukacyjne z filmem instruktażowym „Samobadanie Piersi”. PSSE w województwie prowadziły edukację skierowaną do kobiet w środowisku wiejskim oraz matek uczniów objętych programem.

Ponadto PIS organizowała spotkania profilaktyczne ze Stowarzyszeniem „Kwiat Kobiecości” dla uczniów szkół licealnych pod hasłem „Młoda i Zdrowa”. Publikowano informacje dot. profilaktyki oraz działań podejmowanych w tym zakresie w lokalnej prasie, radiu i TV oraz na stronach PIS.

PIS organizowano punkty informacyjne podczas imprez lokalnych, festynów, pikników, dożynek, w trakcie których odbywała się dystrybucja materiałów oświatowo-zdrowotnych, wykonywane były samobadania piersi na fantomach, udzielano instruktaży.

Dodatkowo wykonane zostały ekspozycje wizualne w PSSE oraz w ZOZ, a także emitowano film „Kodeks Zdrowego Życia” oraz spot „Europejski Kodeks Walki z Rakiem”.

- **Wojewódzki Program Profilaktyki Raka Piersi i Raka Szyjki Macicy**

WSSE Gorzów Wielkopolski przeprowadziła program wojewódzki, którego celem głównym było zmniejszenie liczby zachorowań na raka piersi oraz raka szyjki macicy poprzez propagowanie profilaktyki pierwotnej wśród ogółu kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem dziewcząt ze szkół ponadgimnazjalnych.

Działania adresowano do dziewcząt szkół ponadgimnazjalnych, pacjentek ZOZ oraz do kobiet i mieszkank woj. lubuskiego.

W ramach edukacji młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, nauczycieli, rodziców, pacjentów, społeczności wiejskiej i in. podczas imprez prozdrowotnych pracownicy pionu promocji zdrowia zorganizowali 28 szkoleń dla 748 osób, 28 wykładów połączonych z projekcjami filmowymi dla 728 osób, 13 pogadanek dla 987 osób, 385 ćwiczeń na fantomach piersi oraz prowadzono współpracę ze środkami masowego przekazu

(17 artykułów na stronach internetowych, 9 artykułów prasowych, 4 wywiady radiowe, 3 wywiady TV).

WSSE Białystok

• Działania wojewódzkie w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych

WSSE w Białymstoku prowadziła działania w celu ograniczenia zachorowań na nowotwory złośliwe i zwiększenia odsetka wczesnie rozpoznawanych nowotworów poprzez rozwój populacyjnej profilaktyki nowotworów złośliwych zwłaszcza poprzez kontynuację działań zmierzających do ograniczenia palenia tytoniu i upowszechniania zasad zdrowego żywienia. Działania skierowane były do młodych dziewcząt, kobiet, matek, mieszkańców Białegostoku.

W ramach programu przeprowadzono następujące kampanie społeczne:

- „Dzień Zdrowia i Urody” – z okazji Dnia Kobiet (08.03.09) – 7 000 odbiorców
- „Mamo bądź zdrowa” – z okazji Dnia Matki (24.05.09) – 1 000 odbiorców.

Celem w/w kampanii było upowszechnienie wiedzy na temat zdrowego stylu życia, samobadania piersi oraz zwiększenie dostępności do bezpłatnych badań profilaktycznych (zawartości tlenu węgla w wydychanym powietrzu, poziomu cukru i cholesterolu we krwi, mammografii, analizy składu ciała) jako sposobu zapobiegania w/w chorobom.

W ramach realizacji działań udzielano porad lekarskich (onkologów, ginekologów, psychologów, rehabilitantów), w zakresie dietetyki, prawidłowego doboru biustonoszy, wykonywano masaże lecznicze i relaksacyjne, uczono samobadania piersi, oraz przeprowadzano badania profilaktyczne.

PIS organizowała w trakcie imprez edukacyjnych konkursy z nagrodami, a pracownicy promocji zdrowia udzielali poradnictwa nt. profilaktyki zdrowotnej oraz prowadzili rozdawnictwo materiałów oświatowo-zdrowotnych.

