

# SPIS TREŚCI

Wstęp .....	2
I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych .....	5
II. Jakość wody przeznaczonej do spożycia .....	26
III. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego .....	51
IV. Zapobiegawczy nadzór sanitarny .....	56
V. Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej i kąpielisk .....	61
VI. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej .....	84
VII. Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy .....	98
VIII. Higiena radiacyjna .....	106
IX. Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo- wychowawczych oraz warunki pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach.....	113
X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku .....	128
XI. Oświata zdrowotna i promocja zdrowia.....	155
XII. Sanitarna ochrona granic państwa .....	175
Zakończenie .....	178

## **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 zatruc;
- środowisko pracy, w którym występują czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia;
- stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnościowych, zakładów opieki zdrowotnej, placówek nauczania i wychowania i innych obiektów użyteczności publicznej.

W 2008 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 w roku 2008” 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 2008 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 2008 r. i stanowi porównanie ze stanem na koniec roku 2007.

# I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych

## 1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce należy uznać za dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś obserwowany w roku 2008 wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 1.1) – w oparciu o przygotowane przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, *Meldunki dwutygodniowe o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszonych w 2008 roku* – dane te podlegać będą jeszcze weryfikacji.

**Tabela 1.1. Wybrane dane epidemiologiczne dot. występowania chorób zakaźnych w Polsce w latach 2004-2008** (za 2008 rok dane nie zostały zweryfikowane)

poz.	Jednostka chorobowa zachorowania	2004	2005	2006	2007	2008
1.	AIDS i zakażenia HIV	163	157	167	173	190
2.	Dur brzuszny	2	3	3	2	5
3.	Dury rzekome A, B i C	3	3	1	3	2
4.	Salmonellozy - ogółem	15 958	16 007	13 364	11 702	9605
5.	Czerwonka bakteryjna	74	80	35	64	32
6.	Wirusowe zakażenia jelitowe	10 398	12 533	20 671	21 748	32 535
7.	w tym zakażenia jelitowe rotawirusowe	b.d.	9996	15 702	15 187	23 646
8.	Biegunki u dzieci do lat 2	16 361	17 284	21 310	22 706	29 188
9.	Krztusiec	2955	1925	1525	1985	2167
10.	Tęžec	25	15	22	19	14
11.	Odra	11	13	120	36	97
12.	Różyczka	4857	7946	20 659	22 890	13 143
13.	Ospa wietrzna	147 977	147 751	141 218	160 161	129 545

*I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych*

14.	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	135 179	71 999	15 114	4147	3273
15.	Nagminne porażenie dziecięce - poszczepienne	1	-	-	-	-
16.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	906	1 075	1578	1201	708
17.	Wirusowe zapalenie mózgu (wszystkie)	521	387	608	510	406
18.	w tym zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	262	174	316	233	200
19.	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz . i zapalenie mózgu)	205	208	234	392	369
20.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - meningokokowe	112	126	137	213	214
21.	Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznica, zapalenie opon m-rdz . i zapalenie mózgu)	125	72	54	46	29
22.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – <i>Haemophilus influenzae</i>	77	56	39	37	20
23.	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz . i zapalenie mózgu)	bd	175	211	273	268
24.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - pneumokokowe	bd	110	117	162	148
25.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - bakteryjne inne lub o nieustalonej etiologii	620	902	685	657	584
26.	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	3937	4875	4883	4371	3777
27.	w tym wzv typu A	95	54	109	42	209
28.	wzw typu B	1570	1724	1751	1523	1375
29.	wzw typu C	2157	2993	3025	2811	2393
30.	Świerzb	12 102	11 622	11 105	11 477	11056
31.	Włośnica	163	62	135	292	4
32.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	19 872	20 065	17 264	15 241	12 215
33.	w tym - salmonelozowe	15 818	15 621	13 216	11 566	9473
34.	- gronkowcowe	565	658	417	407	202
35.	- jadem kiełbasianym	53	28	50	48	46
36.	- <i>Clostridium perfringens</i>	1	4	5	4	3
37.	Borelioza (Choroba z Lyme)	3822	4406	6679	7731	8248
38.	Grypa - ogółem	336 919	733 234	251 815	374 042	227346
39.	Wścieklizna	-	-	-	-	-
40.	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7556	7711	7510	7 092	6887
41.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	13	13	10	11	11

### 1.1. Zatrucia i zakażenia pokarmowe

W roku 2008 obserwowano wyraźny 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, w przypadku których jako czynnik etiologiczny zidentyfikowano bakterie z rodzaju *Campylobacter* (z 193 w 2007 r. do 255 w 2008 r.) i *Yersinia*. Świadczy to o poprawiającej się diagnostyce laboratoryjnej zakażeń i zatruc pokarmowych, pozwalającej na ustalenie czynnika etiologicznego odpowiedzialnego za wystąpienie zakażenia/zatrucia pokarmowego. W roku 2008, w stosunku do roku 2007, a także w stosunku do lat wcześniejszych, obserwowano bardzo wyraźny wzrost liczby zgłoszonych przypadków biegunek u dzieci do lat 2. Nadal sporadycznie występowały zakażenia pałeczką czerwonki oraz zachorowania na dur brzuszny i dury rzekome. W 2008 roku potwierdzono 32 zachorowania na czerwonkę bakteryjną, w porównaniu do 64 zachorowań w 2007 roku i 35 zachorowań w 2005 roku. W 2008 roku zarejestrowano również, podobnie jak w latach ubiegłych, pojedyncze zachorowania na dur brzuszny (5 przypadków) i dury rzekome (2 przypadki). Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne na terenie każdego z województw prowadzą rejestry nosicieli pałeczek duru brzuszego będących potencjalnym źródłem zakażenia.

Zaobserwowano także wzrost zakażeń jelitowych u dzieci w tym zwłaszcza zakażeń rotawirusowych. W 2008 roku zostało zgłoszonych 25 ognisk zakażeń szpitalnych wywołanych przez rotawirusy – patrz rozdział poświęcony zakażeniom szpitalnym.

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

Zachorowania na wirusowe zapalenia wątroby typu A (WZW A) występują obecnie sporadycznie. Spadek liczby zachorowań z 4045 w 1997 roku do 42 w 2007 roku był

możliwy dzięki prowadzonym działaniom na rzecz zwiększenia świadomości społecznej o zagrożeniu i sposobach uniknięcia zakażenia oraz przede wszystkim powszechnej dostępności wodociągowej wody pitnej poddanej uzdatnianiu. Jednocześnie należy ocenić, że narasta zagrożenie wybuchem wyrównawczej epidemii WZW A, ze względu na powszechną i wzrastającą wrażliwość populacji na zakażenia tym wirusem. Uważa się bowiem, że Polska przestała być już krajem o wysokiej endemiczności 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. Tym samym wśród osób w wieku poniżej 40 roku życia, które nie miały możliwości ulec zakażeniu HAV w okresie dzieciństwa, należy się liczyć z powszechną wrażliwością na zakażenie (potwierdzają to stosowne badania przesiewowe poziomu odporności w populacji), a co za tym idzie możliwe jest wystąpienie tzw. epidemii wyrównawczej.

W roku 2008 obserwowano niepokojący wzrost liczby rozpoznanych zakażeń wirusem HAV. Zarejestrowana ich liczba 209 jest kilkakrotnie wyższa niż zgłaszana w poszczególnych latach poczynając od 2002 roku. Zachorowania dotyczyły głównie młodych osób między 20 a 30 rokiem życia.

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 2008 zachorowało 1375 osób. Dla porównania, w 2007 roku zgłoszono 1523 zachorowania, w 2006 roku – 1751 zachorowań, w 2005 roku – 1724 zachorowania. Z uwagi na powszechność obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, jedynie sporadycznie dochodzi do ostrego WZW B w populacji objętej obowiązkowymi szczepieniami. Obecnie przyjmuje się, że populacja osób do 24 lat jest uodporniona przed zakażeniem wirusem HBV w wyniku obowiązkowych



szczepień ochronnych prowadzonych w latach wcześniejszych.

### *1.2.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu C*

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) cechuje rejestrowany od wielu lat trend wzrostowy liczby zachorowań. W roku 2008 stwierdzono 2393 zachorowania. Dla porównania w roku w roku 2007 zgłoszono 2811 zachorowań, 2006 – 3025 zachorowań, zaś w 2005 roku – 2993 zachorowania. Szacunkowe dane epidemiologiczne pozwalają sądzić, że liczba zakażonych HCV w Polsce wynosi ok. 730 tysięcy. Ok. 80 % zarejestrowanych przypadków ma związek z wykonywaniem zabiegów medycznych. Wskazuje to na występowanie warunków umożliwiających szerzenie się zakażenia, 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, 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 zarówno 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 powoływanie zespołów i komitetów 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 2008 roku zmniejszenie liczby nowych zachorowań na WZW C jest początkiem trendu spadkowego będącego wyrazem skuteczności podejmowanych działań przeciwepidemicznych w tym zakresie.

Konieczne jest również rozpoznawanie zakażenia wirusem HCV możliwie wczesne od chwili zakażenia, gdyż jedynie wczesne rozpoczęcie leczenia przeciwwirusowego, tj. najlepiej w ciągu roku od zakażenia, daje wysokie ok. 90-100 % szanse wyleczenia.

W przypadku przewlekłego WZW C szansa wyleczenia nie przekracza 40 % (leczenie skojarzone pegylowanym interferonem alfa i rybawiryną). 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 od strzykawki lub zranienia innymi narzędziami skażonymi krwią osoby zakażonej HCV.

### **1.3. Zachorowania na choroby zakaźne wieku dziecięcego**

Liczba zachorowań na krztusiec cechują się zmiennością. W roku w roku 2008 wystąpiło 2167 zachorowań na krztusiec. Dla porównania w roku 2007 wystąpiły 1984 zachorowania na krztusiec, w roku 2006 – 1525 zachorowań, w roku 2005 – 1925 zachorowań i w 2004 – 2955 zachorowań. Od 2003 roku prowadzone są szczepienia przypominające przeciw krztuścowi u dzieci w 6 roku życia – szczepionką DTPa (błoniczo-tężcowa 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. W 2006 roku szczepienia te były wykonywane w 11 roku życia. Od 2007 roku szczepienia ochronne z użyciem szczepionki trójwalentnej (MMR) są wykonywane w 10 roku życia. Jednocześnie nie są już prowadzone szczepienia z użyciem szczepionek monowalentnych przeciw odrze w 7 roku życia i szczepienia dziewcząt przeciw różyczce w 13 roku życia. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw odrze, różyczce i śwince może doprowadzić w ciągu najbliższych lat do spadku zachorowań na świnkę. W 2008 roku na nagminne zapalenie przyusznic (świnkę) zachorowało 3273 dzieci, podczas gdy w 2007 roku zachorowało 4164 dzieci. Dla porównania 2006 wystąpiło 15 114 zachorowań, w 2005 roku – 71 999 zachorowań, zaś w 2004 roku – 135 179 zachorowań.

Utrzymujący się spadek liczby zachorowań na krztusiec oraz świnkę może być spowodowany wprowadzeniem do kalendarza szczepień ochronnych szczepień przypominających, ale może być również wynikiem cyklicznej zmienności liczby zachorowań na te choroby. Dokładna analiza trendu będzie możliwa dopiero po zaszczepieniu szczepionkami MMR oraz DTPa kolejnych roczników dzieci podlegających obowiązkowym szczepieniom.

Występująca co kilka lat, zmienność liczby zachorowań może być też przyczyną

wzrostu lub spadku zachorowań na różyczkę w danym roku, lecz nie można mówić o trendzie wzrostowym na przestrzeni ostatnich lat. Liczba zachorowań na różyczkę w roku 2008 wyniosła 13 143, w 2007 roku – 22 886, zaś 2006 w roku – 20 659 zachorowań. Dla porównania w 2005 roku wystąpiło 7946 zachorowań, zaś w 2003 roku – 4857 zachorowań. 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 powszechnych szczepień ochronnych i zmniejszenia się liczby dzieci chorujących na różyczkę w populacji, w następstwie braku stymulacji immunologicznej w wyniku kontaktu z obecnym w populacji wirusem różyczki, u osób szczepionych należy się liczyć z zanikiem odporności poszczepiennej po ok. 15 latach.

#### **1.4. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową**

Zakażenia meningokokowe mogą występować sporadycznie, endemicznie, mogą przybierać postać ognisk epidemicznych, epidemii i pandemii. Epidemie wywoływane są głównie przez szczepy z grup serologicznych A, C 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 meningokoki z serogrupy C są przyczyną 40 % zachorowań. Według danych Państwowego Zakładu Higieny, w Polsce zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w roku 2008 wynosiła 0,97/100 000. W roku 2008 odnotowano 369 zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (Tabela 1.2), w tym: 214 – zapaleń opon mózgowych, 11 – zapaleń mózgu, 242 – posocznic, 12 – innych określonych i nieokreślonych inwazyjnych chorób meningokokowych.

W porównaniu z rokiem 2007 nie odnotowano znaczących różnic w zakresie liczby zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (Tabela 1.3 – źródło: Narodowy Instytut

Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny).

**Tabela 1.2. Liczba zgłoszeń zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (A39) w 2008 roku objętą indywidualnymi raportami - wg województw i definicji przypadku lub postaci**

Województwo	Zgłoszone w okresie od 01.01 do 31.12.2008 r.				
	Ogółem (A39)	zapalenie opon mózgowych	zapalenie mózgu	posocznica	inna określona i nie określona
POLSKA	369	214	11	242	12
Dolnośląskie	16	11	0	10	1
Kujawsko - Pomorskie	14	10	2	7	1
Lubelskie	28	13	0	18	0
Lubuskie	7	6	0	4	0
Łódzkie	11	6	0	8	0
Małopolskie	46	23	0	21	8
Mazowieckie	48	26	3	39	0
Opolskie	8	5	1	4	0
Podkarpackie	20	11	2	15	0
Podlaskie	3	0	0	3	0
Pomorskie	31	16	0	21	1
Śląskie	35	22	0	20	0
Świętokrzyskie	30	16	0	26	0
Warmińsko- Mazurskie	24	17	0	14	1
Wielkopolskie	35	22	2	24	0
Zachodniopomorskie	13	10	1	8	0

**Tabela 1.3. Skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 2008 roku w porównaniu do analogicznych okresów 2007 r.**

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Dane skumulowane (3)	
	Od 1.01.08. do 31.12.08.	Od 1.01.07. do 31.12.07.
Choroba meningokokowa, inwazyjna: ogółem (A39)	369	392
w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	214	213
zapalenie mózgu (A39.8/G05.0)	11	14
posocznica (A39.1-4)	242	258

**Objaśnienia:**

- - jedna osoba może być wykazana w kilku kolumnach
- - jedno zachorowanie może być wykazane w kilku pozycjach
- - z uwzględnieniem ewentualnych korekt;

Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570) nakładają na osoby, które miały styczność z chorymi na inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*, obowiązek leczenia, poddanie się nadzorowi epidemiologicznemu, badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a także w razie potrzeby, profilaktycznemu stosowaniu leków. Przepisy ustawy stosuje się do inwazyjnych zakażeń *Neisseria meningitidis*, gdyż są one uwzględnione w wykazie zakażeń i chorób zakaźnych określonych w załączniku do ustawy.

Najważniejszym działaniem podjętym w roku 2008 było zrealizowanie akcji obowiązkowych szczepień ochronnych p/*Neisseria meningitidis* grupy C wśród dzieci i młodzieży z terenu wszystkich gmin powiatu Ostrowiec Świętokrzyski i gminy Tarłów w powiecie opatowskim na terenie województwa świętokrzyskiego.

Szczepieniami objęto 9000 osób z roczników 1989-1994. W ramach akcji podjęto szereg działań organizacyjnych, z których najważniejsze to:

- wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia w sprawie wprowadzenia jednolitych procedur postępowania w związku z wystąpieniem zakażeń meningokokowych (rozporządzenie z dnia 8 lutego 2008 r., Dz. U. Nr 23, poz. 145). Dokument ten wprowadził procedury postępowania wobec osób narażonych na zakażenia meningokokowe polegające na przeprowadzaniu szczepień ochronnych przeciwko temu zakażeniu. Umożliwił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej podjęcie szybkich i skutecznych działań,
- na szczeblu centralnym zapewniono odpowiednią liczbę preparatów szczepionkowych, które wykorzystano podczas trwania całej akcji szczepień.

### **1.5. Grypa sezonowa, grypa ptaków H5N1 i przygotowania do pandemii grypy**

W czasie sezonu grypowego 2007/2008 r., w okresie od stycznia do marca 2008 r. (okres szczytu zachorowań na grypę w Polsce), łącznie zanotowano 149 642 zgłoszenia przypadków zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę sezonową – dla porównania w analogicznym okresie 2007 roku zarejestrowano 278 275 przypadków.

Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wybrani lekarze podstawowej opieki zdrowotnej kontynuowali realizację wybiórczego nadzoru epidemiologicznego nad grypą sezonową typu Sentinel. Wyizolowane szczepy wirusa przekazywano do Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH, w celu weryfikacji wirusologicznej.

W roku 2008 służby weterynaryjne nie stwierdziły wystąpienia na terenie Polski wysoce patogennej grypy ptaków wywołanej wirusem H5N1. W roku 2008 nie stwierdzono

również w Polsce zakażenia tym wirusem u ludzi. Na bieżąco monitorowano światową sytuację epidemiologiczną w tym zakresie.

W ramach prac Krajowego Komitetu ds. Pandemii Grypy, kontynuowano działania mające na celu przygotowanie Polski do pandemii grypy. W Głównym Inspektoracie Sanitarnym zaktualizowano część I i II „*Polskiego planu pandemicznego*”. We współpracy z wybranymi wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi podjęto działania mające na celu zaktualizowanie i dostosowanie do najnowszych wymogów WHO i ECDC lokalnych planów pandemicznych. Podjęto również szereg działań mających na celu zwiększenie zaangażowania w przygotowania do pandemii grypy przedstawicieli sektora prywatnego.

Podobnie jak w latach poprzednich, przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego uczestniczyli w szeregu spotkań międzynarodowych (w tym m.in. w VI Ministerialnej Konferencji dotyczącej grypy ptaków i przygotowań do pandemii grypy w październiku 2008 r. w Egipcie), organizowanych zarówno przez WHO, ECDC, EC, jak i przez rządy innych państw, podczas których konsultowali i dyskutowali rozwiązania, mające na celu poprawę poziomu światowych przygotowań.

#### **1.6. 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*. Do końca września 2008 roku, PSO 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 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 rozpoczęto prace legislacyjne nad projektami rozporządzeń regulujących organizację szczepień ochronnych w Polsce.

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. 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,
- wdrożenie szczepionek skojarzonych z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym,
- wdrożenie nowych równoważnych lub skuteczniejszych szczepionek nie zawierających związków rtęci,

- wprowadzenie zmiany zapisów w kalendarzu dotyczących szczepień przeciwko odrze, śwince, różyczce oraz przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B dla populacji objętej obowiązkiem szczepień przeciwko tym chorobom,
- wprowadzenie szczepionek poliwalentnych o wysokim stopniu skojarzenia.

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. 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.

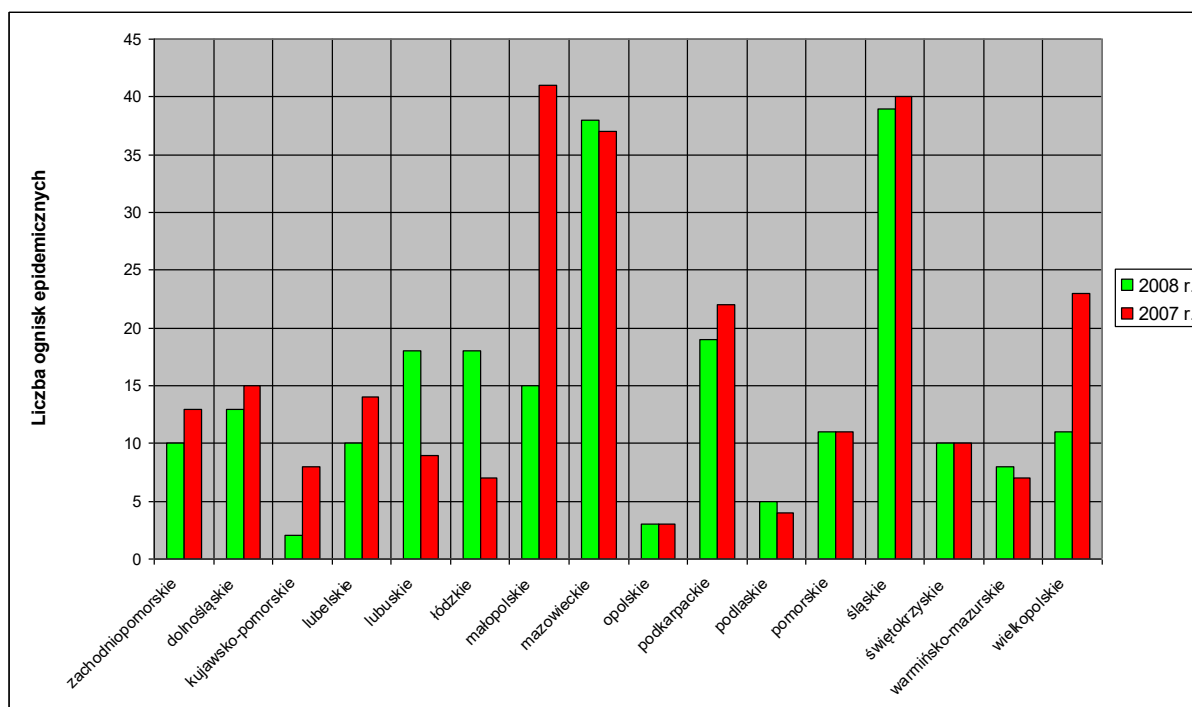
### **1.7. Występowanie ognisk epidemicznych w szpitalach na terenie kraju w 2008 roku**

Jednym z priorytetów Polski w zakresie polityki zdrowotnej jest monitorowanie i ograniczanie zagrożeń epidemiologicznych związanych z zakażeniami występującymi w placówkach służby zdrowia. Nadzór nad tym zagadnieniem prowadzi pion epidemiologii Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który corocznie przeprowadza analizę sytuacji epidemiologicznej zakładów opieki zdrowotnej w oparciu m.in. o raporty przekazywane przez placówki na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 roku *w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń* (Dz. U. Nr 54, poz. 484). Powyższe dane przekazywane są do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w raportach:

- rocznych o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych,
- wstępnym o podejrzeniu ogniska epidemicznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
- końcowym z czynności podejmowanych w celu wygaszenia ogniska epidemicznego.

W 2008 roku do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w Polsce zgłoszono 230 ognisk zakażeń szpitalnych (w 2007 roku – 264 ogniska, w 2006 roku – 114 ognisk).





Ryc. 1.1. Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce 2008 i 2007 roku.

Jak wynika z przedstawionych na Ryc. 1.1 danych liczba ognisk epidemicznych w 2008 roku w województwach: zachodniopomorskim, dolnośląskim, lubelskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim utrzymywała się na podobnym poziomie, jak w 2007 roku. W województwie lubuskim i łódzkim w 2008 roku zgłoszono po 18 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, tj. odpowiednio o 9 i 11 ognisk więcej niż w roku ubiegłym. Wyraźnie spadła liczba ognisk epidemicznych zgłoszonych do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych z zakładów opieki zdrowotnej w województwach: kujawsko-pomorskim, małopolskim i wielkopolskim.

Łącznie zakażeniu w tych ogniskach uległo 2038 osób, w tym 1934 pacjentów i 104 osoby personelu, przy czym zakażenie zdiagnozowano laboratoryjnie u 1046 osób, co stanowiło 51,3 % ogółu zakażonych. Największe ogniska zakażeń dotknęły od 47 osób (woj. śląskie) do 78 osób (woj. łódzkie) i spowodowane były zakażeniami żołądkowo-jelitowymi.

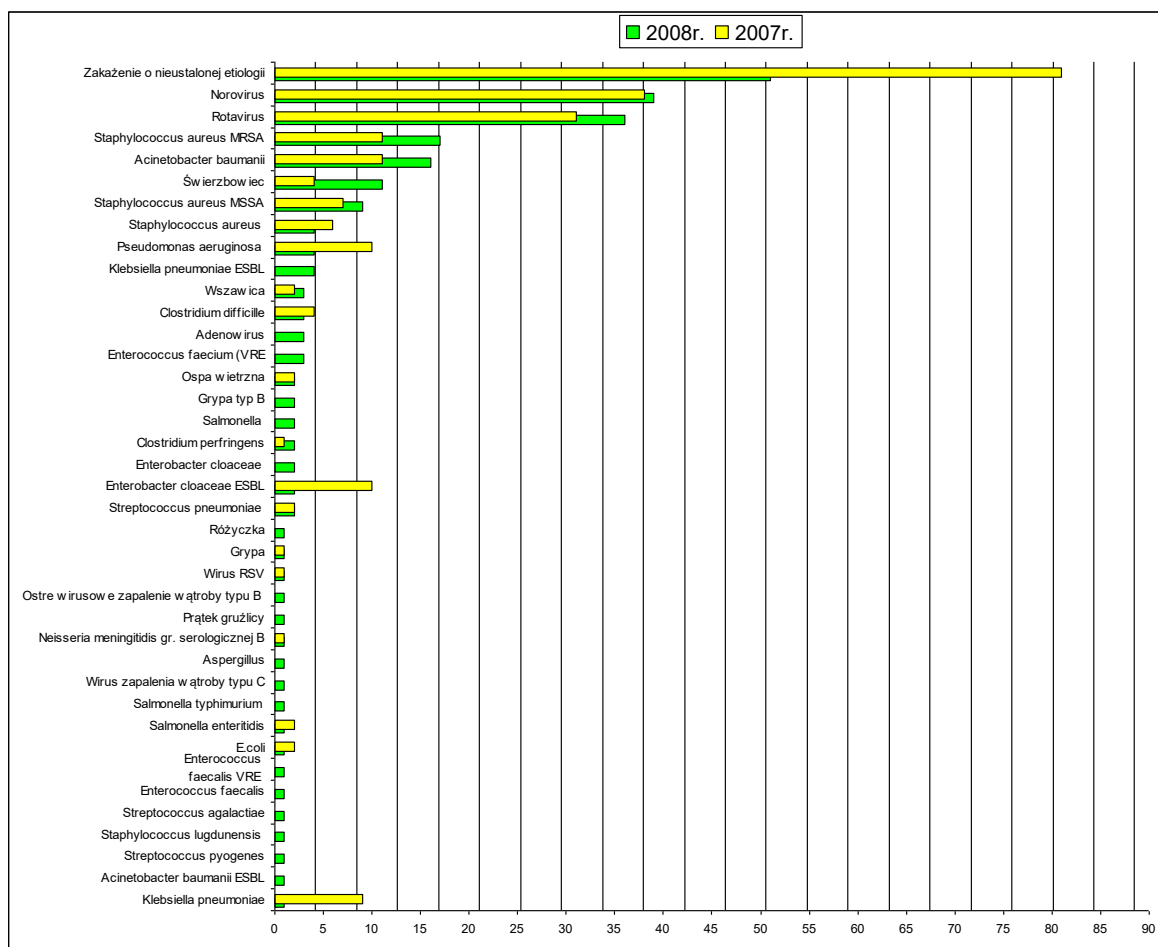
Należy zaznaczyć, iż spośród 230 ognisk zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 70 % rozpoznanie etiologii zakażenia ustalono w oparciu o przeprowadzone badania laboratoryjne, zaś w 8 % na podstawie typowych objawów klinicznych, m.in. ospę wietrzną, różyczkę, świerzb.