Realizowane były następujące programy lokalne:

- **Program „Różowa Wstążeczka” realizowały następujące PSSE:
Ostrów Mazowiecka, Brzozów, Dębica, Jarosław, Jasło, Mielec, Przeworsk**

Głównym celem programu była profilaktyka raka piersi poprzez nauczanie kobiet techniki samobadania piersi i utrwalenie nawyku samokontroli i samoobserwacji.

Edukacja skierowana była do dziewcząt w szkołach gimnazjalnych i do rodziców uczniów.

Program realizowały pielęgniarki środowiska szkolnego, pracownicy PIS (specjaliści ds. promocji zdrowia).

- **Program „Miesiąc Profilaktyki Raka Piersi” realizowały następujące PSSE:
Strzelce Opolskie, Olesno, Brzeg i Opole w woj. Opolskim**

Celem programu było zmniejszenie zachorowalności na raka piersi poprzez edukację i wczesną diagnostykę, uświadamianie znaczenia wykonywania samobadania piersi oraz specjalistycznych badań diagnostycznych.

Adresatami działań były mieszkanki ww. powiatów.

Partnerami programu były sklepy z konfekcją damską, bielizną, kosmetykami, zakłady fryzjerskie oraz lokalne media.

Zasadnicze działania:

- 26 porad indywidualnych (35 osób), 5 pogadanek (555 osób), 2 instruktaże (295 osób),
- 2 ćwiczenia dot. samobadania piersi z wykorzystaniem fantomów (295 osób),
- 2 projekcje filmów edukacyjnych (355 osób),
- akcja „Od samobadania do mammografii” polegająca na zorganizowaniu stoisk informacyjnych (4) z materiałami dotyczącymi profilaktyki raka piersi (420 osób). (PSSE Olesno),
- akcja pt. „Daj to swojej mamie” polegająca na przekazywaniu przez uczniów materiałów na temat samobadania piersi swoim mamom (rozdysponowano 150 ulotek). (PSSE Olesno),
- stoisko informacyjne z materiałami na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy podczas konferencji pt. „Programy przesiewowe profilaktyki raka szyjki

- macy i raka piersi” zorganizowanej przez Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące badania screeningowe w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy (PSSE Opole),
- dystrybucja materiałów informacyjnych do 32 salonów fryzjerskich (PSSE Opole), 4 zakładów pracy (PSSE Olesno),
 - publikacje prasowe (2) w lokalnych mediach: „Kulisy Powiatu” (PSSE Olesno), „Powiat Strzelecki” (PSSE Strzelce Op.),
 - ekspozycje wizualne oraz rozdawnictwo ulotek w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

- **Profilaktykę chorób nowotworowych realizowały następujące PSSE: Cieszyn, Dąbrowa Górnicza, Jaworzno, Ruda Śląska w woj. śląskim**

Celem głównym interwencji było dostarczenie wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych dla ogółu społeczeństwa, młodzieży szkół podstawowych i gimnazjalnych.

W ramach działań odbyły się takie akcje jak: Wiosenne Dni Walki z Rakiem (w gminie Strumięń) oraz „Profilaktyka Ważna dla Zdrowia”, a także konferencje tematyczne.

- **„Październik – Miesiącem Profilaktyki Raka Piersi” realizowało 12 PSSE w woj. małopolskim**

Program miał na celu kształtowanie umiejętności samobadania piersi, rozwijanie potrzeby dbania o zdrowie od wczesnej młodości i dostarczanie wiedzy nt raka piersi, uwrażliwienie na fakt istnienia ryzyka zachorowania na raka. Działania skierowane były do uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych i ich rodziców, kobiet w wieku rozrodczym oraz kobiet w wieku 50 – 59 lat, przedstawicieli władz samorządowych. Program realizowali m.in. pedagodzy szkolni, nauczyciele biologii, lekarze, pielęgniarki w Poradniach „K”.

- **„Profilaktyka Nowotworów (piersi, szyjki macicy i jelita grubego) prowadzona była na terenie 5 PSSE w woj. dolnośląskim**

Celem programu było zwiększenie świadomości społecznej w zakresie chorób nowotworowych – szczególnie na temat czynników ryzyka chorób nowotworowych,

niepokojących objawów, a także uświadomienia potrzeby wykonywania okresowych badań kontrolnych, zwłaszcza nagłośnienie bezpłatnych badań screeningowych.