W przypadku 51 ognisk, co stanowi 22 % z ogólnej liczby zgłoszonych ognisk, nie

ustalono etiologii zakażeń. Wyżej wymienione ogniska epidemiczne były zarejestrowane przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych jako ostre wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe (88,2 %), infekcje grypopodobne (9,8 %), zapalenia spojówek (2 %).

Natomiast wśród patogenów zdiagnozowanych najliczniejszą grupę stanowiły: Norowirusy – w 39 zgłoszonych ogniskach epidemicznych (17 % ognisk) oraz Rotawirusy w 36 ogniskach epidemicznych (16 % ognisk). Najwięcej zachorowań wywołanych przez Rotawirusy – 25 ognisk – wystąpiło na oddziałach pediatrycznych, co może mieć związek z powszechnością występowania tych zakażeń wśród dzieci.

Wyraźnie wzrosła liczba zakażeń bakteryjnych wywołanych przez typowe drobnoustroje szpitalne, dysponujące wieloma mechanizmami lekooporności: m.in. *Staphylococcus aureus* MRSA – 17 (7,4 % ognisk), *Acinetobacter baumannii* – 16 (7 % ognisk), *Staphylococcus aureus* MSSA – 9 (4 % ognisk), pałeczki *Klebsiella* spp. ESBL(+) – 4 (1,7 % ognisk), *Enterococcus faecium* VRE – 3 (1,3 % ognisk), *Clostridium difficile* – 3 (1,3 % ognisk).



Ryc. 1.2. Struktura epidemicznych zakażeń szpitalnych zarejestrowanych w 2007 i 2008 roku według czynnika etiologicznego

W porównaniu z rokiem wcześniejszym:

- zmniejszyła się liczba ognisk epidemicznych o niezidentyfikowanym czynnikiem etiologicznym,
- odnotowano wzrost liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez: *Staphylococcus aureus* MRSA, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus* MSSA,
- zaobserwowano trend malejący w zakresie występowania w ogniskach epidemicznych pałeczek niefermentujących z gatunku *Pseudomonas aeruginosa* (w 2007 r. – 3,8 % ogólnej liczby zgłoszonych ognisk, natomiast w 2008 r. – 1,7 %),
- zaobserwowano poprawę sprawozdawczości w zakresie monitorowania drobnoustrojów alarmowych i ognisk epidemicznych w szpitalach.

Występowanie patogenów alarmowych w ogniskach epidemicznych zarejestrowano m.in. w oddziałach szpitalnych, które przedstawia Tabela 1.4.

**Tabela 1.4. Występowanie patogenów alarmowych w oddziałach**

<b>RODZAJ DRONOUSTROJU</b>	<b>ODDZIAŁY NA KTÓRYCH WYSTĄPIŁY OGNISKA</b>
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Oddział chirurgiczny, OAiIT
<i>Clostridium perfringens</i>	Oddział chirurgii septycznej, Oddział chirurgii ogólnej i naczyniowej,
<i>Clostridium difficile</i>	Interna
<i>Acinetobacter baumannii</i>	OAiIT, Oddział neurologiczny z poddziałem udarowym,
<i>Staphylococcus aureus MRSA</i>	Pododdział Udarowy Oddziału Neurologicznego, OAiIT, Klinika Neurologii, Zakład opiekuńczo leczniczy, Oddział chirurgii ogólnej, oddział neurochirurgii, Onkologia,
<i>Staphylococcus aureus MSSA</i>	Oddział noworodkowy, Klinika neonatologii, Oddział dziecięcy
<i>Streptococcus pyogenes</i>	Położnictwo i ginekologia
<i>Zakażenie o nieustalonej etiologii</i>	Oddział psychiatryczny, Oddział opiekuńczo - leczniczy, Oddział terapii uzależnień, Oddział kardiologii, Katedra i Klinika Pulmonologii, Oddział chorób wewnętrznych i endokrynologii
<i>Klebsiella pneumoniae ESBL</i>	Chirurgia onkologiczna,
wirus HCV	Stacja dializ szpitala specjalistycznego
<i>Rotawirus</i>	Pediatryczny, Oddział niemowlęcy, Chirurgia dziecięca, Oddział neurologiczny z poddziałem udarowym, interna
<i>Norowirus</i>	Oddział chorób wewnętrznych, Okulistyka, Nefrologia, Oddział dermatologiczny, Oddział psychiatryczny
<i>Enterococcus faecium (VRE)</i>	Onkologia, Klinika Hematologii, Oddział Nefrologii
<i>Enterococcus faecalis VRE</i>	Oddział Wewnętrzny Płucny

Występowanie drobnoustrojów alarmowych jest bardzo zróżnicowane pomiędzy szpitalami i oddziałami. Najwyższe odsetki lekoopornych drobnoustrojów obserwuje się w szpitalach wysokospecjalistycznych oraz klinicznych. W zakresie wybranych drobnoustrojów alarmowych w 2008 roku, utrzymywały się trendy obserwowane w latach ubiegłych. Większość ognisk – 64 % – zgłosiły oddziały niezabiegowe (głównie ogniska nieżyty żołądkowo-jelitowego).

Ogniska epidemiczne są ważnym wskaźnikiem skuteczności programów kontroli zakażeń szpitalnych. Należy stwierdzić, iż liczba ognisk epidemicznych w 2008 roku pozostawała na podobnym poziomie jak w 2007 roku, a działania podejmowane przez zespoły kontroli zakażeń szpitalnych były prawidłowe i odpowiednie do występujących zagrożeń. Ogniska epidemiczne zgłaszane były do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w raportach wstępnych na bieżąco. Należy podkreślić, iż Pracownicy Inspekcji Sanitarnej współpracują z członkami zespołów kontroli zakażeń szpitalnych w aktualizowaniu i udoskonalaniu procedur kontroli zakażeń i służą pomocą merytoryczną w opracowywaniu i wygaszaniu ognisk epidemicznych.

W szpitalach zostały formalnie powołane zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych. Nie wszystkie z nich mają jednak skład w pełni zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych (Dz. U. Nr 285, poz. 2869). Do zadań zespołów należy m.in. monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych, prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych oraz opracowywanie raportów z działań podjętych w ogniskach epidemicznych.

### **1.8. Dezynfekcja i komory dezynfekcyjne**

Dezynfekcja jest podstawowym elementem higieny szpitalnej. Celem dezynfekcji jest przerwanie dróg szerzenia się drobnoustrojów oraz likwidacja źródeł zakażeń. Ze względu na zakres działania wyróżnia się preparaty bakterio-, grzybo-, wiruso-, prątko- i sporobójcze. Dobór stosownych preparatów dezynfekcyjnych oraz deklarowane parametry dezynfekcji w danych obszarach medycznych najczęściej nie budziły zastrzeżeń. W trakcie przeprowadzania zabiegów dezynfekcyjnych w szpitalach uwzględniano specyfikę określonych oddziałów szpitalnych oraz zasady zapobiegania zakażeniom szpitalnym, w tym krwiopochodnym, jak HCV, HBV, HIV. W skontrolowanych szpitalach do dezynfekcji stosowano wyłącznie preparaty zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,

Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz posiadające znak zgodności CE. Preparaty posiadały aktualne daty ważności, przechowywane były w oryginalnych opakowaniach, w wydzielonych miejscach, m.in. w zamykanych szafkach, które były prawidłowo oznakowane. Robocze roztwory dezynfekcyjne sporządzane były zgodnie z zaleceniami producentów. Do przygotowywania roztworów roboczych większość szpitali używało wyłącznie profesjonalnych, dostarczonych przez producenta i przeznaczonych do określonego preparatu, miarek lub dozowników. Niejednokrotnie stwierdzaną w toku kontroli nieprawidłowością jest niższe od wymaganego stężenie roztworów roboczych środków dezynfekcyjnych. W niektórych województwach kontrola pobranych próbek roztworów roboczych wykazała, że nie osiągają one wymaganego stężenia, np. w woj. podlaskim w 17 % kontrolowanych próbek, w woj. dolnośląskim w 7,5 % kontrolowanych próbek. Badania te nie były jednak wykonywane rutynowo we wszystkich województwach.

W nielicznych szpitalach do sporządzania roztworów roboczych wydzielono specjalne pomieszczenia z prawidłową wentylacją, przeważnie na blokach operacyjnych lub przy oddziałach noworodkowych. W większości placówek były one przygotowywane w gabinetach zabiegowych, brudownikach lub pomieszczeniach gospodarczych. Przestrzegano zasady codziennej wymiany roztworów roboczych, bądź w razie dłuższego stosowania, kontroli ich aktywności przy pomocy testów wskaźnikowych.

Do dezynfekcji niewielkich powierzchni coraz częściej stosowane są preparaty w formie gotowej do użycia, często w sprayu, które są wygodne w stosowaniu z uwagi na pominięcie procedury sporządzania roztworu roboczego.

W 2008 r. liczba komór dezynfekcyjnych w szpitalach uległa zwiększeniu w porównaniu z rokiem poprzednim. Odsetek szpitali wyposażonych w komory dezynfekcyjne w poszczególnych województwach wynosił 13 % – 63 %, co oznacza, że przeciętnie w każdym z województw znajdowało się od kilku do kilkunastu szpitali wyposażonych w komory dezynfekcyjne. Były one regularnie poddawane kontroli technicznej. Ich obsługą zajmowali się odpowiednio przeszkoleni pracownicy, posiadający stosowane uprawnienia. Dezynfekcja odbywała się zgodnie z opracowanym harmonogramem oraz doraźnie, w zależności od potrzeb oddziałów szpitala. Dezynfekcji podlegały poduszki, koce, materace, przede wszystkim te, z których korzystali chorzy zakaźnie. Rzadziej natomiast komory dezynfekcyjne były wykorzystywane do rutynowej dezynfekcji wyposażenia łóżek. Czynnikiem dezynfekcyjnym stanowiła para wodna pod ciśnieniem, formalina, amoniak. Koce i poduszki były ponadto poddawane dezynfekcji w trakcie prania z zastosowaniem środków piorąco-dezynfekcyjnych w pralniach własnych

lub u zewnętrznych usługodawców. Należy odnotować zwiększenie się liczby szpitali, stosujących zmywalne pokrowce na materace i poduszki. Szpitale nie posiadające komór dezynfekcyjnych korzystały z usług firm zewnętrznych.

W ramach nadzoru sanitarnego wykonywane były badania kontrolne cykli – nieprawidłowości w tym zakresie nie stwierdzono. Skuteczność dezynfekcji oceniano także na podstawie wymazów czystościowych, pobieranych z powierzchni poddanych uprzednio dezynfekcji. Przykładowo, w 2008 roku w ramach nadzoru bieżącego nad placówkami lecznictwa zamkniętego, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z województwa dolnośląskiego pobrali 95 wymazów czystościowych z powierzchni, z czego zakwestionowali 7, co stanowi 7,4 % ogółu pobranych prób, podczas gdy w województwie podkarpackim z ogólnej liczby 448 pobranych prób zakwestionowano 25, tj. 5,6 %. Celem poboru wymazów czystościowych była ocena jakości dezynfekcji i skuteczności przeprowadzonych procedur higienicznych (próby pobrano po przeprowadzeniu rutynowego sprzątania i dezynfekcji). Uzyskane wyniki przekazano zespołom kontroli zakażeń zakładowych i zalecono w przypadku zakwestionowanych prób podjęcie skutecznych działań naprawczych w celu eliminacji zagrożeń.

Pomieszczenia wymagające zwiększonego reżimu sanitarnego, w tym sale operacyjne, sale noworodków i gabinety zabiegowe, są wyposażone w lampy bakteriobójcze UV, wykorzystywane do naświetlania pomieszczeń podczas przerw w ich użytkowaniu. W każdym oddziale prowadzona jest ewidencja czasu pracy lamp w postaci rejestru lub automatycznego licznika.

Znajomość zasad dezynfekcji wśród personelu szpitali w większości z nich uznana została za zadowalającą. Uchybienia dotyczące dezynfekcji stanowiły nieliczną grupę nieprawidłowości. Należały do nich: brak opracowanych procedur dezynfekcji i mycia sprzętu medycznego, brak oznakowania pojemników z roboczymi roztworami środków dezynfekcyjnych, brak odpowiednich pojemników do dezynfekcji sprzętu medycznego, wyposażonych w sita i szczelne pokrywy, nie przestrzeganie zasady całkowitego zanurzenia sprzętu, zbyt krótki czas dezynfekcji, brak lub niewystarczająca ochrona dezynfekowanego sprzętu przed ponownym zanieczyszczeniem, przechowywanie preparatów dezynfekcyjnych bez zabezpieczenia w miejscach ogólnodostępnych, brak wydzielonych pomieszczeń do przygotowywania roztworów roboczych środków dezynfekcyjnych, niewłaściwy dobór preparatów dezynfekcyjnych, stosowanie zbyt małej ilości środka dezynfekcyjnego, niewystarczające zaopatrzenie w środki do dezynfekcji rąk, brak rejestracji zużycia preparatów dezynfekcyjnych.

## **1.9. Sterylizacja**

Warunkiem skuteczności sterylizacji narzędzi i sprzętu jest zachowanie prawidłowych zasad postępowania z materiałem przed sterylizacją oraz prawidłowo przeprowadzony proces sterylizacji. Najbardziej skuteczną sterylizację narzędzi, materiałów i sprzętu medycznego w ilościach niezbędnych dla sprawnego funkcjonowania szpitala, a ponadto właściwą organizację tego procesu i nadzór nad jego przebiegiem, umożliwia centralna sterylizatornia. Warunkiem jej odpowiedniego funkcjonowania są wymogi sanitarno-techniczne, zawarte w rozporządzeniu 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). Zgodnie z ww. rozporządzeniem centralna sterylizatornia powinna posiadać 3 wyodrębnione strefy: brudną, czystą i sterylną, rozdzielone śluzami umywalkowo-fartuchowymi. Powinna być wyposażona w przelotowe urządzenia do mycia, dezynfekcji i sterylizacji, zapewniające ścisły rozdział dróg materiałów „brudnych” i „czystych”. W poszczególnych województwach centralne sterylizatornie zgodnie z wymogami określonymi w ww. rozporządzeniu posiadało od 7,1 % szpitali (woj. opolskie) do 29 % szpitali (woj. kujawsko-pomorskie). Część szpitali zlecała sterylizację narzędzi innym placówkom. Podkreślenia wymaga fakt, iż coraz więcej placówek używało wyłącznie sprzętu jednorazowego użytku.

Sterylicację narzędzi przeprowadzano najczęściej przy pomocy sterylizatorów parowych (autoklawów), w zależności od województwa stanowiły od 68 % do 91,2 %, ogółu stosowanych urządzeń sterylizacyjnych, przy czym wskaźnik ten wykazuje tendencję wzrostową. Używane były także sterylizatory gazowe na tlenek etylenu, przede wszystkim do sterylizacji narzędzi i materiałów z tworzyw sztucznych, odkształcających się pod wpływem wysokiej temperatury. Stanowiły one od 2,2 % do 12,8 % ogółu urządzeń do sterylizacji w obiektach szpitalnych poszczególnych województw. Ich liczba nie uległa w 2008 r. istotnej zmianie. Zwiększyła się liczba szpitali korzystających ze sterylizatorów niskotemperaturowych (plazmowych). Liczba sterylizatorów tego typu w poszczególnych województwach wynosiła od 1 do 15. Przeprowadzone w ramach nadzoru sanitarnego kontrole wskazują, że w 2008 r. w szpitalach nadal trwał proces wycofywania ze stosowania sterylizatorów na suche gorące powietrze. W niektórych województwach nie były one już stosowane w żadnym szpitalu, w pozostałych stosowano je wyłącznie w aptekach, laboratoriach, kuchenkach mlecznych oraz do sterylizacji kieliszków do leków i szpatulek metalowych.

Narzędzia, materiały i sprzęt medyczny poddawano sterylizacji w rękawach, torebkach papierowych, rękawach papierowo-foliowych, podwójnej warstwie papieru krepowego, profesjonalnych kontenerach zaopatrzonych w filtry. Opakowania oznaczano podając datę sterylizacji oraz datę przydatności do użycia sterylizowanych narzędzi.

Proces sterylizacji w celu potwierdzenia jego efektywności, musi być walidowany, przebieg procesu rutynowo monitorowany, a urządzenia muszą znajdować się pod stałą kontrolą.

Skuteczność sterylizacji była systematycznie weryfikowana przez użytkowników urzędzeń w ramach kontroli wewnętrznej, każdorazowo przy pomocy testów chemicznych i raz w miesiącu przy pomocy bioindykatorów. Sterylizatory niskotemperaturowe, szczególnie plazmowe, były kontrolowane biologicznie przy każdym procesie. Wyniki kontroli były archiwizowane. Ponadto w ramach nadzoru sanitarnego była przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolowana skuteczność procesów sterylizacji.

Ogółem w przeprowadzonych kontrolach procesów sterylizacji, zakwestionowano od 0,4 % do 2,9 % z przebadanych cykli sterylizacji. Kwestionowanie skuteczności dotyczyło głównie sterylizatorów na suche gorące powietrze (np. w woj. lubelskim odsetek kwestionowanych procesów wynosił 2,9 %) natomiast w przypadku autoklawów nie przekraczał 1,5 %, a w wielu województwach wynosił 0 %.

W lecznictwie zamkniętym wynik kontroli sterylizacji użytego sprzętu jest często odnotowywany w karcie zabiegu, a dokumentacja umożliwia powiązanie pakietu z pacjentem. Coraz więcej placówek wprowadza automatyczne znakowanie pakietów przy użyciu metkownic.

Nadmienić należy, iż w przypadku otrzymania nieprawidłowego dodatniego wyniku badania sprawności sterylizatora pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzali postępowanie wyjaśniające mające na celu ustalenie przyczyny zakwestionowanych wyników badań. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów wycofano z obiegu wszystkie pakiety sterylizowane w danym dniu oraz pakiety, które sterylizowane były w cyklach do czasu otrzymania prawidłowego wyniku badanych sterylizatorów. W przypadku awarii urządzenia sterylizującego polecano urządzenie wycofać z użycia do czasu naprawy i ponownej kontroli wskaźnikiem biologicznym. Warunkiem rozpoczęcia ponownej sterylizacji było wykonanie biologicznej kontroli procesu sterylizacji (z pakietem reprezentatywnym) i otrzymanie prawidłowego wyniku.

Najczęstszymi uchybieniami dotyczącymi procesu sterylizacji było: nieodpowiednie przechowywanie uszkodzonych pakietów, brak odpowiedniego oznakowania pakietów, w



szczegółności brak oznaczenia daty sterylizacji oraz przechowywanie pakietów bez ważnego terminu przydatności, brak zamkniętych szczelnych pojemników do transportu sprzętu sterylnego, niewłaściwa organizacja dystrybucji materiału sterylnego, brak testowania biologicznego urządzeń sterylizujących.

## 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.) [1] 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.) [2]. 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) [3]. 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 w 68,5 % pochodzi z ujęć podziemnych i w 31,5 % 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 [2] i rozporządzeniu [3] dotyczącymi 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 [2] i rozporządzenia [3].

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 [4] 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, nie mające 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 12 415 wodociągów, w tym 7326 wodociągów produkujących poniżej 100 m<sup>3</sup> wody na dobę, 4369 wodociągów produkujących od 100 do 1000 m<sup>3</sup> wody na dobę, 657 produkujących wodę w zakresie od 1000-10 000 m<sup>3</sup> wody na dobę, 58 produkujących wodę w zakresie od 10 000-100 000 m<sup>3</sup> wody na dobę oraz 5 produkujących powyżej 100 000 m<sup>3</sup> wody na dobę (Tabela 2.1).

Tabela 2.1

Urządzenia do zaopatrywania w wodę i ocena jakości wody do spożycia przez ludzi (wartości bezwzględne)						
Wyszczególnienie		Liczba urządzeń ogółem w:				
		2007 r.	2008 r.		Różnica	
		1	2	3	4	
<b>A. Wodociągi zbiorowego zaopatrzenia ludności w wodę</b>						
Wodociągi o produkcji [m <sup>3</sup> /d]	<100	1	7365	7326	x	-39
	100-1000	2	4543	4369	x	-174
	1000-10000	3	665	657	657	-8
	10000-100000	4	63	58	58	-5
	>100000	5	4	5	5	1
razem			12640	12415	720	-225

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 2008 znajdowało się 6797 tego typu podmiotów produkujących blisko 590 000 m<sup>3</sup> wody/dobę. Zalicza się do nich:

- 28 szpitali ujmujących wodę z własnych ujęć – produkcja 48 300 m<sup>3</sup> wody/dobę,
- 8 gospodarstw pomocniczych przy zakładach karnych – produkcja 5900 m<sup>3</sup> wody/dobę,
- 135 gospodarstw pomocniczych przy jednostkach wojskowych – produkcja 2050 m<sup>3</sup> wody/dobę,
- 825 obiektów turystycznych – produkcja 12 700 m<sup>3</sup> wody/dobę,
- 373 zakłady zajmujące się wytwarzaniem lub przetwarzaniem żywności – produkcja 194 000 m<sup>3</sup> wody/dobę,
- inne – 3854 – produkcja 230 000 m<sup>3</sup> wody/dobę,

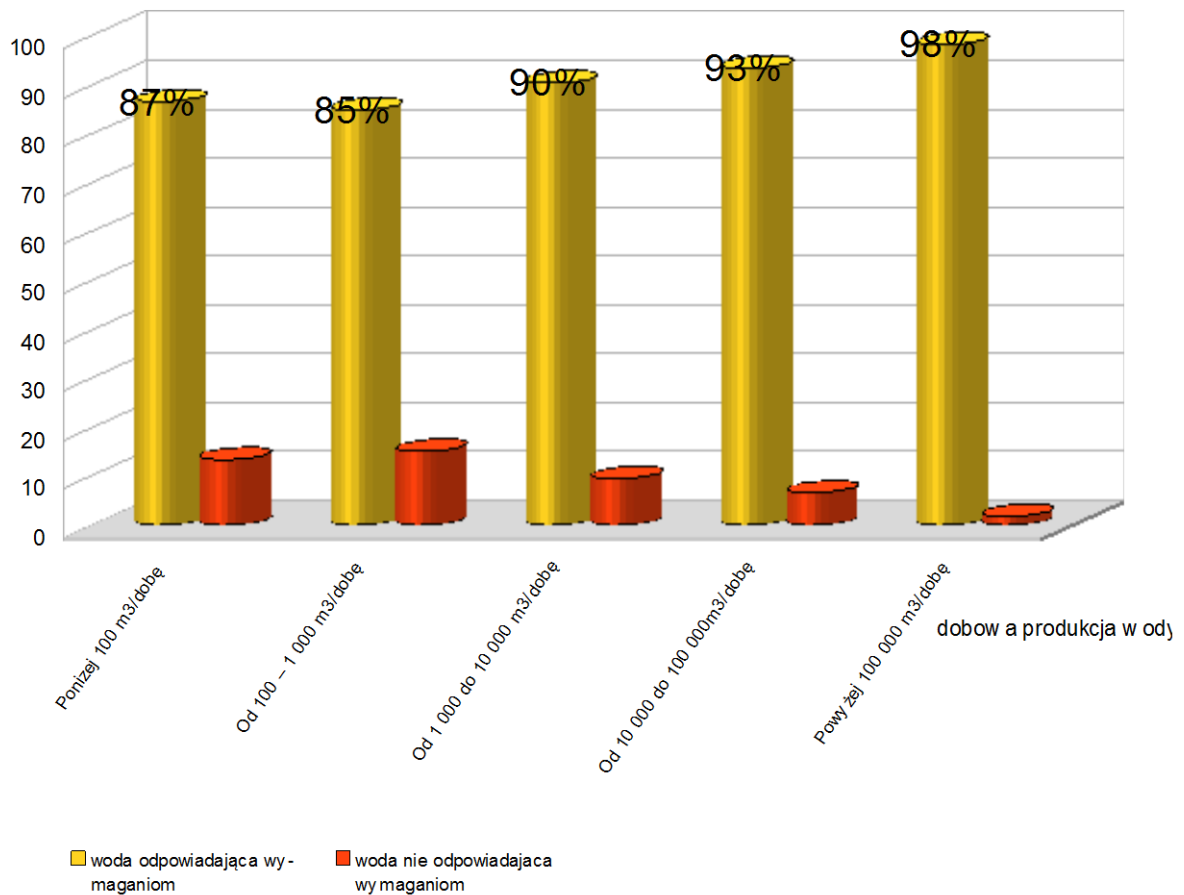
a także osoby fizyczne i spółki eksploatujące wodociągi np. po PGR.

## **2. Zaopatrzenie ludności w wodę na terenach miejskich i wiejskich**

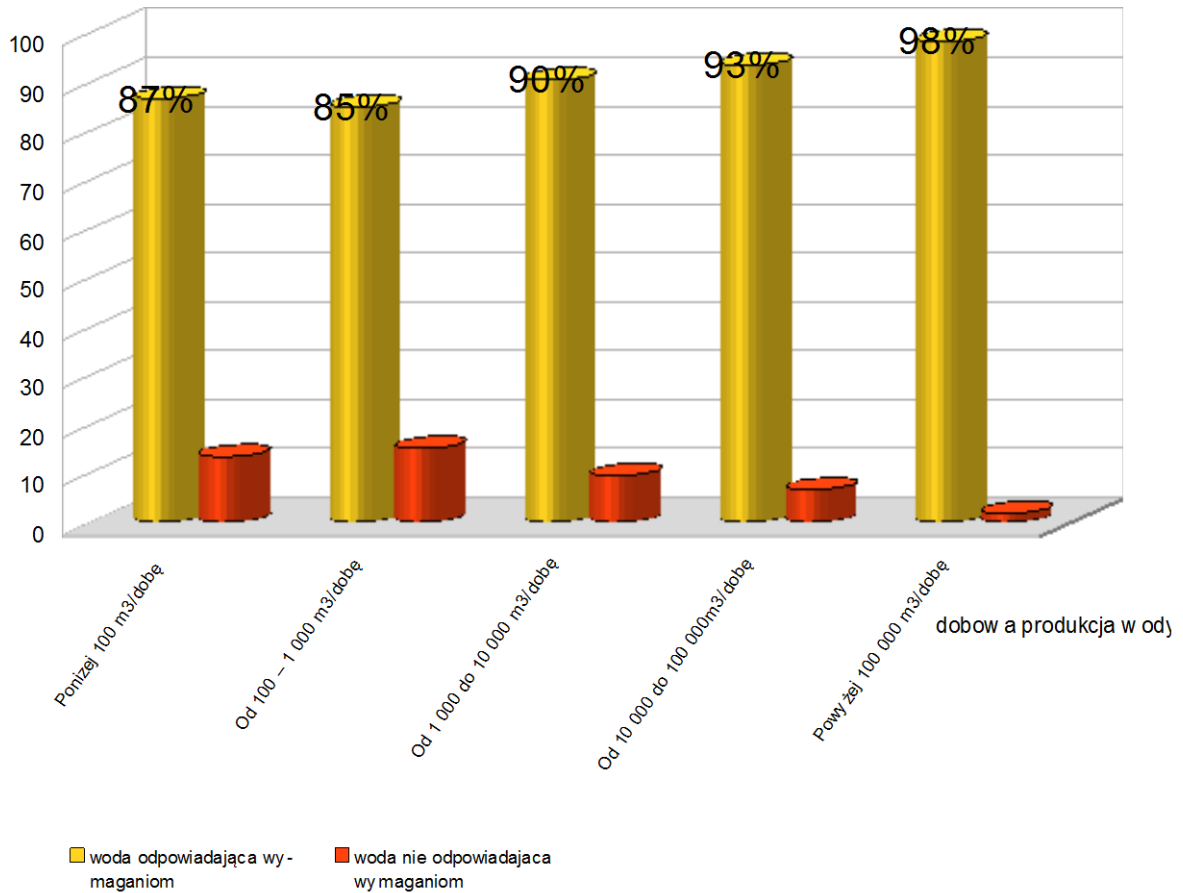
Ludność zarówno w miastach, jak i na wsi zaopatrywana była w wodę lepszej jakości, jeśli dostarczana była z wodociągów o większej wydajności. Jednostki pracujące z mniejszą wydajnością miały większe problemy z dostarczaniem odbiorcom odpowiedniej jakości wody. Średnio 87% mieszkańców miast piło wodę o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w przepisach rozporządzenia [3]. Należy zaznaczyć, że wodociągi produkujące powyżej 100 000 m<sup>3</sup> wody na dobę zaopatrywały blisko 100 % konsumentów na terenie miast i wsi w wodę najlepszej jakości. Odpowiednio odsetek ludności otrzymujący wodę dobrej jakości zaopatrywanej przez wodociągi produkujące od 1000 do 100 000 m<sup>3</sup> wody na dobę wynosił ok. 93 % i przy produkcji od 100 do 1000 m<sup>3</sup> ok. 85 %.

## II. Jakość wody przeznaczanej do spożycia

Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą i nieodpowiadającą wymaganiom rozporządzenia [3] na terenie kraju w roku 2008 odpowiednio dla obszarów miejskich i wiejskich przedstawia Ryc. 2.1 i Ryc.2.2. Należy podkreślić, że jak wskazują prezentowane dane, odsetek ludności zaopatrywanej w wodę o dobrej jakości zarówno w miastach, jak i na terenach wiejskich był bardzo zbliżony. Nie występują zatem istotne różnice w jakości wody dostarczanej przez przedsiębiorstwa wodociągowe i kanalizacyjne dla obszarów miejskich i wiejskich.



Ryc. 2.1. Odsetek ludności zaopatrywanej wodę odpowiedniej i nieodpowiedniej jakości w miastach



Ryc. 2.2. Odsetek ludności zaopatrywanej wodę odpowiedniej i nieodpowiedniej jakości na terenach wiejskich

### 3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia [3]

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

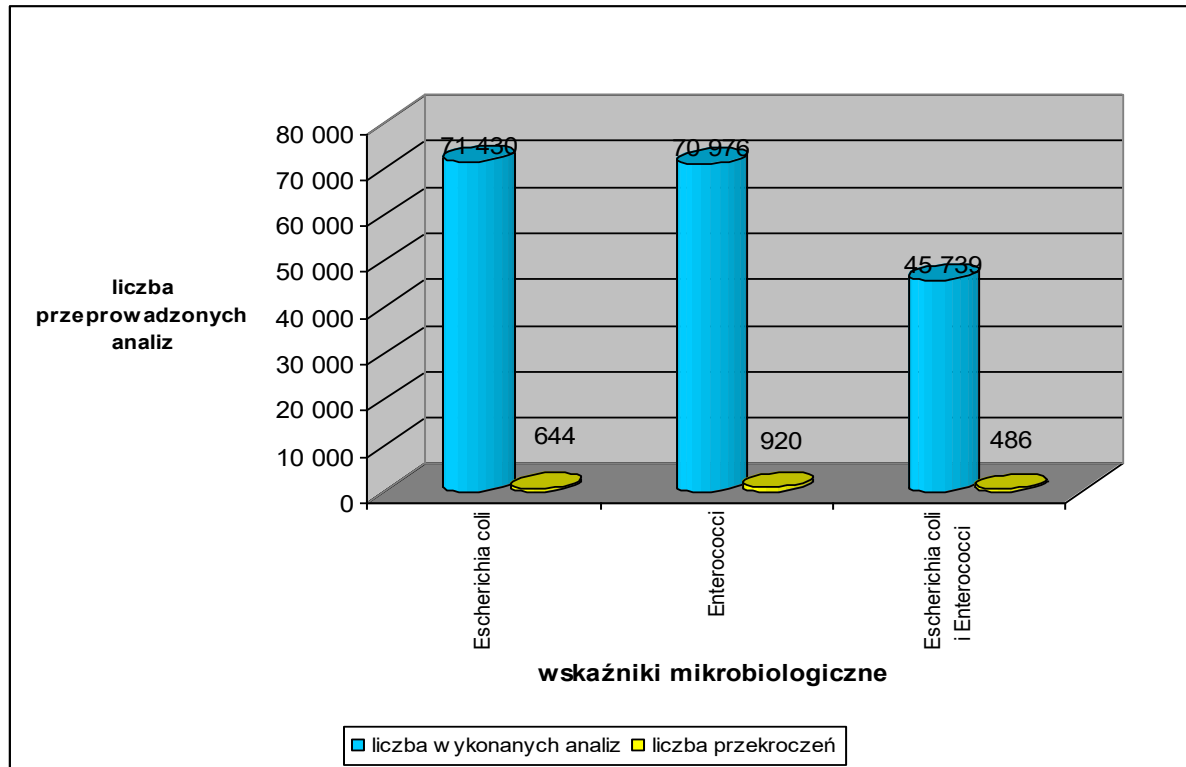
znaczenie ma kontrola jakości wody.

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 *Eshcerichia coli* i *Enterococci* (*paciorkowce kałowe*). Stanowią one swoisty wskaźnik zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody, dlatego ich dopuszczalne wartości zostały określone w załączniku 1 A do rozporządzenia [3]. Od tych parametrów nie może być żadnych odstępstw, muszą być one wypełnione bezwarunkowo, ponieważ stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia konsumenta.

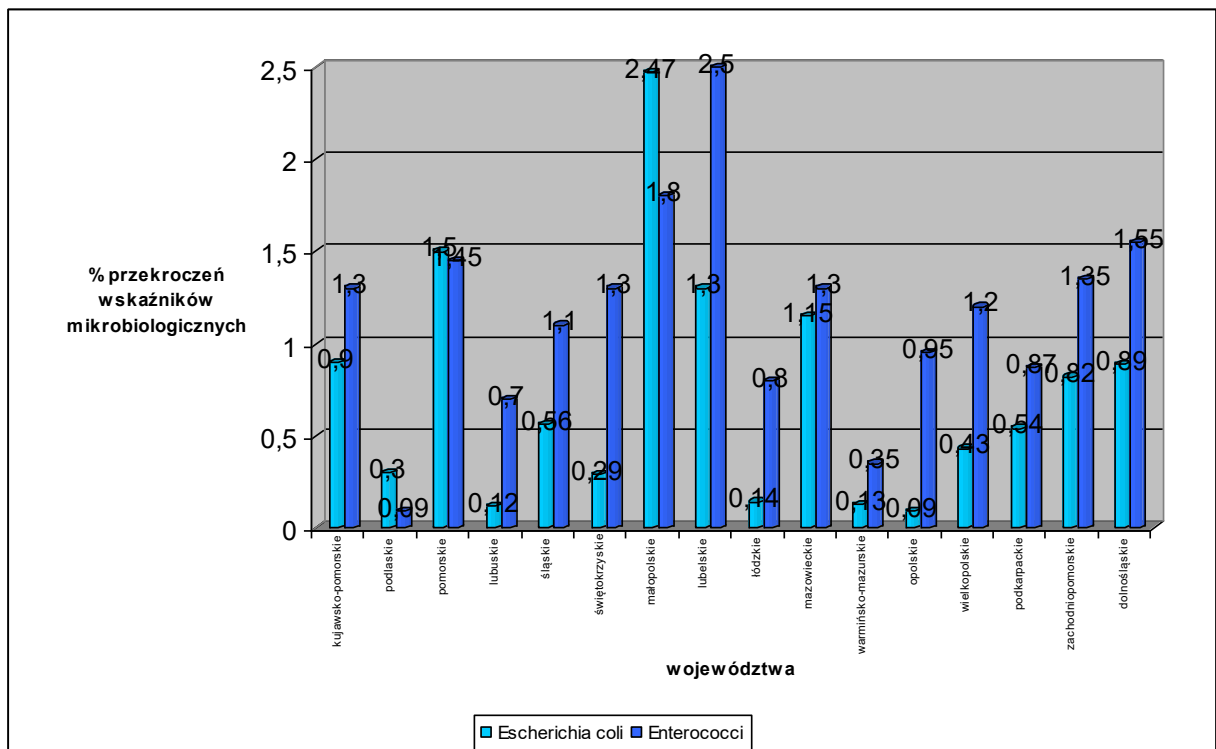
W roku 2008 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru sanitarnego nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przeprowadziły 71 430 analiz w kierunku *Escherichia coli* oraz 70 976 analiz w kierunku stwierdzenia obecności w wodzie Enterokoków. Liczba przekroczeń pierwszego wskaźnika stanowiła niespełna 1 % w skali kraju, natomiast w przypadku paciorkowców kałowych 1,3%. Przy równoczesnym wystąpieniu *E.coli* i Enterokoków w badanej wodzie liczba przekroczeń obu tych wskaźników stanowiła niecałe 1,1 % w stosunku do liczby wykonanych analiz. Wskazuje to na fakt, iż spożywana woda była w 99% bezpieczna dla naszego zdrowia, w większości przypadków nie stanowiła dla konsumenta większego ryzyka zachorowania na choroby wodopochodne i posiadała odpowiednie właściwości zdrowotne.

Liczbę przekroczeń wybranych parametrów wskaźnikowych z załącznika 1 rozporządzenia [3] w skali kraju przedstawiono w odniesieniu do liczby przeprowadzonych analiz mikrobiologicznych na Ryc. 2.3. Odsetek przekroczeń dwóch wskaźników mikrobiologicznych z załącznika 1 do rozporządzenia w poszczególnych województwach obrazuje Ryc. 2.4.

## II. Jakość wody przeznaczanej do spożycia



Ryc. 2.3. Liczba przekroczeń wybranych parametrów wskaźnikowych.



Ryc. 2.4. Odsetek przekroczeń Escherichia coli i Enterococci w poszczególnych województwach.



#### **4. Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 do rozporządzenia**

W załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia [3] 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. nr 2 do rozporządzenia [3], 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.

Ścisłe 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 [3], 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 2008 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły odstępstw na 8 parametrów określonych w załączniku 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia [3] w skali

kraju. Największą liczbę przekroczeń wykazały azotany – 31 udzielonych odstępstw. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów znajdowały się fluorki – 4 udzielone odstępstwa; azotyny i ołów – 3; arsen, bar i nikiel – 2, a ponadto  $\Sigma$  trichloroetenu i tetrachloroetenu – 1 udzielone odstępstwo.

Największa liczba udzielonych przez organy inspekcyjne w roku 2008 zgód na odstępstwo w zakresie azotanów świadczy o zanieczyszczeniu spożywanej wody na terenie kraju wskutek działalności rolniczej. Jakkolwiek łącznie liczba przekroczeń tego parametru jest stosunkowo niewielka, to może być poważnym zagrożeniem dla noworodków i małych dzieci. Związki te z pól uprawnych przenikają do gleby, a następnie do wód gruntowych i powierzchniowych. Skażone wody stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, powodując u niemowląt methemoglobinemię i niedokrwistość. Są również źródłem nitrozoamin, związków o działaniu rakotwórczym i mutagennym. Stosowanie w rolnictwie i leśnictwie środków chemicznych także przyczynia się do szybkiego wzrostu zanieczyszczenia wód. Z kolei produkcja i stosowanie nawozów fosforowych, powoduje uwalnianie fluoru do gleb i wód stanowiącego równie szczególne zagrożenie. Powszechne jeszcze do niedawna przenawożenie pól powodowało, że znacznej części nawozów rośliny nie były w stanie pobrać. Wyplukiwane z gleby nawozy zwiększyły koncentrację związków chemicznych w wodach rzek i jezior. Dlatego monitoring jakości sanitarnej wody stanowi tak ważny aspekt w nadzorze nad jej bezpieczeństwem zdrowotnym.

W roku 2008 obserwowano również przekroczenie wartości parametrów takich jak ołów, arsen, nikiel, bor, trichloroeten czy tetrachloroeten związanych z różnymi gałęziami przemysłu, powodujących większość antropogenicznych zanieczyszczeń wód toksycznie działających na środowisko i żywe organizmy. Liczba udzielonych odstępstw w zakresie tych parametrów w roku 2008 nie była wysoka, jednak podwyższone wartości metali w wodzie do spożycia od dopuszczalnych, powinny zwrócić uwagę przedsiębiorstw wodociągowych na konieczność podjęcia odpowiednich działań, których celem jest zachowanie lub przywrócenie wodzie naturalnej pełnej przydatności jakościowej.

Wśród urządzeń o najmniejszej dobowej produkcji – poniżej 100 m<sup>3</sup> 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 2008 wyniosła 7326, z czego aż 6508 obiektów znajdowało się na terenach wiejskich. Jakość wody skontrolowano w łącznie 7070 przedsiębiorstwach produkujących wodę

w najmniejszej ilości. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przyznały w tej grupie przedsiębiorstw wodociągowych 28 odstępstw w skali kraju. Dotyczyło to następujących parametrów:

- 1) azotanów – 21 udzielonych odstępstw w poszczególnych województwach:
  - pomorskim – 6 udzielonych odstępstw,
  - lubuskim – 4 udzielone odstępstwa,
  - świętokrzyskim – 3 udzielone odstępstwa,
  - dolnośląskim – 2 udzielone odstępstwa,
  - opolskim – 2 udzielone odstępstwa,
  - warmińsko – mazurskim – 2 udzielone odstępstwa,
  - wielkopolskie – 1 udzielone odstępstwo,
  - zachodniopomorskie – 1 udzielone odstępstwo,

a ponadto:

- 2) arsen – województwo warmińsko-mazurskie – 1 odstępstwo,
- 3) azotyny – województwo świętokrzyskie – 1 odstępstwo,
- 4) fluorki – 3 udzielone odstępstwa w województwach:
  - pomorskim – 2 przyznane odstępstwa,
  - wielkopolskim – 1 przyznane odstępstwo,
- nikiel – województwo opolskie – 1 udzielone odstępstwo,
- ołów – województwo świętokrzyskie – 1 udzielone odstępstwo.

Na 4369 ewidencjonowanych wodociągów o produkcji 100 m<sup>3</sup>-1000 m<sup>3</sup> wody na dobę skontrolowano 4349 z nich. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły 19 odstępstw na:

- arsen – województwo lubelskie – 1 odstępstwo,
- azotany w województwach:
  - mazowieckim – 1 odstępstwo,
  - śląskim – 2 odstępstwa,
  - świętokrzyskim – 4 odstępstwa,
  - wielkopolskim – 3 odstępstwa,
- azotyny w województwie pomorskim – 2 odstępstwa,
- bor w województwach:
  - pomorskim – 1 odstępstwo,
  - wielkopolskim – 1 odstępstwo,

- fluorki w województwie pomorskim – 1 odstępstwo,
- nikiel w województwie śląskim – 1 odstępstwo,
- ołów w województwie świętokrzyskim – 2 odstępstwa.

W województwie świętokrzyskim w roku 2008 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły 1 odstępstwo dla  $\Sigma$  trichloroetenu i tetrachloroetenu. Parametr ten został przekroczony w wodzie produkowanej przez wodociąg o dobowej produkcji wody 1000 m<sup>3</sup>-10 000 m<sup>3</sup> na dobę, których służby sanitarne zewidencjonowały 657 w skali kraju.

Wodociągi produkujące wodę w ilości 10 000–100 000 m<sup>3</sup>/dobę, w sumie 58 ewidencjonowanych urządzeń produkujących wodę, znajdują się w prawie wszystkich województwach. Największa ich liczba, bo aż 12 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 2 do rozporządzenia [3] nie wykazywały przekroczeń, w związku z czym przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne nie występowały do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o udzielenie odstępstwa.

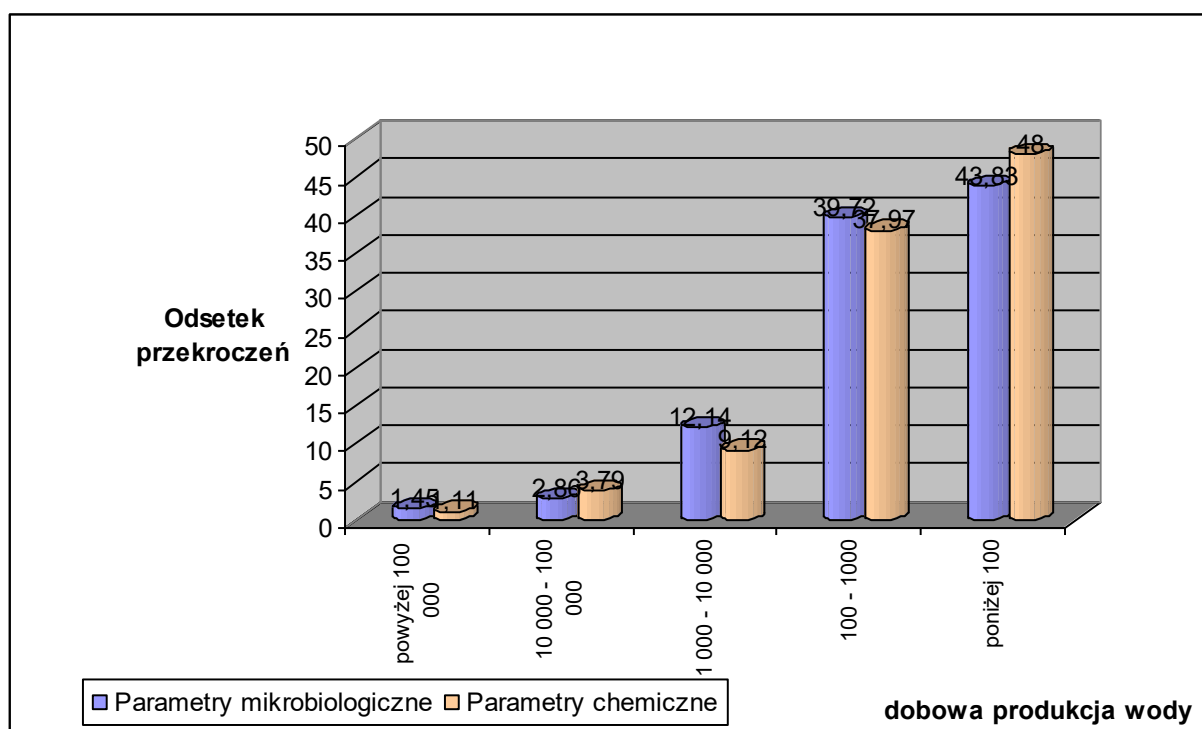
W roku 2008 pięć największych wodociągów, o wydajności powyżej 100 000 m<sup>3</sup>/dobę, dostarczało wodę na terenie województw: mazowieckiego (2 wodociągi), małopolskiego, śląskiego i wielkopolskiego. W tej kategorii urządzeń w odniesieniu do załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia [3] nie odnotowano przekroczeń parametrów i nie udzielano odstępstw.

## **5. Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 3 do rozporządzenia [3]**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi wyszczególnia również dodatkowe wymagania mikrobiologiczne, organoleptyczne, fizykochemiczne oraz radiologiczne, jakim powinna odpowiadać woda, określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia, pozwalające stwierdzić poprawność i skuteczność uzdatniania wody. Ryzyko zdrowotne spowodowane związkami chemicznymi zawartymi w wodzie do spożycia różni się od zagrożenia spowodowanego zanieczyszczeniami mikrobiologicznymi, głównie z uwagi na fakt, że zanieczyszczenia chemiczne na ogół nie wywołują natychmiastowych skutków. Istnieje bowiem tylko niewiele składników chemicznych wód, które mogą prowadzić do wystąpienia ostrych problemów zdrowotnych. Problemy związane ze związkami chemicznymi umieszczonymi

w załączniku nr 3 do rozporządzenia występującymi w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi wynikają głównie z ich zdolności do wywoływania niepożądanych skutków zdrowotnych po dłuższym okresie spożywania zanieczyszczonej wody.

Analiza poszczególnych parametrów w wodzie do spożycia wskazuje, że w 81,38 % zanieczyszczenia dotyczyły parametrów chemicznych określonych w załączniku 3 cytowanego wyżej rozporządzenia [3], a 18,62 % parametrów mikrobiologicznych wyszczególnionych w tym załączniku. Najwyższy odsetek przekroczeń odnotowano w wodzie produkowanej przez wodociągi o najniższej dobowej produkcji, a więc poniżej 100 m<sup>3</sup> wody na dobę, najniższy zaś w wodzie pochodzącej z urządzeń o najwyższej dobowej produkcji (Ryc. 2.5).



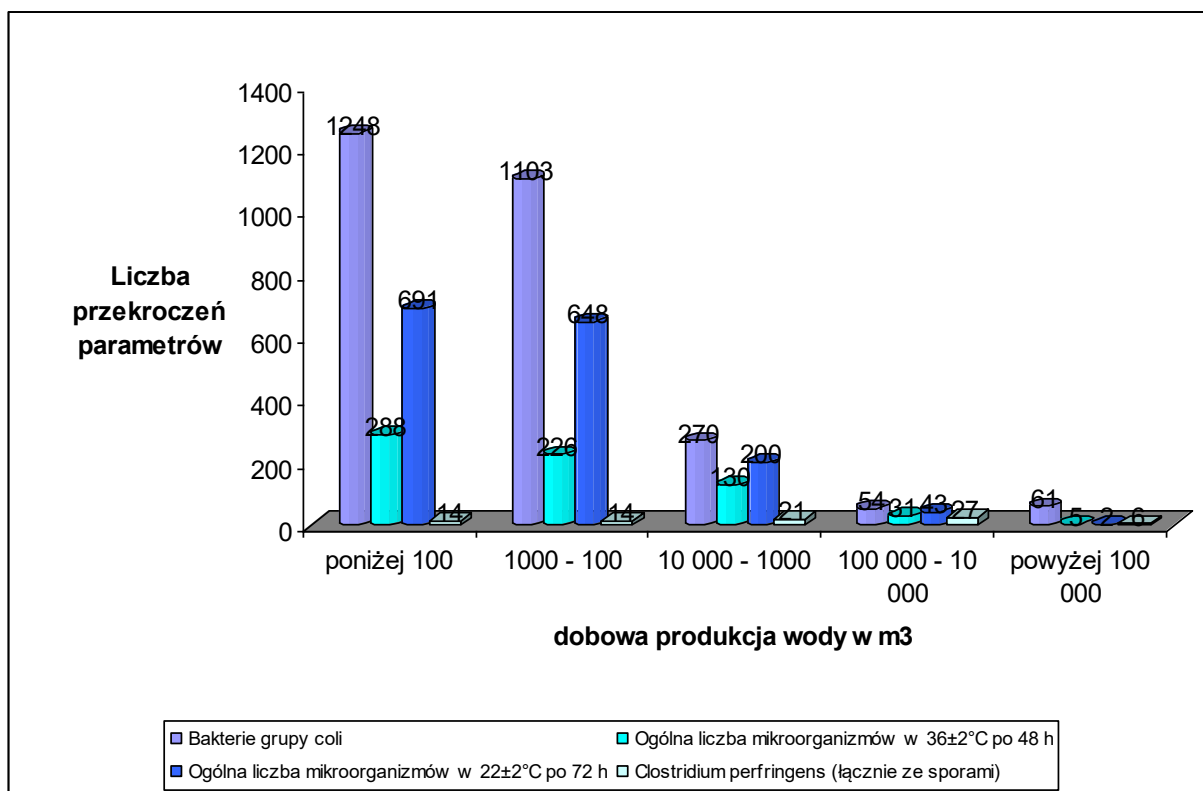
Ryc. 2.5. Odsetek przekroczeń parametrów mikrobiologicznych i chemicznych w odniesieniu do dobowej produkcji wody.