Grupa docelowa: społeczność lokalna, uczniowie ostatnich klas szkół podstawowych, szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, przedstawiciele władz lokalnych.

W trakcie realizacji programu przeprowadzono 17 szkoleń/wykładów dla 754 osób. Zorganizowano 9 punktów konsultacyjno – informacyjnych, 2 happeningi, konferencję Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. Liczba adresatów: 6 500 osób i 27 szkół.

- **Program „Profilaktyki raka szyjki macicy” na lata 2009 – 2014 realizowany przez PSSE Krosno Odrzańskie w woj. lubuskim**

Program ma na celu uświadomienie konieczności wykonywania regularnych badań cytologicznych, zwiększenie odsetka dziewcząt uodpornionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, wyrobienie nawyku samobadania piersi.

Program skierowany jest do dziewcząt ze szkół ponadgimnazjalnych.

Partnerem jest Starostwo Powiatowe w Krośnie Odrzańskie oraz lekarz ginekolog – koordynator szczepień. W 2009 r. edukacją objęto 380 uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz zaszczepiono 260 dziewcząt.

3. Realizacja kampanii z okazji obchodów Światowego Dnia Zdrowia

Działanie podejmowane były odpowiednio na poziomie wojewódzkim i lokalnym, a przeprowadzane przez WSSE i PSSE.

PIS we współpracy z Biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce po raz kolejny zaangażowała się w zorganizowanie i przeprowadzenie obchodów Światowego Dnia Zdrowia, obchodzonego 7 kwietnia 2009 r. pod hasłem: „Ratujmy życie! Bezpieczne szpitale w czasie katastrof”.

W/w przekaz skierowany był do ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej i bezpieczeństwa na terenie województw, kadry kierowniczej ZOZ i NZOZ, a także uczniów wszystkich poziomów nauczania oraz nauczycieli, dyrektorów szkół i rodziców.

W realizację działań włączyło się 5 WSSE (Warszawa, Wrocław, Szczecin, Kraków, Katowice).

W ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia odbyły się następujące formy realizacji działań:

- szkolenia (17, 506 osób)
- narady (68, 319 osób)
- wykłady (29, 2 195 osób)
- prelekcje (17, 793 osób)
- pogadanki (276, 5 336 osób)
- instruktaże (435, 3 712 osób)
- pokazy (137, 7 489 osób)
- ćwiczenia (94, 1 858 osób)
- konkursy (41, 1 511 osób)
- imprezy (31, 7 899 osób)
- formy wizualne (293, 19 079 osób)
- dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych (349, 1 549 osób)
- punkty informacyjne (50, 690 osób)
- pozostałe formy realizacji (np. gry, filmy itp.)

Informacje związane z przekazem obchodów Światowego Dnia Zdrowia były prezentowane i publikowane w mediach (radio, telewizja, prasa, internet).

4. Podsumowanie

Zakres działań prozdrowotnych podejmowanych przez PIS w 2009 roku, dotyczył priorytetowych problemów zdrowotnych mających na celu poprawę jakości życia całej populacji oraz zmniejszenia zagrożeń zdrowotnych występujących w środowiskach lokalnych.

Realizacja programów dotyczyła profilaktyki chorób oraz promocji zdrowego stylu życia.

Powyższe działania PIS kierowane były do wszystkich grup odbiorców zaczynając od dzieci w wieku przedszkolnym, uczniów w szkołach na wszystkich poziomach nauczania i studentów oraz dorosłej populacji.

W/w przedsięwzięcia realizowane były w ramach długofalowych programów edukacyjnych oraz społecznych kampanii prozdrowotnych.

GIS, WSSE, PSSE przygotowywały i inicjowały działania prozdrowotne odpowiednio na poziomie: krajowym, wojewódzkim i powiatowym zapraszały partnerów i współrealizatorów, celem osiągnięcia najlepszych efektów.