### 5.1. Analiza parametrów mikrobiologicznych określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia [3]

Analizując parametry mikrobiologiczne określone w załączniku 3 do rozporządzenia [3] najwięcej przypadków zanieczyszczenia mikrobiologicznego stwierdzono w wodzie produkowanej przez wodociągi o najmniejszej wydajności – poniżej 100 m<sup>3</sup>/dobę. W przypadku przedsiębiorstw produkujących i dystrybuujących wodę do spożycia w ilości poniżej 100 m<sup>3</sup>/dobę, najwyższą liczbę przekroczeń parametrów mikrobiologicznych w

zakresie zanieczyszczeń bakteriami z grupy Coli odnotowano w województwach: małopolskim (226 przekroczeń), dolnośląskim (110), lubelskim (110), pomorskim (168) i zachodniopomorskim (152). Dla tej kategorii urządzeń stwierdzono również znaczną liczbę przekroczeń ogólnej liczby mikroorganizmów w  $22\pm 2^{\circ}\text{C}$  po 72 godzinach w województwach zachodniopomorskim (129), lubelskim (94), łódzkim (86) i pomorskim (84). Podobnie sytuacja przedstawiała w kategorii przedsiębiorstw wodociągowych o produkcji wody w ilości 100-1000 m<sup>3</sup> na dobę, przy czym największą liczbę przekroczeń w zakresie bakterii grupy Coli stwierdzono w województwach wielkopolskim (268) i lubelskim (148), zaś w województwie mazowieckim 114 razy odnotowano przekroczenie ogólnej liczby mikroorganizmów w  $22\pm 2^{\circ}\text{C}$  po 72 godzinach. Woda ujmowana i dystrybuowana przez urządzenia wodociągowe o najniższej dobowej produkcji wymaga stałego monitorowania, aby jej odbiorcy mieli zapewnioną właściwą jakość wody o składzie i parametrach świadczących o jej dobrych walorach zdrowotnych.

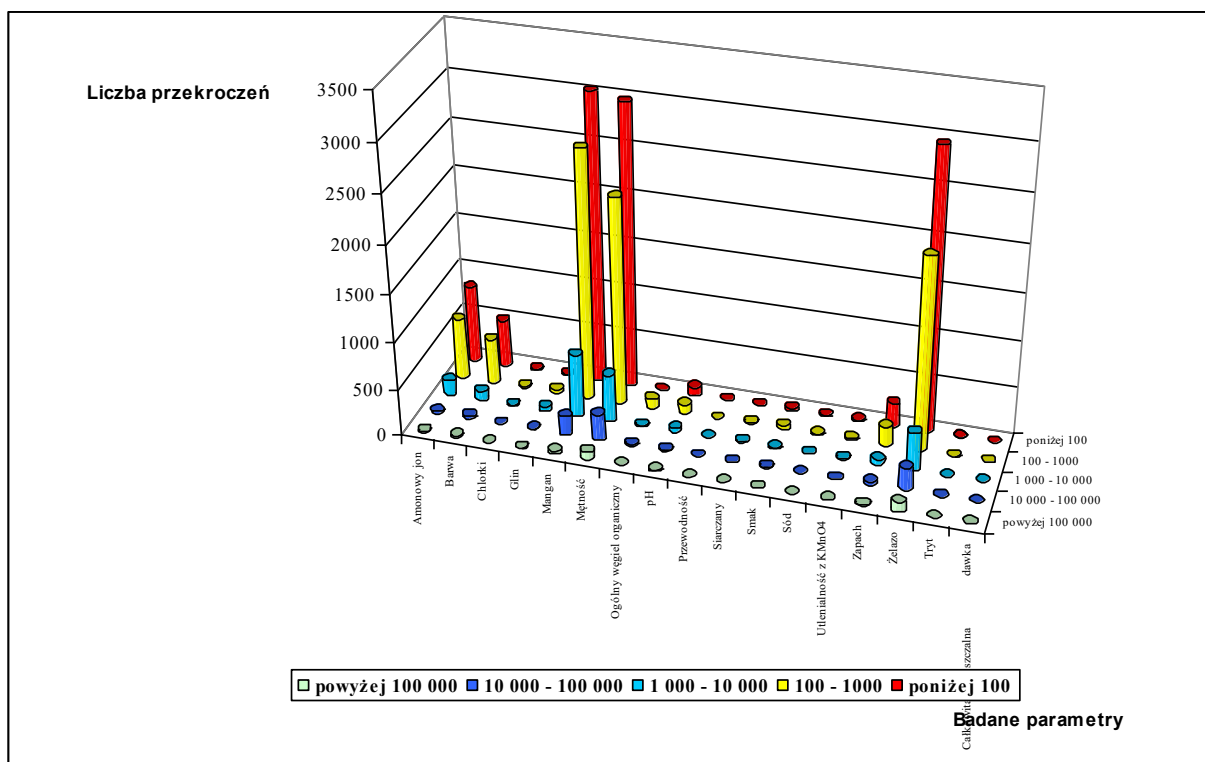
Na Ryc. 2.6 przedstawiono liczbę przekroczeń parametrów mikrobiologicznych z załącznika nr 3 do rozporządzenia w poszczególnych grupach urządzeń wodociągowych.



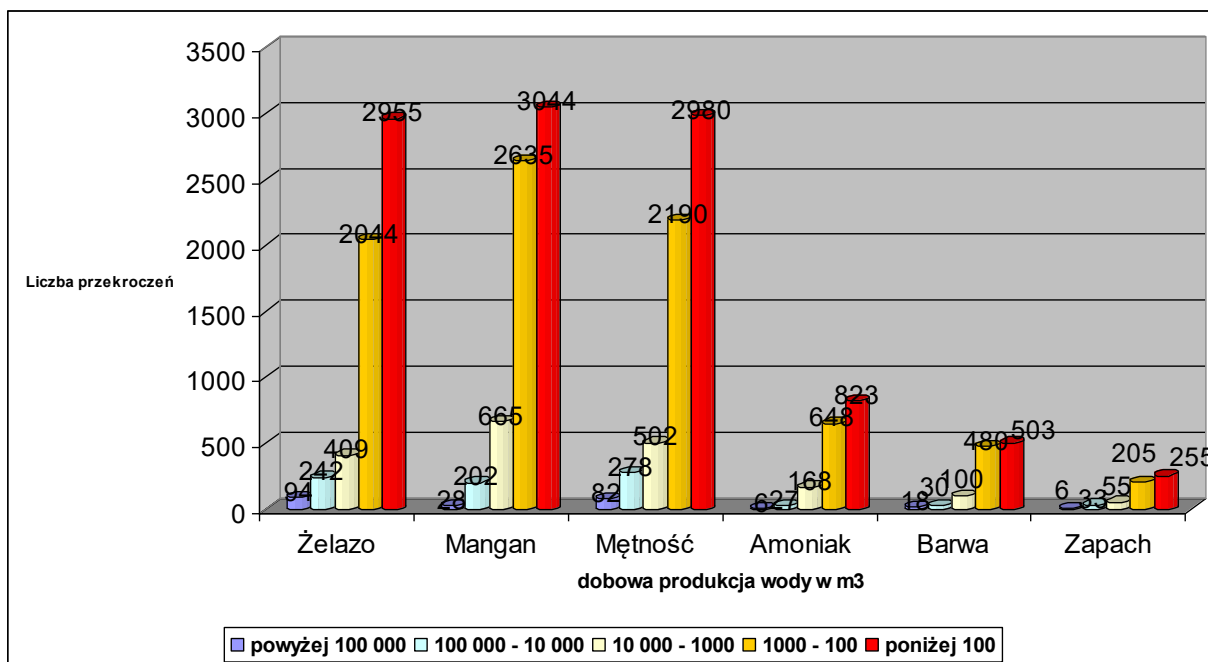
Ryc. 2.6. Liczba przekroczeń parametrów mikrobiologicznych w poszczególnych grupach urządzeń wodociągowych.

## 5.2. Analiza przekroczeń wybranych parametrów chemicznych z załącznika nr 3 do rozporządzenia [3]

O walorach smakowych i jakościowych wody decyduje jej skład. W przypadku przekroczenia norm poszczególnych parametrów nie tylko traci ona na jakości, ale może stać się również czynnikiem narażającym zdrowie ludzi spożywających taką wodę. Konsument przede wszystkim ocenia jakość wody po jej smaku, barwie i zapachu, czyli wskaźnikach organoleptycznych, pozwalających na sklasyfikowanie wody przez konsumenta jako bezpiecznej i zdrowej. Woda pozytywnie oceniana przez konsumenta pod względem organoleptycznym może być również przez niego uznana jako bezpieczna i zdrowa, natomiast składniki wody negatywnie wpływające na jej smak, zapach i wygląd wywołują poczucie zagrożenia ze strony wody powodując, że konsument uznaje ją jako niebezpieczną i nie nadającą się do spożycia. Na Ryc. 2.7 przedstawiono przekroczenia wszystkich parametrów chemicznych określonych w załączniku 3 z podziałem na poszczególne kategorie wydajnościowe wodociągów. Najczęściej stwierdzono przekroczenia sześciu parametrów: żelaza, manganu, mętności, jonu amonowego, barwy i zapachu. Ilościowe przekroczenia wybranych parametrów obrazuje Ryc. 2.8.



Ryc. 2.7. Przekroczenia wszystkich parametrów chemicznych w poszczególnych kategoriach urządzeń wodociągowych.



Ryc. 2.8. Najwyższe przekroczenia parametrów chemicznych z załącznik nr 3 do rozporządzenia.

W roku 2008 najwyższe ilości przekroczeń odnotowano w odniesieniu do manganu, którego dopuszczalne wartości zostały przekroczone 3044 razy w przypadku wodociągów o najniższej dobowej produkcji wody. W wodzie produkowanej przez wodociągi o produkcji od 100 do 1000 m<sup>3</sup> wody, liczba przekroczeń manganu wyniosła 2635. W grupie urządzeń o produkcji od 1000 do 10 000 m<sup>3</sup> wody na dobę odnotowano znacznie niższą liczbę przekroczeń tego parametru (665) natomiast woda produkowana przez wodociągi o najwyższej dobowej produkcji – od 10 000 do 100 000 m<sup>3</sup> i powyżej – wykazała odpowiednio 202 i 28 przekroczeń. W zakresie parametrów mętności i żelaza sytuacja przedstawiała się podobnie. Najliczniejsze przekroczenia tych parametrów stwierdzono w wodzie pochodzącej z urządzeń o najmniejszej dobowej produkcji wody, zaś najmniejszą ich liczbę w wodociągach o dobowej produkcji wody powyżej 100 000 m<sup>3</sup>.

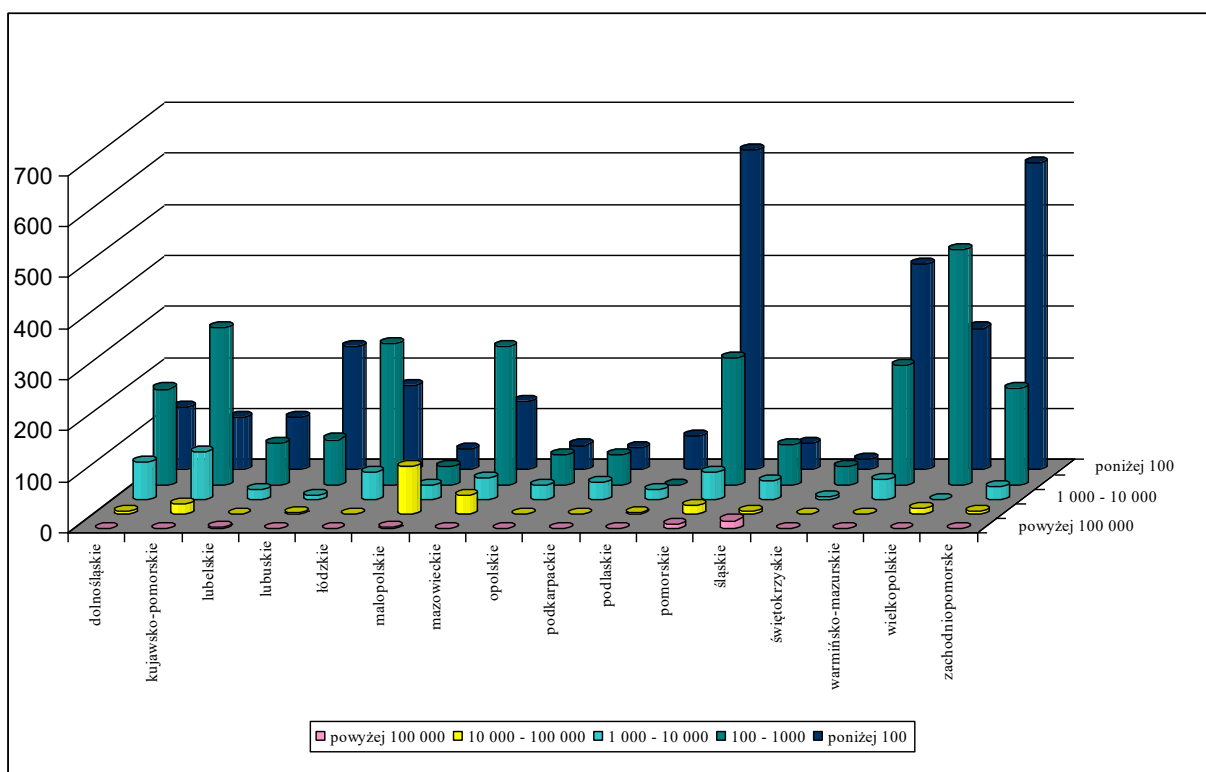
Ponieważ w blisko 70 % woda przeznaczona do spożycia pochodzi z ujęć podziemnych, może ona zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu. Beztlenowe wody podziemne mogą zawierać jony żelaza (II) w stężeniach osiągających kilka miligramów na litr, nie wywołując niepożądanego zabarwienia czy mętności wody, jeśli jest ona pompowana bezpośrednio ze studni. Jednakże podczas kontaktu z powietrzem atmosferycznym jon żelaza (II) utlenia się do jonu żelaza (III) powodując czerwono-brązowe zabarwienia wody. Żelazo sprzyja wzrostowi bakterii, które czerpią energię z utleniania jonu żelaza (II) do żelaza (III) i tworzą maziste osady pokrywające przewody



wodociągowe. W stężeniach poniżej 0,3 mg/litr zazwyczaj nie stwierdza się wyczuwalnego specyficznego smaku wody, chociaż już takie stężenia mogą powodować mętnienie wody i zmianę jej zabarwienia. Coraz częściej w wodach ujmowanych z mniejszych głębokości stwierdza się znacznie większe zawartości związków żelaza i manganu.

Pomimo, że stężenia manganu w ilości do 0,1 mg/litr są zazwyczaj tolerowane przez konsumentów (zależy to od warunków lokalnych), może się zdarzyć, że przy przekroczeniu tego stężenia mangan wywołuje niepożądany smak napojów. Obecność manganu w wodzie do spożycia, tak jak i żelaza, może powodować w sieci dystrybucyjnej powstawanie osadów. Nawet przy stężeniu 0,02 mg/litr może powodować tworzenie się osadów odrywających się w postaci czarnej zawiesiny. Również mikroorganizmy odkładają w komórkach mangan, co stwarza problemy ze smakiem, zapachem i mętnością wody dostarczanej siecią wodociągową do konsumenta. Przekroczone wartości mętności w wodzie rozprowadzanej sieciami dystrybuującymi mogą być skutkiem nieprawidłowego procesu uzdatniania wody. Woda o wysokiej mętności może chronić mikroorganizmy przed działaniem dezynfekcyjnym i może pobudzać wzrost bakterii. Dlatego kiedy woda jest dezynfekowana mętność musi być niska, aby procesy dezynfekcyjne mogły być skuteczne [6].

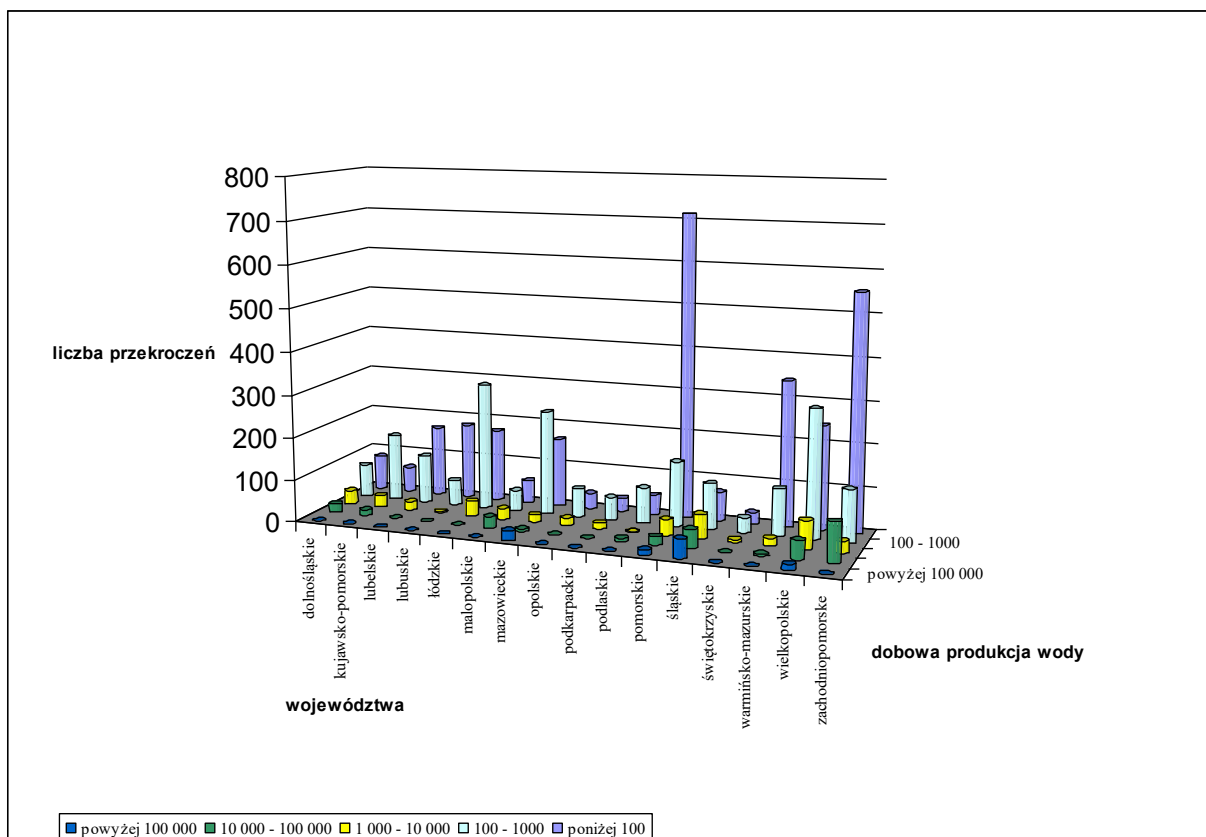
Żelazo i mangan – najbardziej uciążliwe domieszki wód podziemnych, oraz mętność stanowiły w roku 2008 parametry, dla których najczęściej stwierdzano przekroczone wartości w wodzie do spożycia w większości polskich województw. Liczba przekroczeń rosła wraz ze zmniejszającą się dobową produkcją wody. Im mniejsza była dystrybucja wody przez przedsiębiorstwo wodociągowe, tym bardziej woda była zanieczyszczona związkami żelaza, manganu, a jej mętność rosła. Na Ryc. 2.9 przedstawiono liczbę przekroczeń manganu w poszczególnych województwach w odniesieniu do wodociągów produkujących wodę w różnych ilościach.



Ryc. 2.9. Liczba przekroczeń manganu w poszczególnych województwach.

Najwyższą liczbę przekroczeń manganu stwierdzono w województwach pomorskim i zachodniopomorskim. Najmniej przekroczeń odnotowano w województwach: świętokrzyskim, śląskim, podlaskim, podkarpackim, opolskim i małopolskim. We wszystkich województwach zaobserwowano tendencję do wzrostu liczby przekroczeń tego parametru wraz ze zmniejszającą się ilością dobową produkcji wody. W wodociągach o najmniejszej wydajności przekroczenia dopuszczalnych norm manganu sięgały najwyższych wartości.

Na Ryc. 2.10 przedstawiono wartości przekroczeń żelaza w odniesieniu do dobowej produkcji wody na terenie poszczególnych województw. Zdecydowanie największą liczbę przekroczeń ww. parametrów odnotowano w województwach pomorskim i zachodniopomorskim, w kategorii wodociągów o najniższej dobowej produkcji wody.



Ryc. 2.10. Liczba przekroczeń żelaza w poszczególnych województwach w odniesieniu do poszczególnych grup wodociągów.

Z przeprowadzonych w roku 2008 analiz laboratoryjnych wynika, że w mniejszym stopniu jakość wody była niezadowalająca z uwagi na barwę i zapach, a także amoniak. Barwa i zapach są ściśle związane z obecnością w wodzie żelaza, manganu i innych metali, które są naturalnymi składnikami wody. Barwa wody zależy też od produktów korozji, może być ubocznym wynikiem uzdatniania wody, ale również może pochodzić z zanieczyszczenia wody przez ścieki przemysłowe.

W wodach podziemnych bardzo często spotyka się również przekroczone stężenia amoniaku. Amoniak występujący w wodzie w większych ilościach może zmniejszać skuteczność procesów dezynfekcji, przyczyniać się do powstawania azotynów w wodzie wodociągowej, a także powodować nieskuteczne usuwanie manganu. Zanieczyszczenie antropogeniczne wody amoniakiem może stanowić również wskaźnik potencjalnego zanieczyszczenia wody bakteriami, ściekami czy odchodami zwierząt. Amoniak pochodzenia naturalnego nie ma bezpośredniego wpływu na zdrowie ludzi, ale w przypadku chlorowania wody nawet jego niska zawartość w wodzie do spożycia jest ważna przede wszystkim ze względu na aspekty zdrowotne z uwagi na powstające produkty chlorowania. W większych ilościach może on wywołać zmiany smaku i zapachu wody, stąd

też jakość wody może zostać uznana przez konsumenta jako nieodpowiednia i nie spełniająca określonych wymagań.

## **6. Analiza danych dotyczących wykonanych badań ciepłej wody w szpitalach i w budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek *Legionella sp.***

W 2008 r. po raz pierwszy dokonano badań określających skolonizowanie instalacji ciepłej wody w wytypowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną obiektach uznanych jako najbardziej zagrożone kolonizacją.

### **6.1. Informacja nt. wykonanych w szpitalach badań ciepłej wody użytkowej na obecność pałeczek *Legionella sp.***

Ogólna liczba szpitali – 804, w tym liczba oddziałów szpitalnych – 6436.

Liczba szpitali, w których badano ciepłą wodę na obecność *Legionella sp.* – 411 (51,1 %), w tym liczba oddziałów, w których badano ciepłą wodę na obecność *Legionella sp.* – 1179 (18,3 %),

Liczba szpitali, w których stwierdzono obecność *Legionella sp.* w ilości większej niż dopuszcza rozporządzenie – 241 (58,6 %), w tym liczba oddziałów, w których stwierdzono obecność *Legionella sp.* w ilości większej niż wartość dopuszczalna określona w rozporządzeniu – 484 (41,1 %).

### **6.2. Informacja nt. wykonanych w budynkach zamieszkania zbiorowego badań ciepłej wody użytkowej na obecność pałeczek *Legionella sp.***

Ogólna liczba budynków zamieszkania zbiorowego – 12 997, w tym:

- hoteli – 2189,
- moteli – 319,
- pensjonatów – 464,
- domów wypoczynkowych – 2382,
- domów wycieczkowych – 151,
- schronisk młodzieżowych – 208,
- schronisk – 176,
- internatów – 901,
- domów studenckich – 455,
- budynków zakwaterowania na terenie zakładu karnego – 218,
- budynków zakwaterowania na terenie aresztu śledczego – 113,

- budynków zakwaterowania na terenie zakładu poprawczego – 46,
- budynków zakwaterowania na terenie schroniska dla nieletnich – 27,
- domów dziecka – 366,
- domów rencisty – 555,
- domów zakonnych – 521,
- innych budynków (w tym noclegowni) – 3906.

Spośród ww. budynków na obecność pałeczek *Legionella sp.* zbadano 188 budynków (niecałe 1,5 %), w tym:

- hoteli – 19 (0,8 %), *Legionella sp.* wykryto w 2 z nich (10,5 %),
- moteli – 1 (0,3 %), w żadnym z tych obiektów nie wykryto *Legionella sp.*,
- pensjonatów – 1 (0,2 %), w żadnym z tych obiektów nie wykryto *Legionella sp.*,
- schronisk – 2 (1,1 %), w żadnym z tych obiektów nie wykryto *Legionella sp.*,
- internatów – 2 (0,2 %), w żadnym z tych obiektów nie wykryto *Legionella sp.*,
- budynków zakwaterowania na terenie zakładu karnego – 4 (1,8 %), w żadnym z tych obiektów nie wykryto *Legionella sp.*;
- domów dziecka – 14 (3,8 %), *Legionella sp.* wykryto w 2 z nich (14,2 %);
- domów rencisty – 45 (8,1 %), *Legionella sp.* wykryto w 21 z nich (46,7 %);
- innych budynków (w tym noclegowni) – 100 (2,5 %), *Legionella sp.* wykryto w 33 z tych budynków (33 %);

Nie badano wody w tym zakresie w pozostałych budynkach.

Tabela 2.2. Liczba badań ciepłej wody użytkowej na obecność bakterii z rodzaju *Legionella sp.* w zakładach opieki zdrowotnej

Lp	nazwa stacji	lokalizacja stacji - miejscowość	Informacja o występowaniu <i>Legionella sp.</i> w szpitalach na nadzorowanym terenie			Informacja o występowaniu <i>Legionella sp.</i> na oddziałach szpitalnych		
			Liczba szpitali na nadzorowanym terenie	Liczba szpitali, w których badano ciepłą wodę na obecność <i>Legionella sp.</i>	Liczba szpitali, w których stwierdzono obecność <i>Legionella sp.</i> w ilości większej niż dopuszcza rozporządzenie	Liczba oddziałów szpitalnych na nadzorowanym terenie	Liczba oddziałów, w których badano ciepłą wodę na obecność <i>Legionella sp.</i>	Liczba oddziałów, w których stwierdzono obecność <i>Legionella sp.</i> w ilości większej niż dopuszcza rozporządzenie
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	wsse	Wrocław	66	31	18	372	90	37
2	wsse	Bydgoszcz	37	2	2	356	5	4
3	wsse	Lublin	43	32	20	418	107	67
4	wsse	Gorzów Wlkp.	24	19	7	208	28	7
5	wsse	Łódź	52	50	28	478	114	50
6	wsse	Kraków	65	27	16	464	179	36
7	wsse	Warszawa	103	28	12	830	64	20
8	wsse	Opole	28	5	5	177	19	11
9	wsse	Rzeszów	32	21	10	332	39	14
10	wsse	Białystok	32	9	5	250	17	9
11	wsse	Gdańsk	45	8	6	266	37	23
12	wsse	Katowice	116	72	38	937	218	91
13	wsse	Kielce	25	21	12	241	61	21
14	wsse	Olsztyn	39	19	13	286	1	1
15	wsse	Poznań	66	47	35	551	128	53
16	wsse	Szczecin	31	20	14	270	72	40
<b>Razem</b>			<b>804</b>	<b>411</b>	<b>241</b>	<b>6436</b>	<b>1179</b>	<b>484</b>

Tabela 2.3. Liczba i rodzaj budynków użyteczności publicznej, w których wykonano badanie na obecność bakterii z rodzaju *Legionella sp.*

Lp	nazwa stacji	lokalizacja stacji - miejscowość	RODZAJ BUDYNKOW ZAMIESZKANIA ZBIOROWEGO w rozumieniu rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. (Dz. U. Nr 75, poz 690 ze zm.)												
			Ogółem	Hotele			Domy dziecka			Domy rencistów			Inne ( w tym noclegownie)		
				Liczba na nadzorowanym terenie	Liczba zbadanych	Liczba , w których wykryto Legionella sp.	Liczba na nadzorowanym terenie	Liczba zbadanych	Liczba , w których wykryto Legionella sp.	Liczba na nadzorowanym terenie	Liczba zbadanych	Liczba , w których wykryto Legionella sp.	Liczba na nadzorowanym terenie	Liczba zbadanych	Liczba , w których wykryto Legionella sp.
1	2	3	4	5	6	43	44	45	46	47	48	52	53	54	
1	wsse	Wrocław	1279	214	1	0	48	0	0	2	0	0	384	0	0
2	wsse	Bydgoszcz	516	143	0	0	25	0	0	45	0	0	96	0	0
3	wsse	Lublin	640	47	0	0	19	0	0	8	0	0	318	0	0
4	wsse	Gorzów Wlkp.	409	76	0	0	11	0	0	21	2	0	135	1	0
5	wsse	Łódź	634	95	0	0	29	0	0	43	14	8	211	5	0
6	wsse	Kraków	1234	247	10	1	13	0	0	67	1	0	196	25	4
7	wsse	Warszawa	1176	179	0	0	38	0	0	59	7	2	492	11	1
8	wsse	Opole	323	38	0	0	13	0	0	31	0	0	141	0	0
9	wsse	Rzeszów	626	82	0	0	22	2	0	82	0	0	212	8	0
10	wsse	Białystok	415	60	0	0	13	0	0	26	5	2	166	1	1
11	wsse	Gdańsk	1177	164	0	0	16	0	0	10	0	0	559	0	0
12	wsse	Katowice	1235	181	6	1	46	10	2	57	9	7	312	30	18
13	wsse	Kielce	347	67	0	0	11	0	0	23	0	0	70	0	0
14	wsse	Olsztyn	603	127	0	0	18	0	0	14	0	0	135	0	0
15	wsse	Poznań	1121	293	0	0	27	0	0	16	0	0	349	0	0
16	wsse	Szczecin	1262	176	2	0	17	2	0	51	7	2	130	19	9
<b>Razem</b>			12997	2189	19	2	366	14	2	555	45	21	3906	100	33

## 8. Wnioski.

1. Dane za rok 2008 wyraźnie wskazują, że, analogicznie jak w latach poprzednich, przedsiębiorstwa wodociągowo kanalizacyjne i podmioty produkujące wodę w ilości poniżej 1000 m<sup>3</sup>/dobę dostarczają swoim odbiorcom niejednokrotnie wodę nieodpowiadającą wymaganiom określonym w rozporządzeniu [3], 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 [3]. Ponieważ za jakość wyprodukowanej wody odpowiada producent, czyli przedsiębiorstwo wodociągowo-kanalizacyjne lub podmiot spełniający taką rolę zgodnie z ustawą [2], 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. Nie znaczy to jednak, że jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi również spada. Wprost przeciwnie. Ponieważ wzrasta 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 duże możliwości finansowe przedsiębiorstw wodociągowych i kanalizacyjnych produkujących powyżej 10 000 m<sup>3</sup> wody na dobę, mogą one



- prować procesy oczyszczania gwarantujące skuteczność i efektywność w zapewnieniu odpowiedniej jakości wody.
2. W roku 2008 średnio 87 % mieszkańców miast i wsi piło wodę o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w przepisach rozporządzenia [3]. Należy zaznaczyć, że urzędnicy wodociągowe o największej wydajności zaopatrywały blisko 100 % konsumentów na terenie miast i wsi w wodę najlepszej jakości.
  3. W roku 2008 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w skali kraju udzieliły odstępstw na 8 parametrów określonych w załączniku 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia [3]. Największą liczbę przekroczeń wykazały azotany, aż 31 udzielonych odstępstw, ponadto udzielono odstępstw na następujące parametry: fluorki – 4; azotyny i ołów – 3; arsen, bar i nikiel – 2 oraz  $\Sigma$  trichloroetenu i tetrachloroetenu – 1 udzielone odstępstwo.
  4. Wysoka liczba udzielonych przez organy inspekcyjne w roku 2008 zgód na odstępstwo w zakresie azotanów świadczy o wysokiej skali zanieczyszczenia spożywanej wody na terenie kraju, co ma bezpośrednio niekorzystny wpływ na jej jakość, a przez to wiąże się z możliwym zagrożeniem zdrowia ludzi, w szczególności niemowląt i małych dzieci.
  5. 81,38 % stwierdzonych zanieczyszczeń było spowodowane przez parametry chemiczne, a 18,62 % przez parametry mikrobiologiczne, określone w załączniku nr 3 rozporządzenia, wywołujące niepożądane skutki zdrowotne po dłuższym okresie spożywania zanieczyszczonej wody, ale nie mające bezpośredniego wpływu na zdrowie i życie konsumentów.
  6. Z przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2008 analiz laboratoryjnych wynika, że jakość wody była niezadowalająca z uwagi na liczne przekroczenia manganu, mętności, żelaza, barwy i zapachu, a także amoniaku. Żelazo, mangan i mętność stanowiły w roku 2008 parametry, dla których najczęściej stwierdzano przekroczone wartości w wodzie do spożycia w większości polskich województw.
  7. Z przeprowadzonych w 2008 r. badań ciepłej wody w szpitalach i w budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek *Legionella sp.* wynika, że obiektami w których stwierdzono największy odsetek przekroczeń dopuszczalnej ilości bakterii wśród przebadanych obiektów były w kolejności szpitale (58,6 %), domy rencisty (46,7 %) i domy dziecka (14,2 %). Fakt ten potwierdza, że nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmujący te badania był dobrze prowadzony. Wytypowane obiekty z uwzględnieniem kryterium przebywanie w nich osób o upośledzonej odporności były najbardziej skolonizowane przez bakterie z rodzaju *Legionella*, a tym samym wymagające pilnych działań naprawczych.



## 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 2008 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne prowadziły pomiary emisji zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego z 2005 r. Sieć monitoringu stężenia pyłu, dwutlenku siarki i dwutlenku azotu obejmowała 224 gminy (ponad 200 miast oraz większość uzdrowisk). Stężenie innych zanieczyszczeń mierzono w miejscowościach, w których istniały źródła emisji mogące powodować występowanie stężeń w powietrzu przekraczających wartości dopuszczalne. Lokalizację stacji pomiarowych przedstawiono na Ryc. 3.1.

Zgromadzone dane zostały zweryfikowane i opracowane w oparciu o dopuszczalne wartości stężeń określone w rozporządzeniu Ministra Środowiska 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 257 stacji pomiarowych zawierające w sumie 203 504 wyników pomiarów stężeń zanieczyszczeń. Zanotowano wzrost aktywności monitoringowej w porównaniu do 2007 r.



Ryc. 3.1. Stacje monitoringu jakości powietrza PIS czynne w latach 2007-2008

## 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 zawieszony (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  $10\ \mu\text{m}$ . W ostatnich latach coraz większą wagę przywiązuje się do pomiarów stężenia frakcji pyłu o wymiarach ziaren poniżej  $2,5\ \mu\text{m}$ . 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 zawieszonego 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 28 953; liczba wyników przekraczających wartość 50  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  – 3350 (11,6 %). Średnie roczne stężenie wahało się od 8,0  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  we Wrocławiu do 60,1  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  w Nowej Rudzie.

### **2.2. Pył zawieszony – pomiary reflektometryczne**

Oceny za 2008 rok dokonano na podstawie 30 993 danych ze 139 stanowisk pomiarowych zlokalizowanych na terenie 12 województw i 132 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

Najwyższe stężenie średnioroczne sięgało do 47,3  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  i zostało oznaczone w punkcie pomiarowym zlokalizowanym na terenie Łodzi-Śródmieście. Tylko na tym stanowisku pomiarowym stwierdzono przekroczenia wartości 40  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

Na 14 stanowiskach pomiarowych, działających na terenie 12 jednostek administracyjnych o łącznej liczbie mieszkańców ok. 1,0 mln, 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 2008 rok dokonano na podstawie 37 514 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego ze 169 stanowisk pomiarowych zlokalizowanych na terenie 11 województw.

Wartości średniego rocznego stężenia wahały się od wartości poniżej oznaczalności (Warszawa, Konstancin Jeziorna) do 51,2  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (Chrzanów). Na pozostałych obszarach stężenie średnie roczne nie przekroczyło wartości 20  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Najwyższą wartość stężenia 24-godzinnego zanotowano również w Chrzanowie. Na pozostałych obszarach nie notowano przekroczenia wartości dopuszczalnej 125  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

#### **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 2008 rok dokonano na podstawie 36 924 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 2,0  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (Nowa Sól) do 44,5  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (Kraków).

#### **2.5. Benzen**

Oceny za 2008 rok dokonano na podstawie 2457 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  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  w Bydgoszczy – Bartodzieje do 3,8  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  w Bydgoszczy – Wzgórze Wolności.

#### **2.6. 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 2008 rok dokonano na podstawie 8903 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 0,003  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (Gdańsk, Gdynia) do 103  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (Sanok, Opole).

### 2.7. Kadm

Do oceny wykorzystano dane z 66 stanowisk zlokalizowanych na terenie 16 województw i 71 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach. Wykonano 8843 pomiarów. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 0,02  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  w Lublinie do 7,2  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  w Miasteczku Śląskim.

### 2.8. Nikiel

Do oceny wykorzystano dane z 64 stanowisk zlokalizowanych na terenie 15 województw. Wykonano 8770 pomiarów. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od 0,4  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  w Miasteczku Śląskim do 43,9  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  w Nowej Rudzie.

## 3. Podsumowanie i wnioski

1. Na podstawie przedstawionych wyników można sformułować następujące wnioski dotyczące zmian poziomu zanieczyszczenia powietrza w Polsce w latach 2007-2008:

- w porównaniu do stanu z 2007 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.

2. Najwyższy poziom zanieczyszczenia powietrza zanotowano w 2008 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.

3. 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.

4. 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 i realizacji inwestycji właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w obiektach, w taki sposób, aby w trakcie ich eksploatacji 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 2008 roku zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych, między innymi w sprawie:

- 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),
- 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 (między innymi w zakresie wysokości pomieszczeń, zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego),
- obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ.

Uzgadnianie 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.

Do dnia 14 listopada 2008 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w oparciu o ustawę z dnia 27 kwietnia 2001 r. - *Prawo ochrony środowiska* (Dz. U. z 2008 r. Nr 25,



poz. 150, z późn. zm.), w trybie art. 106 *Kodeksu postępowania administracyjnego*, dokonywały uzgodnień przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko, natomiast od dnia 15 listopada 2008 r. na podstawie ustawy z dnia 3 października 2008 r. *o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko* (Dz. U. Nr 199, poz. 1227) wydawały opinię w tym zakresie.

W procesie inwestycyjnym na etapie projektowania obiektów budowlanych, w tym uzyskiwania decyzji o pozwoleniu na budowę, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uzgadniają 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 (m. in. w aspekcie wartości normatywnych, stężeń i natężeń czynników szkodliwych określonych w obowiązujących przepisach prawa dotyczących środowiska życia ludzi), przy zajmowaniu stanowisk, w ramach sprawowanego zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zwracały uwagę 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 np. 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 2008 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- wydały 194 407 uzgodnień i opinii sanitarnych (w tym pozytywnych 185 252), tj. ok. 15 % mniej niż w 2007 r. (229 778, w tym pozytywnych 192 657),
- zajęły 16 726 stanowisk (w tym 16 590 pozytywnych) przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach zgody na realizację inwestycji, tj. ok. 26 % mniej niż w 2007 r. (22 494, w tym pozytywnych 22 194),
- uzgodniły 2758 (w tym 2745 pozytywnie) planów zagospodarowania przestrzennego, tj. ok. 11 % więcej niż w 2007 r. (2467, w tym pozytywnie 2431),
- dokonały 14 944 (w tym 14 765 pozytywnych) uzgodnień dokumentacji projektowych inwestycji, tj. ok. 29 % mniej niż w 2007 r. (21 059, w tym pozytywnych 19 418). Liczba uzgodnień wydanych w 2008 r. przez rzeczoznawców ds. sanitarnohigienicznych wyniosła 45 151, w tym 45 094 pozytywnych, tj. ok. 10 % więcej niż w 2007 r. (40 612, w tym 36 798 pozytywnych),
- wydały 4108 decyzji administracyjnych 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 w przypadku zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego, tj. ok. 10 % mniej niż w 2007 r. (2007 r. – 4 586),
- skontrolowano pod względem sanitarnohigienicznym 24 327 inwestycji, tj. ok. 7 % więcej niż w 2007 r. (22 585), wydając w tym zakresie stosowne opinie lub decyzje, w tym pozytywnych 23 179, tj. ok. 5 % więcej niż w 2007 r. (22 109) w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych. W 66 przypadkach zgłoszone zostały sprzeciwy wobec dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania, tj. ok. 68 % więcej niż w 2007 r. (21),

- dokonano ogółem 27 356 kontroli i wizji lokalnych, tj. ok. 1 % mniej niż w 2007 r. (27 674), w tym obiektów w trakcie budowy – 2558, tj. ok. 3,5 % mniej niż w 2007 r. (2467), w związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.

## **Podsumowanie**

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizuje ustawowe obowiązki i zadania w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w szczególności poprzez opiniowanie lub uzgadnianie pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych projektów planów zagospodarowania przestrzennego, wniosków dotyczących konieczności wykonywania raportu oddziaływania inwestycji na środowisko i jego zakresu, przedsięwzięć przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, dokumentacji projektowych inwestycji, w tym projektów budowlanych, a także poprzez wydawanie zgód na odstępstwa od przepisów określających warunki techniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również zajmowanie stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych.

W 2008 r. zaobserwowano spadek ogólnej liczby zajmowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowisk o ok. 15 % w stosunku do 2007 r.

Zanotowano 26 % spadek liczby dokonanych uzgodnień przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach w stosunku do 2007 r.

Liczba wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej opinii dotyczących planów zagospodarowania przestrzennego wzrosła o ok. 11 % w stosunku do 2007 r.

Liczba uzgodnień dokumentacji projektowych w 2008 r. spadła o ok. 29 % w stosunku do liczby uzgodnień w 2007 r., natomiast liczba uzgodnień dokumentacji projektowych wydanych w 2008 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, działających w oparciu o uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego wzrosła w stosunku do 2007 r. o ok. 10 %.

W 2008 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 zbliżonym do poprzedniego roku (w 2008 r. ok. 1 % mniej).

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawując zapobiegawczy nadzór sanitarny odgrywa znaczącą rolę w ochronie zdrowia publicznego podejmując szereg zadań

o charakterze profilaktycznym, mających na celu możliwie największe ograniczenie wpływu działań inwestycyjnych na zdrowie człowieka, między innymi poprzez 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 2008 roku kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 59 186 obiektach użyteczności publicznej spośród 73 099 ujętych w ewidencji. Obiekty te stanowią liczną i różnorodną grupę, co powoduje zróżnicowanie wymagań sanitarnych, jakim powinny odpowiadać obiekty należące do poszczególnych kategorii.

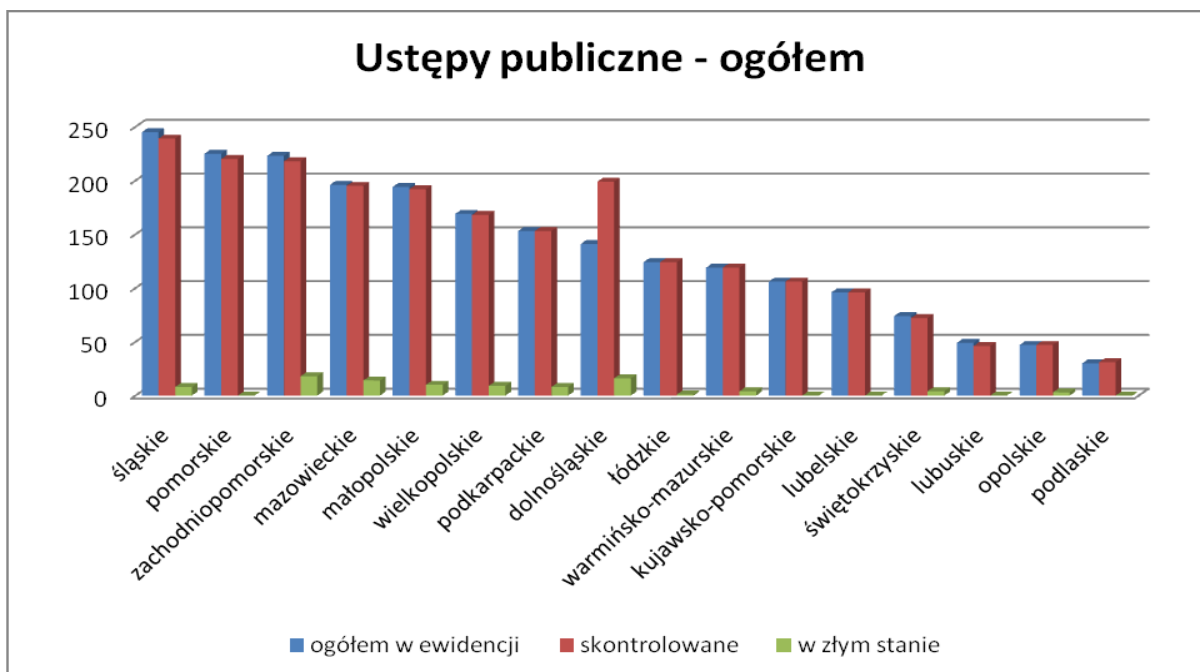
Kontrole objęły:

- zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące kompleksowo ww. usługi, stanowiące najliczniejszą grupę obiektów będących pod nadzorem sanitarnym – skontrolowano 34 337 obiektów spośród 41 201 ujętych w ewidencji,
- hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie – skontrolowano 7243 obiektów spośród 9036 ujętych w ewidencji
- ustępy publiczne i ogólnodostępne – przeprowadzono kontrolę ogółem w 8992 obiektach,
- pozostałe, znacznie mniej liczne grupy obiektów będące pod nadzorem sanitarnym:
  - domy pomocy społecznej – skontrolowano 1262 obiekty,
  - noclegownie – skontrolowano 196 obiektów,
  - przejścia graniczne – skontrolowano 51 obiektów,
  - tereny rekreacyjne – skontrolowano 1867 obiektów,
- inne obiekty użyteczności publicznej, nie należące do żadnej z wymienionych wyżej kategorii – skontrolowano 22 640 obiektów.

### **2. Stan sanitarny wybranych obiektów**

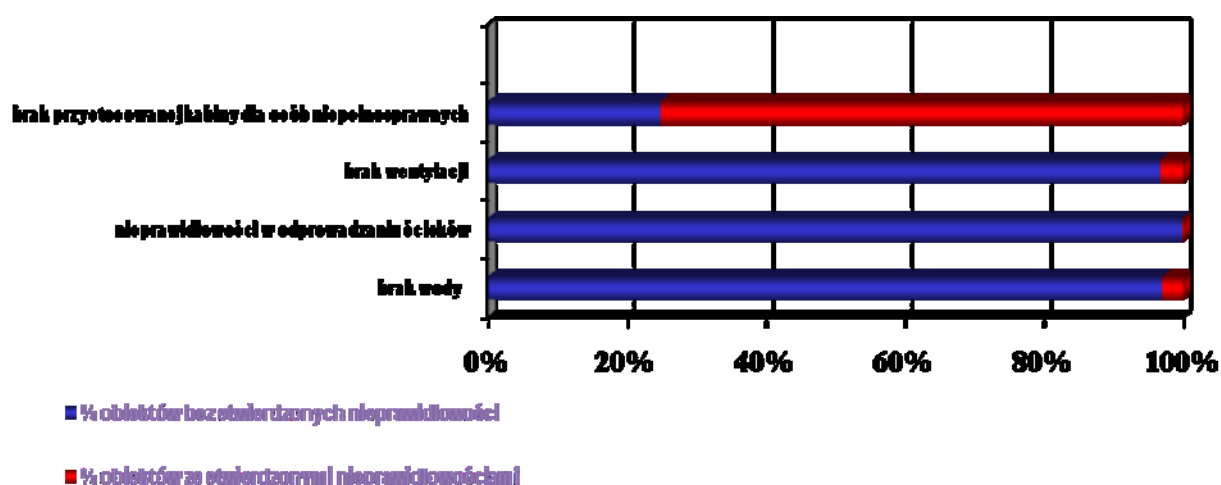
#### **2.1. Ustępy publiczne**

Ustępy publiczne należą do obiektów, których stan sanitarny, w tym bieżąca czystość i higiena stosunkowo często budzi zastrzeżenia. W 2008 roku przeprowadzono 8992 kontrole sanitarne w ustępach publicznych i ogólnodostępnych w celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego ww. obiektów.



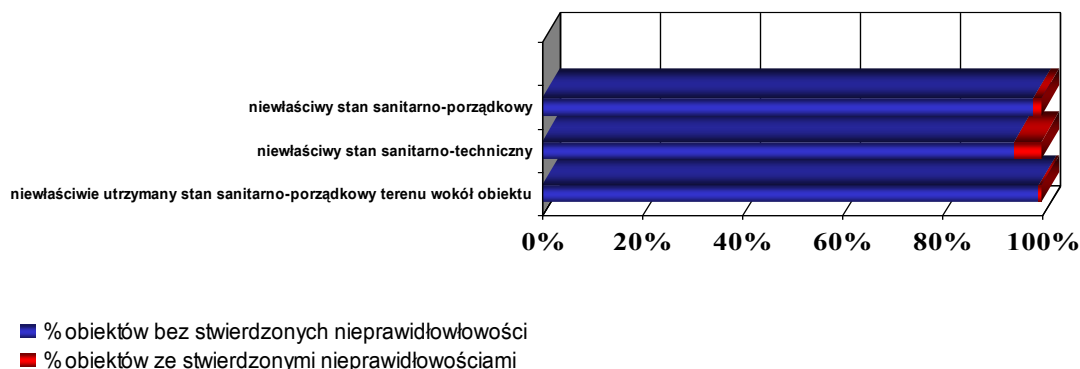
Ryc. 5.1. Ustępy publiczne w poszczególnych województwach.

Należy zauważyć, że we wszystkich województwa zostały skontrolowane niemal wszystkie obiekty tej grupy znajdujące się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 74 % skontrolowanych toalet stwierdzono brak kabiny przystosowanej dla osób niepełnosprawnych. Brak wentylacji stwierdzono w 3,14 % skontrolowanych obiektów, natomiast brak wody w 3,37 %. Sposób odprowadzania ścieków oceniono jako niewłaściwy w 0,12 % kontrolowanych obiektów (Ryc. 5.2).



Ryc. 5.2. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli toalet publicznych i ogólnodostępnych

1,89 % skontrolowanych toalet miało niewłaściwy stan sanitarno-porządkowy, natomiast 5,96 % niewłaściwy stan sanitarno-techniczny. Stan sanitarno-porządkowy terenu wokół ustępów oceniono jako niewłaściwy tylko w 0,63 % skontrolowanych obiektów (Ryc. 5.3). W związku ze stwierdzonymi naruszeniami wymagań stanu sanitarno-porządkowego nałożono 143 mandaty karne.