Ponadto GIS, WSSE (16) i PSSE (318) do inicjowanych przez PIS działań, dostarczały materiały oświatowo-zdrowotne i pomoce dydaktyczne, które ułatwiały realizację przedsięwzięć prozdrowotnych w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia jednostkom i organizacjom realizującym je na terenie całego kraju.

XII. Sanitarna ochrona granic państwa

Graniczna kontrola sanitarna żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2009 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 - ustawą z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225, 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 niezwierzęcego oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, przywożonych z państw niebędących członkami Unii Europejskiej oraz z państw niebędących 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 niepoddane 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 2009 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”.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2009 r. w ramach granicznej kontroli sanitarnej przeprowadziły 70 451 kontroli, w tym 38 949 kontroli na przejściach granicznych, 25 261 kontroli w składach celnych oraz 6 241 kontroli w miejscach docelowego przeznaczenia towarów.

W ramach dokonanych kontroli:

- oceniono 60 419 partii żywności oraz 32 961 partii materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością;
- wydano 70 338 świadectw, w tym:
 - 63 577 świadectw spełnienia obowiązujących wymagań i dopuszczenia do obrotu, z których: 42 546 - dot. żywności i 21 031 - dot. materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością),
 - 324 świadectw nie spełnienia obowiązujących wymagań,
 - 6 437 partii przekazano w procedurze tranzytu do innych krajów.
- do badań laboratoryjnych pobrano 5 662 próbki towarów (5 593 próbki żywności oraz 69 próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością), z których zdyskwalifikowano 307 próbek, co stanowi 5,42 % próbek pobranych.

W wyniku kontroli przeprowadzonych w ramach granicznej kontroli sanitarnej organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 92 decyzje zakazujące wprowadzania do obrotu żywności lub materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością - nie spełniających obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej.

Zakończenie

W roku 2009 Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wykonywanie zadań określonych ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Działalność Inspekcji w 2009 roku skierowana była również na zacieśnianie i doskonalenie współdziałania w ramach Unii Europejskiej, zarówno z instytucjami i agendami wspólnotowymi, jak i poszczególnych krajów członkowskich. 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.

Tabela 10.2 Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w latach 2008-2009

L.p	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2008	2009	
1	Wytwornie lodów	0,2	0,6	0,4
2	Automaty do lodów	1,2	1	-0,2
3	Wytwornie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	4,8	-	-4,8
4	Piekarnie	3,9	3,3	-0,6
5	Ciastkarnie	1,7	1,4	-0,3
6	Przetwornie owocowo - warzywne i grzybowe	0,9	1,2	0,3
7	Browary i słodownie	2,1	-	-2,1
8	Wytwornie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	0,7	0,8	0,1
9	Wytwornie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	0,9	1,9	1
10	Zakłady garmażeryjne	1,4	1,7	0,3
11	Zakłady przemysłu zbożowo - młynarskiego	3,4	2,9	-0,5
12	Wytwornie makaronów	-	-	-
13	Wytwornie wyrobów cukierniczych	1,2	-	-1,2
14	Wytwornie koncentratów spożywczych	0,8	2	1,2
15	Wytwornie octu, majonezu i musztardy	-	2,8	2,8
16	Wytwornie chrupek, chipsów i prażynek	-	-	-
17	Wytwornie suplementów diety	-	-	-
18	Wytwornie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwornie substancji dodatkowych	-	-	-
20	Cukrownie	5	-	-5
21	Inne wytwornie żywności	1,1	1	-0,1
22	Sklepy spożywcze	3,2	3,3	0,1
23	Kioski spożywcze	2,9	2,1	-0,8
24	Magazyny hurtowe	1,4	1,1	-0,3
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	2,6	2	-0,6
26	Środki transportu	0,1	0,1	-
27	Inne obiekty obrotu żywnością	2,2	2	-0,2
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2,1	1,9	-0,2
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,7	0,6	-0,1
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	2,3	2,2	-0,1
31	Wytwornie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	0,4	-	-0,4
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	-	-
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	0,5	0,4	-0,1
OGÓLEM – obiekty objęte nadzorem		2,3	2,2	-0,1