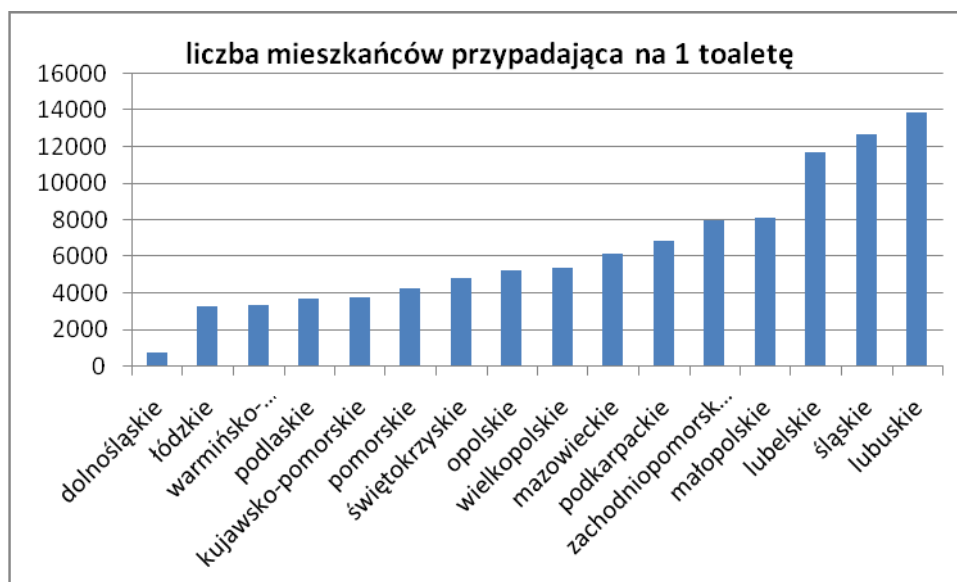


Ryc. 5.3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli toalet publicznych i ogólnodostępnych

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 (1,5 m x 1,5 m) 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,

Porównując uzyskane dane z liczbą mieszkańców poszczególnych województw stwierdzono najmniejszą liczbę mieszkańców przypadającą na 1 toaletę w województwie dolnośląskim (740), natomiast wskaźnik ten był około wielokrotnie większy w przypadku województw: lubuskiego (13 814), śląskiego (12 647) i lubelskiego (11 646). W skali kraju na jedną toaletę przypada średnio 3816 osób (Ryc. 5.4).



Ryc. 5.4. Liczba mieszkańców przypadająca na jedną toaletę w poszczególnych województwach

Uzyskane dane wskazują, że ilość toalet dostępnych publicznie na terenie kraju jest nadal niewystarczająca.

## 2.2. Domy pomocy społecznej

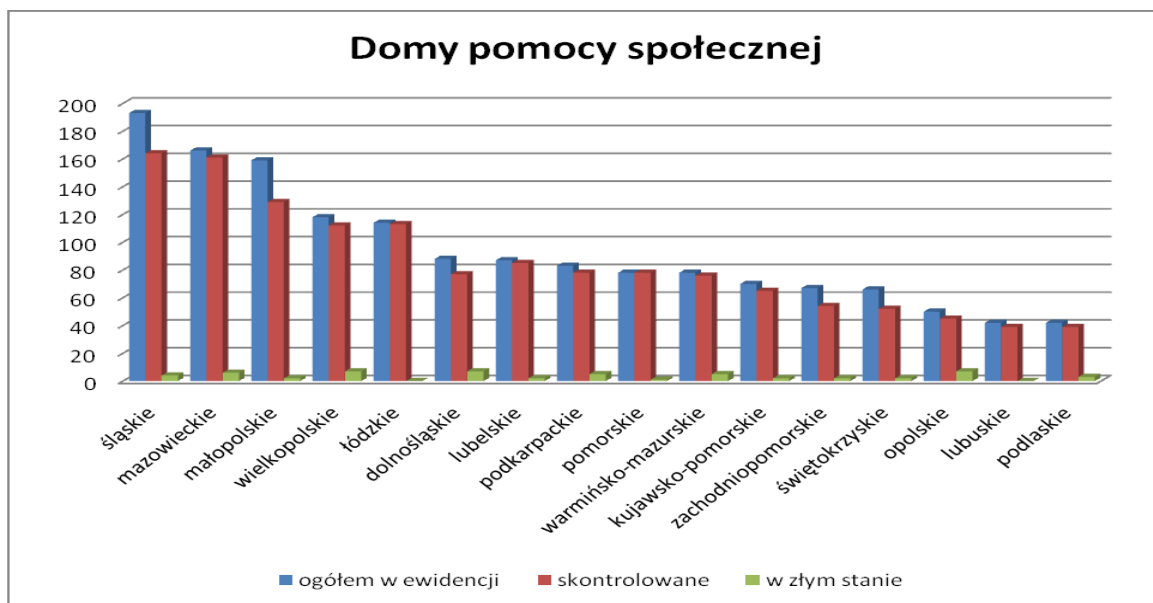
Spośród 1501 domów pomocy społecznej będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2008 roku skontrolowano 1367 obiektów (91,4 %). Blisko dwie trzecie z nich stanowiły obiekty znajdujące się w miastach (964 obiekty), na wsi natomiast zlokalizowane były 537 obiektów. Odsetek obiektów skontrolowanych na terenach wiejskich wyniósł 94,41 %, natomiast w mieście skontrolowano 89,21 % obiektów tej grupy. Procentowy udział obiektów ze złym stanem sanitarnym był zbliżony w obu grupach (3,53 % i 3,91 %). Ogółem w skali kraju niezadowolający stan sanitarny stwierdzono w przypadku 55 skontrolowanych domów pomocy społecznej, co stanowiło 3,72 % objętych kontrolą placówek tej grupy (Ryc. 5.5).

Porównując powyższe dane ze wskaźnikami dotyczącymi roku wcześniejszego można zauważyć, że liczba domów pomocy społecznej ujętych w ewidencji, liczba przeprowadzonych kontroli, jak również odsetek obiektów ze złym stanem sanitarnym nie



uległy zmianie.

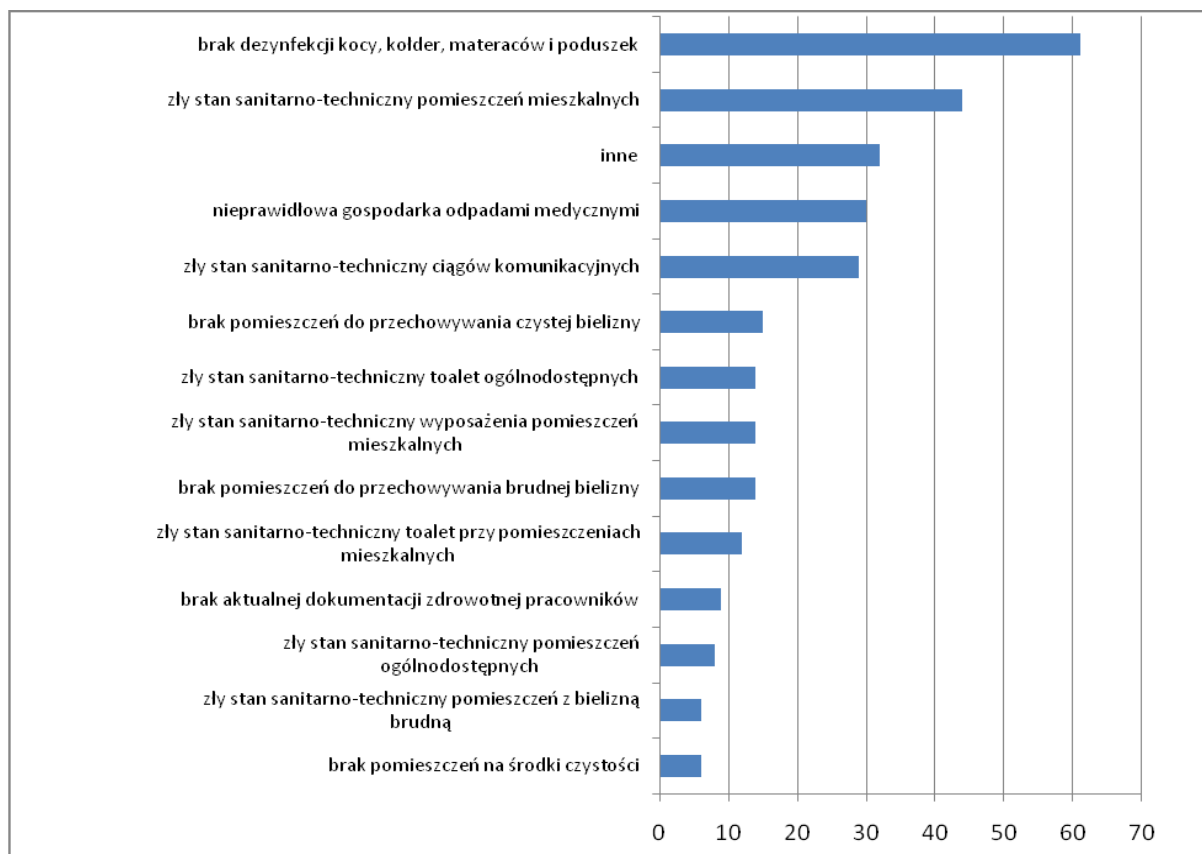
Najwięcej skontrolowanych pod względem sanitarnym domów pomocy społecznej znajdowało się na terenie województw: śląskiego (164), mazowieckiego (161), małopolskiego (129), najmniej w województwie lubuskim i podlaskim (po 39).



Ryc. 5.5. Domy pomocy społecznej w poszczególnych województwach

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 (44), ciągów komunikacyjnych (29), toalet ogólnodostępnych (14), toalet przy pomieszczeniach mieszkalnych (12), wyposażenia pomieszczeń mieszkalnych (14), pomieszczeń do przechowywania brudnej bielizny (14). Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami w stanie sanitarno-technicznym skontrolowanych placówek były: zniszczone i brudne ściany oraz sufity, uszkodzona stolarka okienna i drzwiowa, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń.

Spśród skontrolowanych domów pomocy społecznej ok. 8 % obiektów nie prowadzi dezynfekcji kocy, kołder, poduszek i materacy, natomiast ok. 4 % nie prowadzi prawidłowo gospodarki odpadami medycznymi. Na ogół nie stwierdzano zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości placówek i ich otoczenia.



Rys. 5.6. Liczba nieprawidłowości stwierdzanych podczas kontroli domów pomocy społecznej według poszczególnych kategorii

Stan sanitarny omawianej grupy obiektów przedstawiał się najlepiej w województwach lubuskim i łódzkim, gdzie wszystkie skontrolowane placówki zostały ocenione pozytywnie. Obiekty o złym stanie sanitarnym były natomiast najliczniejsze w województwach: dolnośląskim i opolskim, gdzie odsetek obiektów o niezadowalającym stanie wynosił odpowiednio 9 % i 15,5 %.

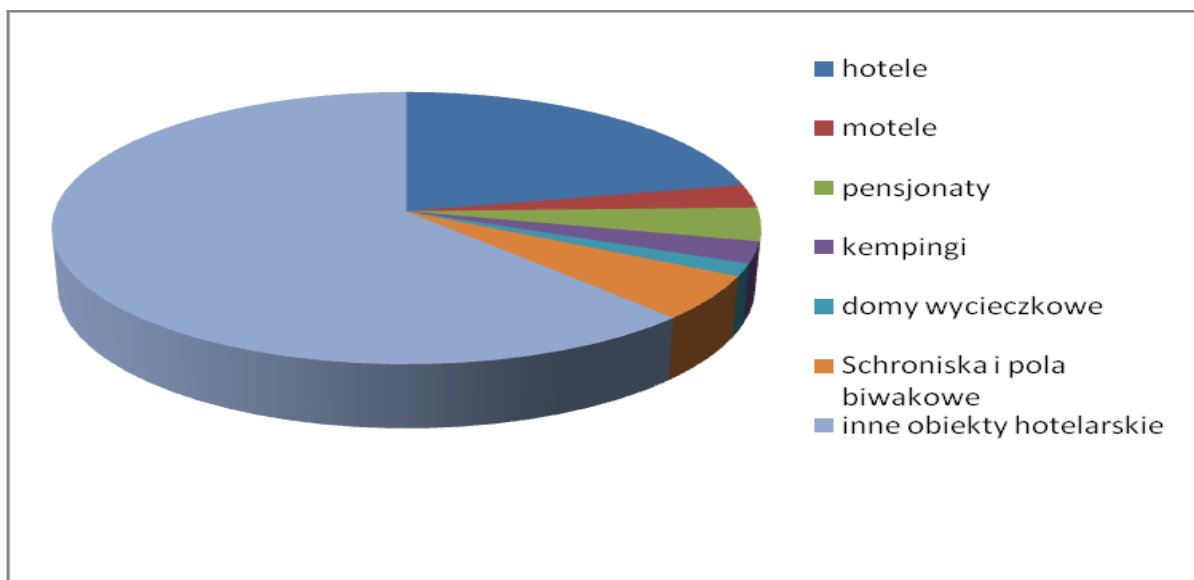
### 2.3. Obiekty świadczące usługi hotelarskie – hotele, obiekty wczasowo-turystyczne i inne świadczące usługi hotelarskie

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

Łącznie w 2008 roku w ewidencji znajdowały się 9903 obiekty tej grupy, z czego kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 8035 (81 %). Negatywnie oceniono stan sanitarny 205 skontrolowanych obiektów (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 (62 %). Drugą co do liczebności grupą były hotele (21,78 %). Pozostałe podgrupy obiektów były mniej liczne, a ich udział w ogólnej liczbie skontrolowanych obiektów świadczących usługi hotelarskie wynosił: schronisk i pól biwakowych – 5,3 %, pensjonatów – 3,9 %, moteli – 2,7 %, kempingów – 2,5 %, domów wycieczkowych – 1,5 % (Ryc. 5.7).



Ryc. 5.7. Rodzaje obiektów hotelarskich objętych kontrolą sanitarną w 2008 r.

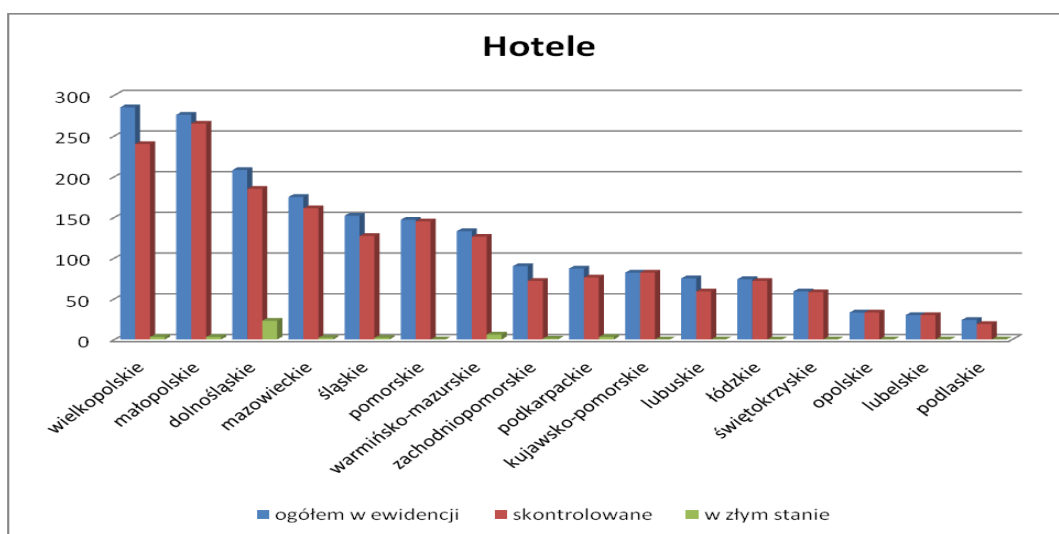
W 2008 r. przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego 1750 hoteli, co stanowiło 90 % obiektów tej grupy pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Przeważały wśród nich obiekty znajdujące się na terenie miast (1311 hoteli – 74 % ogółu skontrolowanych). Jako nieodpowiedni oceniono stan sanitarny w 2,45 % 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 (23 obiekty – 12,4 % skontrolowanych) oraz warmińsko-mazurskim (6 obiektów – 4,7 % 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 ośmiu województwach – podlaskim, lubelskim, opolskim, świętokrzyskim, łódzkim, lubuskim, kujawsko-pomorskim, pomorskim – stan sanitarny wszystkich skontrolowanych hoteli oceniony został pozytywnie (Ryc. 5.8).



Ryc. 5.8. Nadzór sanitarny nad hotelami w 2008 r.: hotele pozostające w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, objęte kontrolą sanitarną oraz w złym stanie sanitarnym

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:

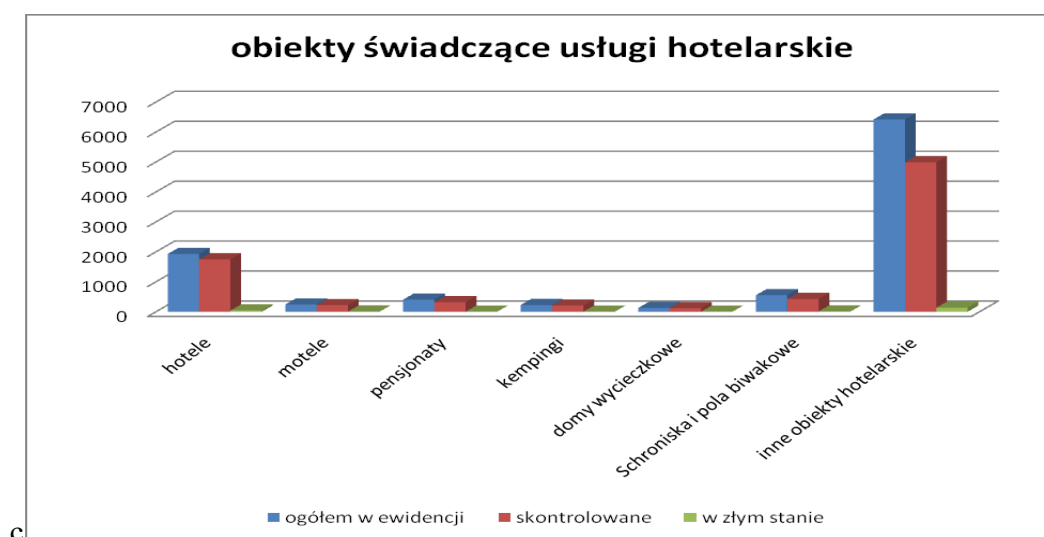
- moteli – spośród skontrolowanych 223 moteli zły stan sanitarny stwierdzono w 7 obiektach (3,1 %). W większości województw skontrolowano wszystkie obiekty

tej grupy pozostające w ewidencji,

- pensjonatów – na 319 placówek, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 6 obiektach (1,88 %) oceniono stan sanitarny jako nieprawidłowy,
- kempingów – z ocenianych pod względem sanitarnym 206 obiektów w 2 przypadkach stan sanitarny został uznany za niezadawalający. Należy podkreślić pozytywną ocenę stanu sanitarnego powyższych obiektów w regionach najbardziej uczęszczanych przez turystów, gdzie ilość kempingów jest największa (województwo małopolskie – 26 skontrolowanych i ocenionych pozytywnie, pomorskie – 42, warmińsko-mazurskie – 33, zachodniopomorskie – 12),
- domów wycieczkowych – 3 ze skontrolowanych 119 obiektów nie spełniały wymagań sanitarnych (2,5 %).

W przypadku odrębnej podgrupy, jaką stanowią schroniska i pola biwakowe, zastrzeżenia budził stan sanitarny 12 spośród 427 skontrolowanych placówek.

Wszelkie obiekty hotelarskie inne niż wymienione zaliczono do odrębnej grupy, w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmującej 6420 obiektów. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono łącznie w 4991 obiektach (62 %) należących do tej grupy. W przypadku 132 placówek (2,64 %) stan sanitarny został oceniony jako niezadawalający (Ryc. 5.9).

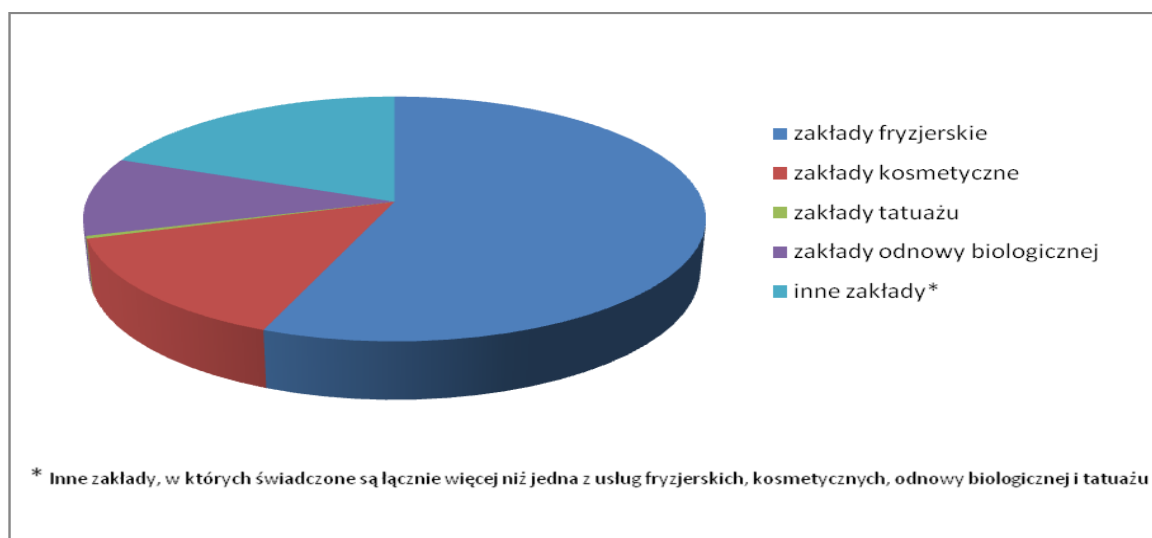


Ryc. 5.9. Nadzór sanitarny nad poszczególnymi grupami rodzajowymi obiektów świadczących usługi hotelarskie w 2008 r.

#### 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 41 201 obiektów w 2008 roku kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 34 337 zakładach (83 %). Negatywnie pod względem sanitarnym oceniono łącznie 882 skontrolowane obiekty (2,5 %). Porównując powyższe wskaźniki z danymi z roku wcześniejszego – 1270 (3,9 %) zakładów ocenonych negatywnie – należy zwrócić uwagę na znaczny spadek liczby obiektów o złym stanie sanitarnym.

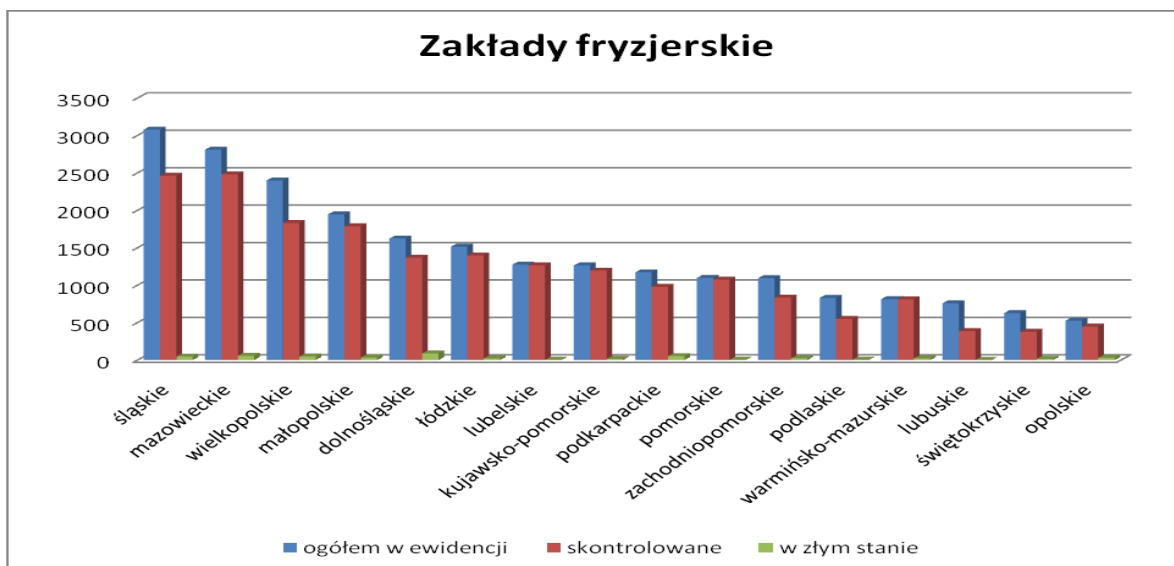
Wśród skontrolowanych obiektów omawianej grupy przeważały zakłady fryzjerskie (46,6%). Drugą co do liczebności podgrupą były zakłady świadczące łącznie więcej niż jedną z usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej stanowiące 15,8 % skontrolowanych. Mniej liczne były zakłady kosmetyczne (11,85 %), zakłady odnowy biologicznej (8,6 %) oraz zakłady tatuażu 0,2 % (Ryc. 5.10).



Ryc. 5.10. Rodzaje obiektów świadczących usługi pielęgnacyjne objętych kontrolą sanitarną w 2008 roku.

Ocena sanitarna każdej z powyższych kategorii przedstawiała się następująco:

- a) zakłady fryzjerskie – kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 19 237 zakładach (84 %) pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej), oceniając go negatywnie w 466 przypadkach (2,4 % skontrolowanych),



Ryc. 5.11. Nadzór sanitarny nad zakładami fryzjerskimi w poszczególnych województwach.

W przypadku obiektów należących do tej grupy występuje znaczne zróżnicowanie ich liczebności pomiędzy poszczególnymi województwami. Najwięcej skontrolowanych pod względem sanitarnym zakładów znajdowało się w województwie mazowieckim – 2480 obiektów, z czego zły stan stwierdzono w 57 obiektach (2,3 %).

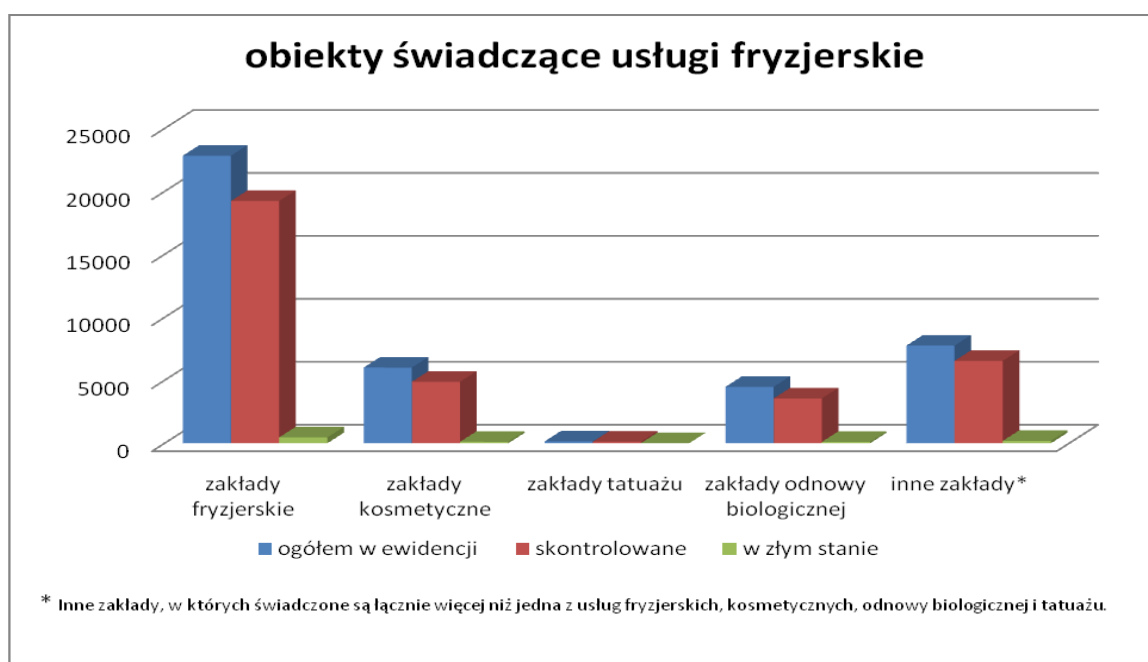
Niewiele mniejszą ich liczbę skontrolowano w województwie śląskim – 2461 zakładów, oceniając negatywnie stan sanitarny 46 obiektów (1,8 %). Obiekty omawianej grupy były natomiast najmniej liczne w województwie świętokrzyskim, gdzie kontrolą objęto 377 zakładów stwierdzając nieodpowiedni stan sanitarny w 16 obiektach (4,2 %). Najwięcej zakładów o złym stanie sanitarnym znajdowało się w województwie dolnośląskim, gdzie zaklasyfikowano tak 89 obiektów (6,5 %),

- b) zakłady kosmetyczne – kontrolą stanu sanitarnego objęto 4881 spośród 6005 obiektów ujętych w ewidencji (81,2 %) uznając za nieodpowiedni stan 114 zakładów (2,3 %).

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 – 120 obiektów (85,7 % ujętych w ewidencji). W zakładach tych największe znaczenie ma stosowanie sterylnej sprzętu oraz prawidłowa jego sterylizacja i postępowanie z odpadami niebezpiecznymi. Z powodu uchybień w tym zakresie negatywnie oceniono

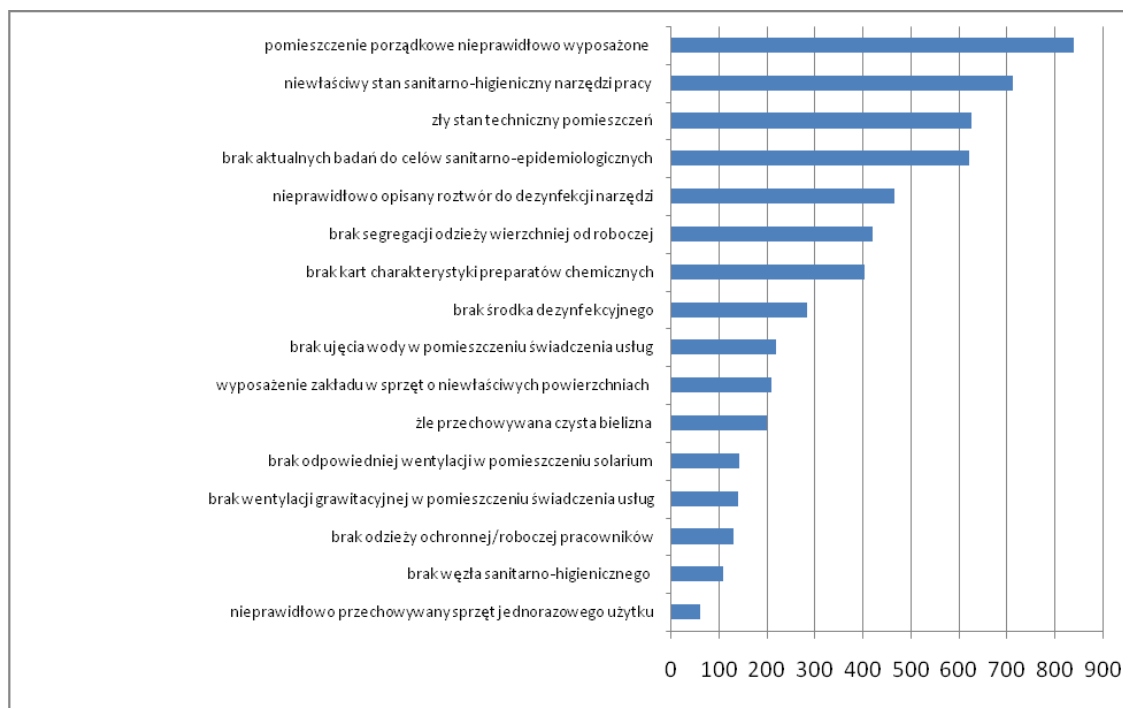
- stan 6 obiektów (5 % skontrolowanych),
- d) zakłady odnowy biologicznej – świadczące usługi z zakresu pielęgnacji ciała i oferujące zabiegi relaksacyjne, ujędrniające, oczyszczające, wzmacniające mięśnie, odchudzające i modelujące sylwetkę, masażu, aerobiku i fitness – spośród 3559 obiektów tej grupy objętych kontrolą za niezadowalający uznano stan sanitarny 107 obiektów (3 %),
- e) zakłady świadczące łącznie więcej niż jedną z usług fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej i tatuażu – w grupie tej skontrolowano 6540 obiektów spośród 7750 będących w ewidencji (84 %). Za niezadowalający uznano stan 189 obiektów (2,9 % skontrolowanych).



Ryc. 5.12. Nadzór sanitarny nad poszczególnymi grupami rodzajowymi obiektów świadczących usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej w 2008 r.

Do najczęstszych uchybień stwierdzanych w obiektach należących do tej grupy należało: nieprawidłowo wyposażone pomieszczenie porządkowe, stwierdzone w 841 obiektach, niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny narzędzi pracy (713), zły stan techniczny pomieszczeń (627). Zastrzeżenia dotyczące stanu technicznego obiektów obejmowały zniszczone i wyeksploatowane wyposażenie, ubytki w posadzkach i wykładzinach podłogowych oraz okładzinach ceramicznych ścian.





Ryc. 5.13. Liczba nieprawidłowości stwierdzanych podczas kontroli zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej według poszczególnych kategorii

## 2.5. Noclegownie

Liczba zewidencjonowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiektów tej grupy wykazuje od kilku lat tendencję wzrostową, która utrzymywała się także w 2008 roku. W ewidencji ujęto łącznie 238 noclegowni dla bezdomnych, co oznacza wzrost liczby placówek tego rodzaju w stosunku do roku poprzedniego o 26. Kontrolą stanu sanitarnego objęto łącznie 196 obiektów (82,3 % pozostających w ewidencji), taką samą ilość co w roku ubiegłym. Największa liczba objętych nadzorem sanitarnym noclegowni skupiała się na terenie trzech województw – śląskiego (37), mazowieckiego (36) oraz łódzkiego (34). Stanowiły one łącznie blisko połowę wszystkich objętych nadzorem obiektów tej grupy.

Najmniej skontrolowanych noclegowni znajdowało się w województwach: opolskim (0), podlaskim i świętokrzyskim (po 2 obiekty) oraz zachodniopomorskim (3 obiekty). W województwach: lubelskim, małopolskim, podlaskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim skontrolowano wszystkie placówki będące w ewidencji. W skali kraju negatywnie oceniono stan sanitarny 6 spośród skontrolowanych 196 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. Należy zaznaczyć, że negatywna ocena stanu sanitarnego dotyczyła pojedynczych obiektów w województwach: dolnośląskim, lubuskim, śląskim, wielkopolskim i mazowieckim. W pozostałych województwach wszystkie noclegownie nie budziły zastrzeżeń pod względem sanitarnym.

## **2.6. 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 2008 roku skontrolowano 1867 takich obiektów, co stanowiło 54 % ujętych w ewidencji. Negatywnie oceniono stan sanitarny 21 obiektów, z czego 14 znajdowało się na terenie województwa dolnośląskiego. W 11 województwach wszystkie skontrolowane tereny rekreacyjne oceniono pozytywnie pod względem sanitarnym.

Stan sanitarny terenów rekreacyjnych kontrolowany jest przed rozpoczęciem sezonu, jak również w trakcie jego trwania. W porównaniu z rokiem wcześniejszym z 31 do 21 zmniejszyła się liczba obiektów ocenionych negatywnie.

## **2.7. Inne obiekty użyteczności publicznej**

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty użyteczności publicznej, inne niż wyżej wymienione, w przypadku których zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich sąsiedztwie. W skład tej grupy wchodzi apteki i hurtownie leków, cmentarze i domy pogrzebowe, prosekoria, obiekty sportowe, jak hale, boiska, ośrodki sportowe, lodowiska, kręgielnie, hale i korty tenisowe, strzelnice, kluby sportowe, obiekty kulturalno-widowiskowe-galerie, kina, teatry, muzea, ośrodki kultury, filharmonie, świetlice, kluby, biblioteki, obiekty rozrywkowe, jak dyskoteki, ponadto zakłady karne, poprawcze, schroniska dla nieletnich, izby wytrzeźwień, stacje paliw, pralnie, magle, targowiska, wysypiska i składowiska odpadów, parkingi, firmy i bazy transportowe, sklepy i hurtownie z odzieżą używaną, sklepy medyczne, lokale komisji

poborowych i łaźnie. Kontrolą stanu sanitarnego objęto 28 056 obiektów spośród 39 936 będących w ewidencji, oceniając negatywnie 501 skontrolowanych placówek (1,7 %).

### **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.

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 czwarty 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 szczęblu 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 sanitarno-epidemiologiczne jako duża,
- 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.

Informacje dotyczące kąpielisk w Polsce obejmowały łącznie 353 miejsca. Za rok 2007 dla Komisji Europejskiej przygotowano informacje dotyczące 346 kąpielisk w Polsce.

Ogółem w 2008 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostawało 1348 kąpielisk, co oznacza, że w porównaniu z rokiem wcześniejszym liczba ich zmniejszyła się o 74 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 2008 r. objęto 1323 kąpieliska (98,2 % obiektów ujętych w ewidencji). Przeważały wśród nich kąpieliska niezorganizowane (981 kąpielisk – 97,9 % skontrolowanych) oraz kąpieliska śródlądowe (1044 kąpieliska – 98,3 % skontrolowanych). Kąpieliska zorganizowane, z reguły uczęszczane przez większą liczbę kąpiących się i wyżej oceniane pod względem sanitarnym, stanowiły ¼ skontrolowanych obiektów. Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem liczyła 126 obiektów (stanowi to odpowiednio 9,52 % skontrolowanych kąpielisk ogółem i 100 % skontrolowanych kąpielisk w grupie kąpielisk morskich). 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 (98,2 %) 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 (251), warmińsko-mazurskiego (228), zachodniopomorskiego (114), wielkopolskiego (113), kujawsko-pomorskiego (105), lubuskiego (85). Skupiały one łącznie 67,7 % ogółu skontrolowanych kąpielisk. Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: opolskim (22), podkarpackim (30), świętokrzyskim (35) i dolnośląskim (40).

Najwięcej kąpielisk zorganizowanych znajduje się na terenie województw: wielkopolskiego (74), zachodniopomorskiego (69), pomorskiego (60), mazowieckiego (31) i dolnośląskiego (24). Najmniej kąpielisk zorganizowanych było na terenie województw: opolskiego (3), lubelskiego (3), łódzkiego (4) i świętokrzyskiego (6).

Najwięcej kąpielisk niezorganizowanych znajduje się w województwach warmińsko-mazurskim (208), pomorskim (191), lubuskim (76) oraz śląskim (52). Najmniej kąpielisk niezorganizowanych było w województwach: podkarpackim (14), dolnośląskim (16) i opolskim (19).

Kąpieliska morskie znajdują się w trzech województwach: pomorskim (79), 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 (222), pomorskim (172), wielkopolskim (113), kujawsko-pomorskim (105) i lubuskim (85), zaś najmniejsza w województwach: opolskim (21), podkarpackim (30) i świętokrzyskim (35).

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 kąpeli, jeśli badania aktualne i z lat ubiegłych wskazywały na dobrą i stabilną jakość wody. W ocenie przydatności wody do kąpeli uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic.

Stan sanitarny kąpielisk objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej

w 2008 r. oceniono negatywnie ogółem w 208 skontrolowanych obiektach (15,7 %). W przypadku kąpielisk zorganizowanych ocena negatywna dotyczyła 65 obiektów, co stanowiło 17,9 % kąpielisk skontrolowanych ogółem, a 4,9 % w grupie, zaś dla niezorganizowanych 143 kąpieliska, co stanowiło odpowiednio 14,9 % i 10,8 %. Wśród kąpielisk morskich wodę niezgodną z wymaganiami stwierdzono w 26 obiektach (odpowiednio 20,6 % oraz 2 %), a wśród kąpielisk śródlądowych – 126 (12,3 % oraz 9,5 %). Tylko w województwie podlaskim we wszystkich skontrolowanych kąpieliskach woda odpowiadała wymaganiom. Najwyższy odsetek kąpielisk z wodą nieodpowiadającą wymaganiom stwierdzono w województwach: łódzkim – 40,9 %, mazowieckim – 36,9 %, pomorskim – 28,7 %, małopolskim – 28 % i śląskim – 22,6 %. Na 208 kąpielisk z przekroczeniami wymagań w większości przypadków były przekroczone zarówno parametry fizykochemiczne (141), jak i mikrobiologiczne (106), co wskazuje na fakt, że te zbiorniki wodne nie powinny służyć do organizowania na nich kąpielisk. Aż w 68 przypadkach w województwie pomorskim i 16 w warmińsko-mazurskim były przekroczone parametry fizykochemiczne (potencjalnie nie zagrażające zdrowiu kąpiących się). Natomiast parametry biologiczne mogące wywołać negatywne skutki zdrowotne stwierdzono w przeważającej liczbie obiektów w województwach małopolskim (12), śląskim (11) i kujawsko-pomorskim (4).

**Tabela 5.1. Liczba przekroczeń fizykochemicznych i biologicznych w poszczególnych grupach kąpielisk.**

Rodzaj kąpieliska	Województwo	Przekroczenia		
		ogółem	fizykochemiczne	biologiczne
zorganizowane	mazowieckie	18	11	14
	wielkopolskie	16	8	8
	pomorskie	15	15	
niezorganizowane	pomorskie	57	53	6
	łódzkie	17	9	14
	małopolskie	14	5	12
	warmińsko-mazurskie	13	11	6
	śląskie	12	5	9
morskie	pomorskie	19	16	3
	warmińsko-mazurskie	6	4	6
	zachodniopomorskie	1	0	1
śródlądowe	pomorskie	53	52	3
	wielkopolskie	20	10	10
	małopolskie	14	5	12
	warmińsko-mazurskie	12	12	1

Spośród wszystkich przebadanych kąpielisk nie stwierdzono przekroczeń wartości

parametrów fizykochemicznych i biologicznych:

- w grupie kąpielisk zorganizowanych w województwach: lubelskim (w 3 kąpieliskach), lubuskim (w 9 kąpieliskach), małopolskim (w 13 kąpieliskach) i podlaskim (w 28 kąpieliskach),
- w grupie kąpielisk morskich w województwach: pomorskim (w 60 kąpieliskach) i zachodniopomorskim (w 40 kąpieliskach),
- w grupie kąpielisk śródlądowych wyłącznie w województwie podlaskim (w 38 kąpieliskach).

Wszystkie kąpieliska były oceniane zgodnie z wymaganiami określonymi w dyrektywie 76/140/WE i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2002 r. (Dz. U. Nr 183, poz. 1530), czyli łagodniejszymi kryteriami niż określono w dyrektywie 2006/7/WE, która podchodzi rygorystycznie do wymagań dotyczących jakości wody w kąpieliskach. Z uwagi na fakt, iż Polska nie implementowała jeszcze dyrektywy 2006/7/WE do przepisów prawa krajowego, możliwe było przy sporządzeniu oceny jakości wody w kąpielisku odniesienie się do wymagań zawartych w dyrektywie 76/160/WE.

W porównaniu z rokiem wcześniejszym:

- zmniejszyła się ilość kąpielisk pozostających w ewidencji (z 1422 do 1348) oraz objętych nadzorem sanitarnym (z 1396 do 1323). Jednocześnie kontrolę sanitarną przeprowadzono w nieco mniejszej liczbie kąpielisk niezorganizowanych – spadek z 1036 w 2007 r. do 960 w 2008 r.,
- zmniejszyła się liczba objętych nadzorem sanitarnym kąpielisk śródlądowych – z 1270 w 2007 r. do 1026 w 2008 r., natomiast na tym samym poziomie kolejny rok utrzymała się liczba kąpielisk morskich (126).

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 nieszce 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. W prawodawstwie Unii Europejskiej również nie ma przepisów regulujących nadzór nad jakością wody w basenach kąpielowych i wymagania stawiane wodzie w basenach. Ze względu na możliwość wystąpienia zagrożenia zdrowotnego spowodowanego zanieczyszczeniem wody w basenach kąpielowych i wodnych urządzeniach rekreacyjnych o charakterze mikrobiologicznym i chemicznym nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie został przerwany. Korzystając z zapisów ustawy z dnia 6 września 2001 roku *o chorobach zakaźnych i zakażeniach* (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm), a od dnia 1 stycznia 2009 roku ustawy *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. Nr 238, poz. 1570, możliwe jest, przy zachowaniu właściwej częstotliwości poboru próbek wody, skutecznie zapobieganie zagrożeniu chorobami wodopochodnymi u osób korzystających z basenów. 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.

Wśród basenów kąpielowych, objętych kontrolą stanu sanitarnego w 2008 r., przeważały baseny kryte (całoroczne). Grupa ta liczyła łącznie 987 obiektów (74,5 % ogółu skontrolowanych basenów kąpielowych), z czego większość – 817 obiektów znajdowała się w miastach. W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2008



znajdowało się 438 sezonowych (odkrytych) basenów kąpielowych, z czego skontrolowano 89 % obiektów.

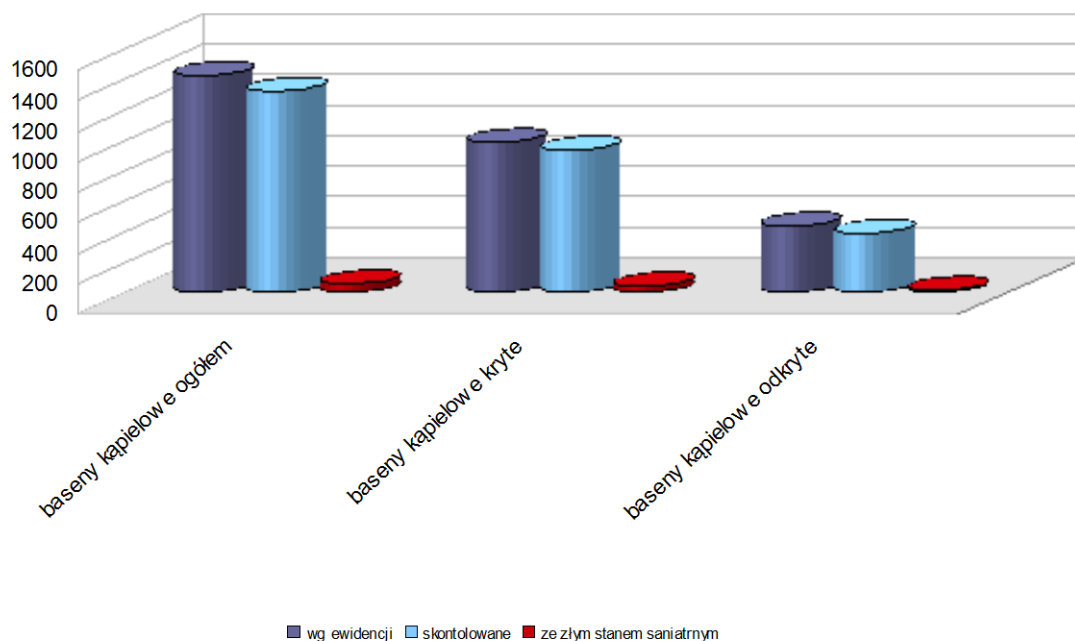
Baseny kąpielowe spełniają ważną rolę wywierając pozytywny wpływ na zdrowie ich użytkowników. Relaksacyjne właściwości kąpeli są coraz częściej wykorzystywane jako sposób wypoczynku i rekreacji. Dlatego woda wprowadzana do basenu musi być wolna od zanieczyszczeń mikrobiologicznych oraz chemicznych. Nowoczesne obiekty basenowe to nie tylko baseny pływackie, ale całe kompleksy rekreacyjne podnoszące atrakcyjność kąpeli, 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 2008 zewidencjonowano 38 tego typu kompleksów rekreacyjnych na terenie całego kraju, a więc o 2 obiekty więcej niż w roku 2007.

W odniesieniu do obiektów skontrolowanych ogółem 78,7 % stanowiły obiekty basenowe zlokalizowane na terenach miejskich. Pozostałe 21,3 % skontrolowanych basenów znajdowało się na terenach wiejskich. Stan sanitarny basenów krytych oceniono negatywnie w przypadku 42 basenów zlokalizowanych w mieście, co stanowiło 4,5 % skontrolowanych obiektów w tej grupie, w tym pod względem technicznym 4,3 %. Z kolei na terenach wiejskich zły stan sanitarny stwierdzono tylko w 1 obiekcie.

Stan sanitarny basenów kąpielowych w roku 2008 przedstawiał się na ogół zadowalająco. Spośród skontrolowanych basenów w skali całego kraju obiekty ze złym stanem sanitarnym stanowiły 4,4 %, z czego na terenach wiejskich tylko 0,5 %.

Ponad dwa razy mniej liczne w porównaniu z basenami krytymi były objęte nadzorem sanitarnym baseny odkryte (sezonowe), z których pod względem sanitarnym w 2008 r. skontrolowano 390. Odpowiada to 89 % obiektów tej grupy pozostających w ewidencji. Baseny odkryte również były liczniejsze w miastach niż na wsi (odpowiednio 279 obiektów w mieście i 159 na wsi). Stan sanitarny basenów sezonowych w roku 2008 oceniony został jako dobry i nie budził większych zastrzeżeń.

Ryc. 5.14. Baseny kąpielowe w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, objęte nadzorem sanitarnym oraz



w złym stanie sanitarnym w 2008 r. – zestawienie basenów kąpielowych ogółem, basenów krytych i odkrytych.

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. 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 (w głównej mierze na terenach wiejskich) 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.

Podkreślenia wymaga znaczne zróżnicowanie terytorialne liczebności obiektów basenowych. Największa ilość basenów kąpielowych objętych nadzorem sanitarnym znajdowała się na terenie województw: śląskiego (278), zachodniopomorskiego (169), dolnośląskiego (168), małopolskiego (151), najmniej natomiast było ich w województwach: podlaskim (32) świętokrzyskim (35), lubuskim (36) oraz warmińsko-mazurskim (38). Najwięcej basenów kąpielowych w złym stanie sanitarnym odnotowano w województwach dolnośląskim (12 basenów, co stanowi 0,9% skontrolowanych) i mazowieckim (również 12 basenów kąpielowych, czyli 0,9 % skontrolowanych). W 3 województwach: lubuskim, pomorskim i świętokrzyskim stan sanitarny wszystkich skontrolowanych obiektów basenowych oceniony został pozytywnie.

## VI. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej

### 1. Wprowadzenie

W 2008 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 40 272 obiektach służby zdrowia spośród 71 103 ujętych w ewidencji (56,6 %).

Kontrole objęły:

- zakłady opieki zdrowotnej, stanowiące najliczniejszą grupę placówek będących pod nadzorem sanitarnym – skontrolowano 18 731 obiektów (78,7 %),
- praktyki lekarskie i pielęgniarskie, w tym:
  - indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2396 obiektów (32,3 %)
  - indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 5852 obiektów (32,8 %),
  - grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 209 obiektów (65,5 %),
  - indywidualne praktyki lekarzy dentystów – skontrolowano 7451 obiektów (64,2 %),
  - indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów – skontrolowano 3378 obiektów (54,2 %),
  - grupowe praktyki lekarzy dentystów – skontrolowano 230 obiektów (74,2 %),
  - indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 571 obiektów (44,8 %),
  - indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 126 obiektów (62,4 %),
  - grupowe praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 211 obiektów (62,2 %),
- inne obiekty nie będące zakładami opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne – skontrolowano 1117 obiektów (63,1 %).

Liczba zakładów służby zdrowia objętych kontrolą sanitarną zwiększyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym, natomiast zmniejszył się procentowy udział, jaki stanowiły wśród ogółu zakładów pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Tendencja ta utrzymuje się od kilku lat, co ilustruje Tabela 6.1.

**Tabela 6.1. Obiekty służby zdrowia, skontrolowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną w latach 2003-2008**

Rodzaj placówki	Rok	Liczba skontrolowanych	% obiektów objętych
-----------------	-----	------------------------	---------------------

		obiektów	ewidencją
Zakłady opieki zdrowotnej ogółem	<b>2008</b>	<b>18 731</b>	<b>78,7</b>
	2007	18 291	80,5
	2006	17 666	84,0
	2005	17 444	88,6
	2004	17 344	93,9
	2003	17 414	95,0
Praktyki lekarskie i pielęgniarskie ogółem oraz inne podmioty świadczące usługi medyczne	<b>2008</b>	<b>21 541</b>	<b>45,5</b>
	2007	21 247	46,5
	2006	20 428	47,7
	2005	21 215	52,3
	2004	23 453	57,4
	2003	23 718	60,6
Razem	<b>2008</b>	<b>40 272</b>	<b>56,6</b>
	2007	39 538	57,8
	2006	38 094	59,6
	2005	38 659	64,3
	2004	40 797	68,8
	2003	41 132	71,6

## 2. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej

### 2.1. Zakłady opieki zdrowotnej ogółem

W 2008 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 18 731 obiektach tej grupy, co stanowi 78,7 % ujętych w ewidencji. Była to najliczniejsza grupa skontrolowanych obiektów, stanowiąca blisko połowę ogółu placówek służby zdrowia objętych nadzorem sanitarnym (46,5 %). Liczba obiektów, w których przeprowadzono kontrolę zwiększyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym o 440 placówek, jednakże odsetek obiektów skontrolowanych uległ zmniejszeniu z 80,5 % w 2007 r. do 78,7 % w 2008 r.