- brak przypadków

* - nie zbierano danych

Tabela 10.4 Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2009 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
				krajowych		UE		z importu	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	2,96	3,93	2,94	3,95	3,55	3,52	-	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	3,84	9,01	3,85	9,02	-	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	2,93	3,27	3,19	2,78	2,45	6,41	0,77	4,27
4.	Mleko i przetwory mleczne	4,8	5,01	4,9	5,08	0,36	1,51	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,99	3,05	2,45	2,89	6,79	7,2	4,04	1,34
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	2,19	2,27	2,16	2,12	3,73	6,5	2,08	3,92
7.	Cukier i inne	5,17	4	8,82	10	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	28,57	-	-	-	66,67	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	4,67	2,38	28,13	29,41	-	-	1,87	1,58
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,51	2,01	1,29	2,13	1,99	1,25	2,72	1,61
11.	Owoce	2,41	1,76	1,37	1,92	2,84		3,63	
12.	Grzyby	4,02	7,21	4,12	7,49	-	-	-	-
13.	Drożdże	-	-	-	-	-	-	-	-
14.	Napoje alkoholowe	0,58	1,9	0,46	2,3	0,72	0,87	0,88	2,17
15.	Ocet	1,18	-	1,25	-	-	-	-	-
16.	Wody mineralne	6,76	3,88	6,86	3,58	-	15,87	-	-
17.	Tłuszcze roślinne	1,12	1,26	1,09	1,18	0,82	2,63	5,56	2,63

18.	Ziarna roślin oleistych	5,73	4,03	16,67	62,5	22,22	50	5,21	1,55
19.	Koncentraty spożywcze	0,63	0,54	0,68	0,51	-	-	-	0,97
20.	Majonezy musztardy sosy	1,41	1,68	1,48	2,13	1,39	1,96	1,2	-
21.	Zioła, przyprawy	1,66	1,5	2,7	1,59	0,28	0,36	1,28	1,77
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	17,48	12,5	1,59	2,17	2,19	1,59	25,87	19,75
23.	Wyroby garmazeryjne i kulinarne	4,73	4,7	4,77	4,73	-	-	-	-
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	1,42	2,51	1,53	1,86	-	2,7	4,17	12,31
25.	Nowa żywność	-	-	-	-	-	-	-	-
26.	Suplementy diety	6,92	5,79	6,98	4,49	16,19	12,5	4,42	6,33
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	0,32	1,91	0,64	3,24	-	-	-	-
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	5,65	7,62	5,67	7,04	-	37,5	-	-
29.	Inne środki spożywcze	4,35	6,22	4,76	5,74	-	20	-	9,09
30.	Razem środki spożywcze	3,69	3,84						
31.	Środki spożywcze krajowe			3,3	3,71				
32.	Środki spożywcze UE					2,54	3,63		
33.	Środki spożywcze z importu							6,74	5,02

Tabela 10.5 Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2009 r.

GATUNEK GRZYBÓW	Miesiące												Liczba			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Ognisk	Zachorowań	Osób hospitalizowanych	Zgonów
ZATRUCIA CYTOTROPOWE																
Muchomor sromotnikowy								10	1				5	11	11	2
ZATRUCIA NEUROTROPOWE																
Krowiak podwinięty									1				1	1	1	-
O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM																-
Gołąbek								1	1				2	2	2	-
O DZIAŁANIU HALUCYNOGENNYM																
Łysiczka lancetowata									2		1		3	3	3	-
Kołpaczek motylkowy							1						1	1	1	
ZATRUCIA NIESWOISTE						2		1	3	1			7	7	7	-
ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI							1	1	2	1			5	5	5	1
RAZEM						2	2	13	10	2	1		24	30	30	3

Tabela 10.6 Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2009 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
				krajowych		UE		z importu	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	4,45	1,98	2,21	2,13	-	-	11,43	1,59
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	3,56	4,56	1,14	1,87	-	5,71	6,25	7,66
3.	Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	3,94	3,72	1,7	1,98	-	4,12	7,68	6,96
4.	Kosmetyki	1,52	1,22	1,32	1,38	3,49	-	-	-