Ogólna ocena stanu sanitarnego skontrolowanych placówek była zbliżona do stwierdzanej w latach poprzednich. Stan sanitarny oceniono negatywnie w 759 obiektach, co stanowiło 4,0 % ogółu skontrolowanych w tej grupie. Wskaźnik ten nie uległ zmianie w porównaniu z rokiem poprzednim.

Do zakładów opieki zdrowotnej należą zarówno zakłady lecznictwa 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

Szpitale należały do obiektów, które były objęte przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzmożonym nadzorem sanitarnym. W 2008 r. kontrolę stanu

sanitarnego przeprowadzono ogółem w 802 szpitalach spośród 807 wykazanych w ewidencji (99,2 %), a więc kontroli poddano prawie wszystkie placówki. Za niedostateczny uznano stan sanitarny 163 skontrolowanych obiektów, co stanowiło 20,3 % objętych kontrolą. Oznacza to zwiększenie się liczby takich placówek w porównaniu z rokiem ubiegłym, kiedy negatywna ocena sanitarna dotyczyła 137 placówek (17,2 % ogółu skontrolowanych).

### **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 nieodpowiednie wyposażenia sal operacyjnych i gabinetów zabiegowych.

### **2.2.2. Zaopatrzenie w wodę**

Sytuacja w zakresie zaopatrzenia obiektów szpitalnych w wodę w 2008 r. nie uległa istotnej zmianie w porównaniu z rokiem ubiegłym. Podobnie jak w latach poprzednich, podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę w większości szpitali były wodociągi publiczne, z których korzystało 93 % szpitali. W większości województw jedynie pojedyncze placówki zaopatrywane były w wodę z własnego ujęcia. Nadal wiele szpitali nie posiadało awaryjnego źródła zaopatrzenia w wodę. W takiej sytuacji znalazło się około 42,1 % ogółu skontrolowanych placówek, wśród których przeważały szpitale korzystające z publicznej sieci wodociągowej. Część szpitali wyposażona była w zbiorniki, które w razie awarii umożliwiały doraźne zaopatrzenie w wodę przez 24-48 godzin. Należy zauważyć, że brak awaryjnego zaopatrzenia w wodę w przypadku wielu szpitali był praktycznie równoznaczny z ograniczeniem ich działalności w razie dłuższej przerwy w dostawie wody, ponieważ, zwłaszcza w przypadku dużych obiektów o rozbudowanym profilu zabiegowym, trudne byłoby dostarczenie wody w ilości wystarczającej do ich prawidłowego funkcjonowania.

Jakość wody poddawana była systematycznej kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417) stworzyło podstawy do podejmowania postępowania administracyjnego w razie

nieodpowiedniej jakości wody. Na podstawie uzyskanych wyników badań pobranych próbek wody, wykonywanych w ramach monitoringu jakości wody, stwierdzono, że woda w większości szpitali odpowiadała wymaganiom ww. rozporządzenia. Nieprawidłowości w tym zakresie dotyczyły 7,7 % szpitali, przy czym niewłaściwa jakość wody stwierdzana była częściej w przypadku szpitali korzystających z własnych ujęć. Najczęściej stwierdzano przekroczenia wartości dopuszczalnej barwy, mętności, twardości oraz stężeń żelaza i manganu. W części obiektów, podobnie jak w latach ubiegłych, było to następstwem prac remontowych instalacji wodociągowej. We wszystkich przypadkach dotyczących przekroczeń dopuszczalnych wartości wskaźników mikrobiologicznych podjęto działania mające na celu zapewnienie odpowiedniej jakości wody.

W pojedynczych przypadkach, gdy własne ujęcie wody szpitala służyło jako awaryjne źródło zaopatrzenia w wodę, zastrzeżenia budził jego stan sanitarny. Dotyczyło to nie tylko jakości wody, ale także braku książki eksploatacji obiektu, braku aktualnej dokumentacji zdrowotnej pracowników stacji uzdatniania wody, niezabezpieczonej strefy ochronnej wokół ujęcia wody oraz braku zabezpieczenia wjazdu do zbiornika wody czystej, złego stanu technicznego elementów konstrukcyjnych stacji uzdatniania wody oraz zaplecza socjalnego i sanitariatów dla obsługi.

### **2.2.3. 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.

### **2.2.4. 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 2008 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. Odsetek szpitali utrzymujących własne pralnie wyniósł 17,7 %.

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.

### **2.2.5. 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, venflony) 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.

Nieliczne szpitale posiadały własne spalarnie odpadów medycznych (2,4 %). Z uwagi na fakt, że były to na ogół obiekty niewielkie i w złym stanie technicznym oraz nie spełniające warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Gospodarki z dnia 21 marca 2002 r. w sprawie wymagań dotyczących prowadzenia procesu termicznego przekształcania odpadów (Dz. U. Nr 37, poz. 339, z późn. zm.), ulegały one stopniowej likwidacji. Szpitale, które nie posiadały pieców do spalania odpadów miały zawarte umowy z przedsiębiorstwami dysponującymi spalarniami o standardzie technicznym zgodnym z wymaganiami ww. rozporządzenia, na podstawie których odpady były odbierane z magazynów szpitalnych i utylizowane.

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.

### **2.2.6. 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 (8,7 %). Ich liczba nie zwiększyła się w porównaniu do poprzedniego okresu sprawozdawczego.

### **2.3. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze**

W 2008 r. skontrolowano 351 obiektów obu powyższych grup, co stanowiło 91,4 % wszystkich zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ujętych w ewidencji. Przeważały wśród nich zakłady opiekuńczo-lecznicze (208 zakładów). Negatywnie oceniono stan sanitarny 6 % 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 wodę, 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 2008 r. nastąpił dalszy spadek liczby obiektów tej grupy, dotyczący liczby zakładów w ewidencji (z 238 w 2007 r. do 223 w 2008 r.), natomiast liczba objętych kontrolą stanu sanitarnego, wzrosła z 182 w 2007 r. do 197 w 2008 r. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 88,3 % zakładów.

Stan sanitarny oceniono negatywnie ogółem w 2 % skontrolowanych obiektów, co oznacza, że wskaźnik ten uległ zmniejszeniu w porównaniu z rokiem ubiegłym (w 2007 r. wyniósł 2,7 %). 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 50 hospicjów spośród 55 znajdujących się w ewidencji (90,9 %).

Nie stwierdzono negatywnego stanu sanitarnego. 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 2008 r. skontrolowano stan sanitarny 13 743 placówek spośród 17 168 pozostających w ewidencji (80 %). Zły stan sanitarny stwierdzono w 495 przypadkach (3,6 %). Najczęściej stwierdzane uchybienia w zakresie stanu sanitarnego obejmowały: brak przystosowania obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności toalet, zbyt małe powierzchnie gabinetów lekarskich, brak umywalk w gabinetach zabiegowych, 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 2008 r. skontrolowano pod względem sanitarnym 284 stacje Pogotowia Ratunkowego spośród 359 ujętych w ewidencji (79,1 %). Za niedostateczny uznano stan sanitarny 17 skontrolowanych placówek (6 %). 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 571 medycznych laboratoriów diagnostycznych (79 %). Spośród nich negatywnie oceniono stan sanitarny 16 placówek (2,8 %). 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 475 zakładów tego typu spośród 647 pozostających w ewidencji (73,4 %). Został on oceniony negatywnie w przypadku 16 obiektów (3,4 %), 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 20 424 obiektów omawianej grupy spośród 45 535 ujętych w ewidencji (44,8 %). Negatywnie oceniono stan sanitarny 163 skontrolowanych placówek (0,8 %).

Najliczniejszą kategorią objętych kontrolą sanitarną placówek w omawianej grupie były indywidualne praktyki lekarzy dentystów (7451 skontrolowanych obiektów) oraz indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (5852 skontrolowane obiekty). Najmniej zastrzeżeń budził stan sanitarny indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych oraz grupowych praktyk lekarzy dentystów, w której to grupie pozytywnie oceniono stan wszystkich skontrolowanych obiektów.

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 2008 r. przedstawiała się następująco:

- indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2396 obiektów (32,3 %), negatywnie oceniono 16 (0,6 %),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 5852 obiektów (32,8 %), negatywnie oceniono 41 (0,7 %),
- grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 209 obiektów (65,5 %), negatywnie oceniono 1 (0,5 %).

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 2008 r. przedstawiał się następująco:

- indywidualne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 7451 obiektów (64,2 %), negatywnie oceniono stan sanitarny 61 (0,8 %),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 3378 obiektów (54,2 %), negatywnie oceniając 27 (0,8 %),

- grupowe praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 230 obiektów (74,2 %), pozytywnie oceniając wszystkie skontrolowane placówki.

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 908 placówkach tej grupy spośród 1815 ujętych w ewidencji (50 %). Przeważały wśród nich indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych (571 obiektów – 31,5 % ogółu skontrolowanych w omawianej grupie). Liczebność skontrolowanych obiektów w poszczególnych kategoriach była następująca:

- indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych – 571 obiektów (44,8 %),
- indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych – 126 obiektów (62,4 %),
- grupowe praktyki pielęgniarek i położnych – 211 obiektów (62,2 %).

Spośród skontrolowanych praktyk oceniono negatywnie pod względem sanitarnym 7,6 % grupowych praktyk pielęgniarek i położnych oraz 0,8 % indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych.

## **Podsumowanie**

1. Analiza stanu sanitarnego obiektów służby zdrowia wskazuje, że w 2008 r. nie uległ on zasadniczym zmianom w porównaniu z rokiem 2007. 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 4,0 %. Lepiej oceniane były indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarskie, w przypadku których obiekty w złym stanie sanitarnym stanowiły, analogicznie jak w roku ubiegłym, 0,8 % skontrolowanych.



2. Największy odsetek obiektów ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym – 20,3 % – odnotowano w grupie placówek szpitalnych, co wynika ze specyfiki tych obiektów oraz szczególnych wymagań w stosunku do nich.
3. 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.
4. Zdecydowana większość zakładów opieki zdrowotnej posiadała pozytywnie zaopiniowane programy dostosowujące obiekty do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2006 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*. Należy podkreślić, że wymagania te są wielostronne i 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**

W 2008 roku działalność kontrolna z zakresu higieny pracy realizowana była we wszystkich wojewódzkich oraz powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała bieżący nadzór nad higienicznymi warunkami pracy poprzez przeprowadzanie kontroli przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne środowiska pracy.

Funkcjonujące w stacjach sanitarno-epidemiologicznych komórki realizujące zadania z zakresu higieny pracy charakteryzowały się różnym umiejscowieniem w strukturze organizacyjnej stacji (działy, oddziały, sekcje, samodzielne stanowiska ds. nadzoru), i co z tym związane, różną liczbowo obsadą kadrową.

Wszystkie wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz 96 placówek szczebla powiatowego (30,2 % wszystkich powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych) posiadało bazę laboratoryjną do przeprowadzania badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy.

### **2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego**

Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2008 r. kontrolę przestrzegania przepisów m.in. z zakresu: bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy; wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy; przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich; występowania substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy; występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy; substancji i preparatów chemicznych, produktów biobójczych, detergentów, prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 oraz oceny ryzyka zawodowego.

W roku ubiegłym w ewidencji pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujętych było 111 239 zakładów pracy (110 650 w roku 2007), zatrudniających ogółem 4 437 569 pracowników. Podobnie jak w roku 2007 najwięcej pracowników zatrudnionych

było w następujących branżach:

- ochrona zdrowia i opieka społeczna – 443 677 zatrudnionych (443 230 w 2007 r.),
- przetwórstwo przemysłowe – 353 890 zatrudnionych (359 327 w 2007 r.),
- produkcja metalowych wyrobów gotowych z wyjątkiem maszyn i urządzeń – 214 478 zatrudnionych (202 295 w 2007 r.),
- budownictwo – 200 175 zatrudnionych (187 830 w 2007 r.).

**Tabela 7.1. Struktura podmiotów gospodarczych objętych ewidencją pionu higieny pracy w 2008 r. według liczby zatrudnionych**

Liczba zatrudnionych w zakładzie pracy	Liczba zakładów	Odsetek całkowitej liczby zakładów nadzorowanych przez pion higieny pracy w 2008 r.
Do 5	41 752	37,6 %
6 – 20	36 597	32,9 %
21 – 50	16 205	14,6 %
51 – 100	7922	7,2 %
101 – 250	5693	5,1 %
> 251	3070	2,6 %

W 2008 roku pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili łącznie 69 324 kontrole (74 108 kontroli w 2007 r.) w 44 850 zakładach pracy (46 558 w 2007 r.), łącznie nadzorem objęto 40,4 % zewidencjonowanych podmiotów. W zakładach objętych kontrolą zatrudnionych było łącznie 2 673 077 pracowników.

Analizując rodzaj branży wg Polskiej Klasyfikacji Działalności najwięcej kontroli przeprowadzono w następujących sekcjach: handlu hurtowym i komisowym, z wyjątkiem handlu pojazdami mechanicznymi i motocyklami; w przetwórstwie przemysłowym; w sprzedaży i naprawie pojazdów samochodowych i motocykli; sprzedaży detalicznej paliw do pojazdów samochodowych.

Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.

- nadzór nad substancjami i preparatami chemicznymi – 23 859 kontrole w 4748 obiektach zajmujących się obrotem substancjami i preparatami chemicznymi oraz w 15 580 obiektach stosujących substancje i preparaty chemiczne,
- nadzór nad prekursorami kategorii 2 i 3 – 1939 kontroli, w tym m.in. w 707 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,

- nadzór nad produktami biobójczymi – 3462 kontrole, w tym m.in. w 427 wprowadzających do obrotu produkty biobójcze,
- nadzór w zakresie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 3940 kontrole w 3048 obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – 11 741 kontrole w 8820 obiektach,
- nadzór nad detergentami – 360 kontrole w 269 obiektach.

W 7164 zakładach pracy objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej (6,4 % będących w ewidencji pionu higieny pracy) stwierdzono przekroczenia czynników szkodliwych dla zdrowia, co stanowiło 16 % skontrolowanych w 2008 r. zakładów pracy.

Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) najczęściej występowały w branżach:

- produkcji drewna i wyrobów z drewna – 1096 zakładów,
- produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 785 zakładów;
- przetwórstwie przemysłowym – 622 zakłady.

Ogółem w warunkach przekroczeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2008 r. pracowało 219 105 pracowników, z czego:

- w górnictwie i kopalnictwie – 38 444 pracowników,
- produkcji drewna i wyrobów z drewna – 19 946 pracowników,
- produkcji metalowych wyrobów gotowych – 19 090 pracowników,
- produkcji metali – 17 165 pracowników,
- produkcji mebli; działalności produkcyjnej, gdzie indziej niesklasyfikowanej – 13 620 pracowników.

W większości nadzorowanych zakładów czynnikiem szkodliwym środowiska pracy był ponadnormatywny hałas; w 2008 r. w narażeniu na ten czynnik zatrudnionych było 177 653 pracowników.

W celu ograniczenia narażenia w części zakładów w 2008 r. przeprowadzono modernizację, bądź wymianę maszyn, okresowe remonty posiadanego parku maszyn lub podzespołów, automatyzację procesów produkcyjnych, zmianę organizacji stanowisk pracy oraz inne działania organizacyjne, tj. ograniczenie czasu ekspozycji pracowników na czynnik szkodliwy, stosowanie przerw w pracy.

Poprzez działania administracyjno-egzekucyjne pracownicy nadzoru higieny pracy egzekwowali od pracodawców opracowanie, a następnie wdrażanie w życie programów działań organizacyjno-technicznych zmierzających do obniżenia hałasu. W przypadkach, 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. Pracodawcy zobowiązani zostali do terminowego przeprowadzania pomiarów środowiska pracy i kontrolowania poziomu natężenia czynnika szkodliwego oraz zapewnienia pracownikom właściwie dobranych ochronników słuchu.

Rutynowe działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przyczyniły się do poprawy warunków w zakresie przekroczeń NDS i NDN na 29 388 stanowiskach pracy.

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

- brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych 18,4 %,
- przekroczenia NDS i NDN 15,9 %,
- zły stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń 11,2 %,
- brak oceny ryzyka zawodowego 10,4 %,
- uchybienia w zakresie substancji i preparatów chemicznych 9,6 %,
- brak rejestru czynników szkodliwych 7,0 %,
- uchybienia w zakresie czynników biologicznych 5,9 %,
- brak aktualnych badań lekarskich 2,7 %,
- uchybienia w zakresie produktów biobójczych 0,8 %,
- uchybienia w zakresie stosowania i obrotu prekursorami 0,1 %.

W wyniku prowadzonego postępowania administracyjno-egzekucyjnego w 2008 r. w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydanych zostało 20 170 decyzji administracyjnych, zawierających 58 659 – nakazów m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – 10 720 nakazów,
- substancji i preparatów chemicznych – 5690 nakazów,
- oceny ryzyka zawodowego – 4589 nakazów,
- czynników biologicznych w środowisku pracy – 3981 nakazów,

- przekroczonych limitów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 3362 nakazy,
- substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 1071 nakazów,
- detergentów – 855 nakazów,
- produktów biobójczych – 357 nakazów,
- prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 – 84 nakazy,
- unieruchomienia stanowisk pracy – 11 nakazów,
- unieruchomienia zakładów – 1 nakaz.

Wydawane nakazy dotyczyły głównie:

- przeprowadzenia lub uaktualnienia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy,
- zapewnienia spisu stosowanych substancji i preparatów chemicznych, kart charakterystyk oraz ich oznakowania,
- wykonania i dokumentowania oceny ryzyka zawodowego z uwzględnieniem narażenia występującego w środowisku pracy,
- obniżenia przekroczonych limitów stężeń i natężeń; założenia, bądź uzupełnienia rejestrów badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
- właściwego oznakowania detergentów,
- uzyskania pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktu biobójczego,
- założenia lub uzupełnienia rejestrów związanych ze stosowaniem czynników rakotwórczych,
- wyposażania pracowników w odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej,
- uaktualnienia badań profilaktycznych pracowników.

W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w postępowaniu egzekucyjnym w 2008 r. wydanych zostało 447 postanowień o nałożeniu grzywny na kwotę 589 857 złotych. W roku objętym sprawozdawczością wyegzekwowano 243, w tym 73 postanowienia dotyczyły lat poprzednich. Mandaty karne nałożono w 174 przypadkach, łącznie na kwotę 36 600 złotych.

### 3. Choroby zawodowe

Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania dotyczące nadzoru nad warunkami pracy, prowadzi postępowanie administracyjne w sprawie występowania chorób zawodowych. W toku postępowania właściwy państwowy inspektor sanitarny wydaje imienną decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej bądź o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

W ramach prowadzonego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej postępowania administracyjnego w 2008 r. wpłynęło łącznie 7550 podejrzeń chorób zawodowych. W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 3633 decyzje o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 4082 decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. Łącznie w 2008 r. po uprawomocnieniu się decyzji stwierdzono 3554 choroby zawodowe.

Od decyzji wydanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w przedmiocie chorób zawodowych do organu II instancji wpłynęło 827 odwołań. Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydali 794 decyzje, z czego 399 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Do Naczelnego Sądu Administracyjnego wniesiono 37 skarg kasacyjnych.

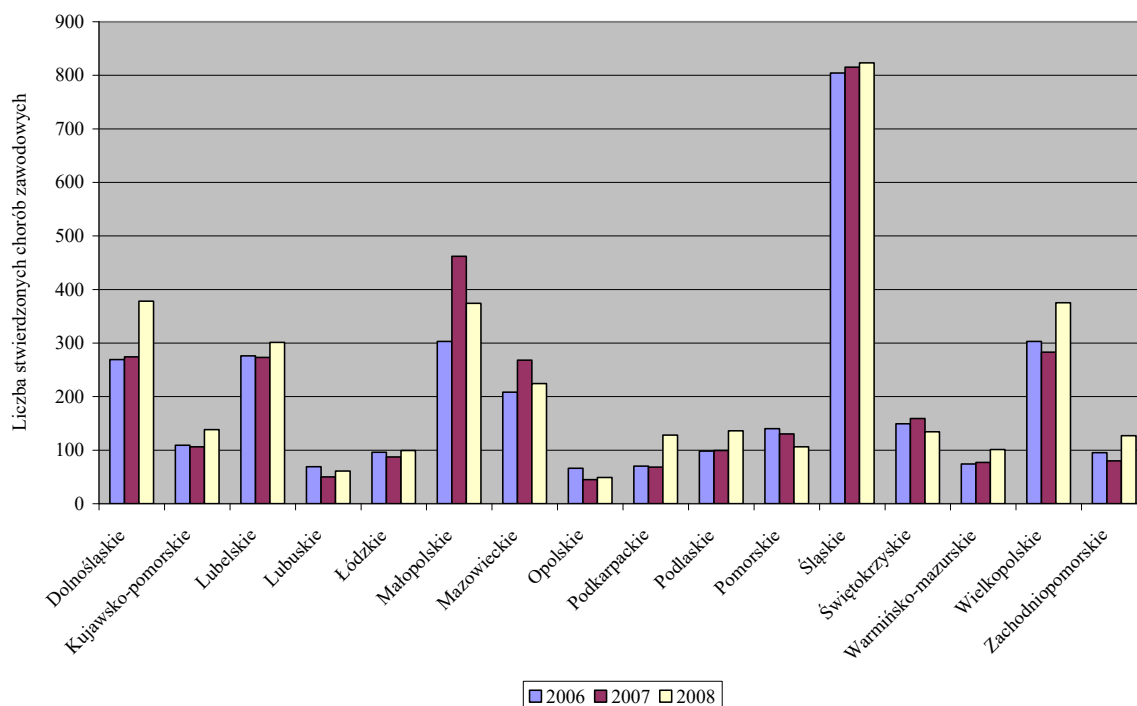
Do celów ustalenia orzeczenia w sprawie rozpoznania choroby zawodowej przez uprawnione placówki medyczne, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sporządzają oceny narażenia zawodowego u pracowników występujących o stwierdzenie choroby zawodowej, w oparciu o informacje dotyczące całkowitego przebiegu zatrudnienia w narażeniu na czynnik szkodliwy dla zdrowia, który może być przyczyną zaistnienia choroby zawodowej, bądź też w związku ze sposobem wykonywania pracy (nadmierny wysiłek głosowy, nadmierne przeciążenie układu ruchu itd.).

W 2008 r. dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze (950 przypadków), następnie przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat (816 stwierdzonych przypadków) oraz pylice płuc (239 przypadków). Schorzenia spowodowane narażeniem na ponadnormatywne wartości hałasu znalazły się na czwartym miejscu i wystąpiły w liczbie 230 przypadków.

Znaczący wśród chorób zakaźnych był udział boreliozy (73,7 % w 2008 r.; 43,4 % w 2007 r. oraz 52,5 % w 2006 r.) oraz WZW typu C (12,0 % w 2008 r.; 17,2 % w 2007 r. oraz 20,7 % w 2006 r.).

Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w porównaniu do 2007 r. uległa

zwiększeniu o 279 przypadków, natomiast w stosunku do 2006 r. – o 425 przypadków.



Ryc. 7.1. Liczba chorób zawodowych stwierdzonych w województwach w latach 2006 – 2008.

Szczegółowe dane dotyczące stwierdzonych chorób zawodowych opracowywane są przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w ramach Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych i opracowywanie analiz kształtowania się zapadalności na te choroby. Rejestr jest tworzony na podstawie kart stwierdzenia chorób zawodowych przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarno-epidemiologicznych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2008 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 310 848 oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych (w 2007 r. – 315 954 oznaczeń) dokonując oceny na 122 029 stanowiskach pracy, z czego na 27 727 wystąpiły przekroczenia wartości obowiązujących normatywów higienicznych NDS i NDN (22,7 % ogółu skontrolowanych pomiarów stanowisk pracy). W strukturze badań środowiskowych oznaczenia wykonane metodą dozymetrii indywidualnej stanowiły 19 % ogółu oznaczeń możliwych do wykonania tą metodą.



Laboratoria środowiska pracy wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych miały wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadały certyfikat akredytacji. Bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzenie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy dysponowało 96 placówek szczebla podstawowego, z czego 66 posiadających certyfikat akredytacji. Łącznie system zarządzania jakością wdrożony był w 76 placówkach laboratoryjnych szczebla podstawowego.

We wszystkich przypadkach przekroczeń obowiązujących normatywów higienicznych czynników szkodliwych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobowiązały pracodawców w drodze decyzji administracyjnej do usunięcia stwierdzonych uchybień w wyznaczonym terminie.

## **5. Podsumowanie**

W 2008 roku nastąpił wzrost zakładów pracy objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej – zarejestrowano 111 239 zakładów pracy, co w porównaniu z rokiem 2007 oznacza wzrost o 589 obiektów. Kontrolą objęto 44 850 zakładów pracy (40,4 % zakładów będących w ewidencji); w wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 20 170 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych. Największy odsetek uchybień stwierdzonych w kontrolowanych zakładach stanowił brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 18,4 % (w 2007r. – 18,0 %).

W porównaniu z 2007 r. wzrósł odsetek stwierdzonych uchybień w zakresie stwierdzonych przekroczeń normatywów higienicznych (15,6 % do 15,9 %). Stwierdzono również wzrost liczby stwierdzonych chorób zawodowych o 279 przypadków. W działalności kontrolnej organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej stosowane były w skali całego kraju ujednolicone procedury kontroli oraz ich dokumentowanie.

## 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 w oparciu o art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276, z późn. zm),
- w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz.

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-leczniczym, w tym prowadzenie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów nowopowstałych lub modernizowanych jednostek stosujących aparaty rtg,
- 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**

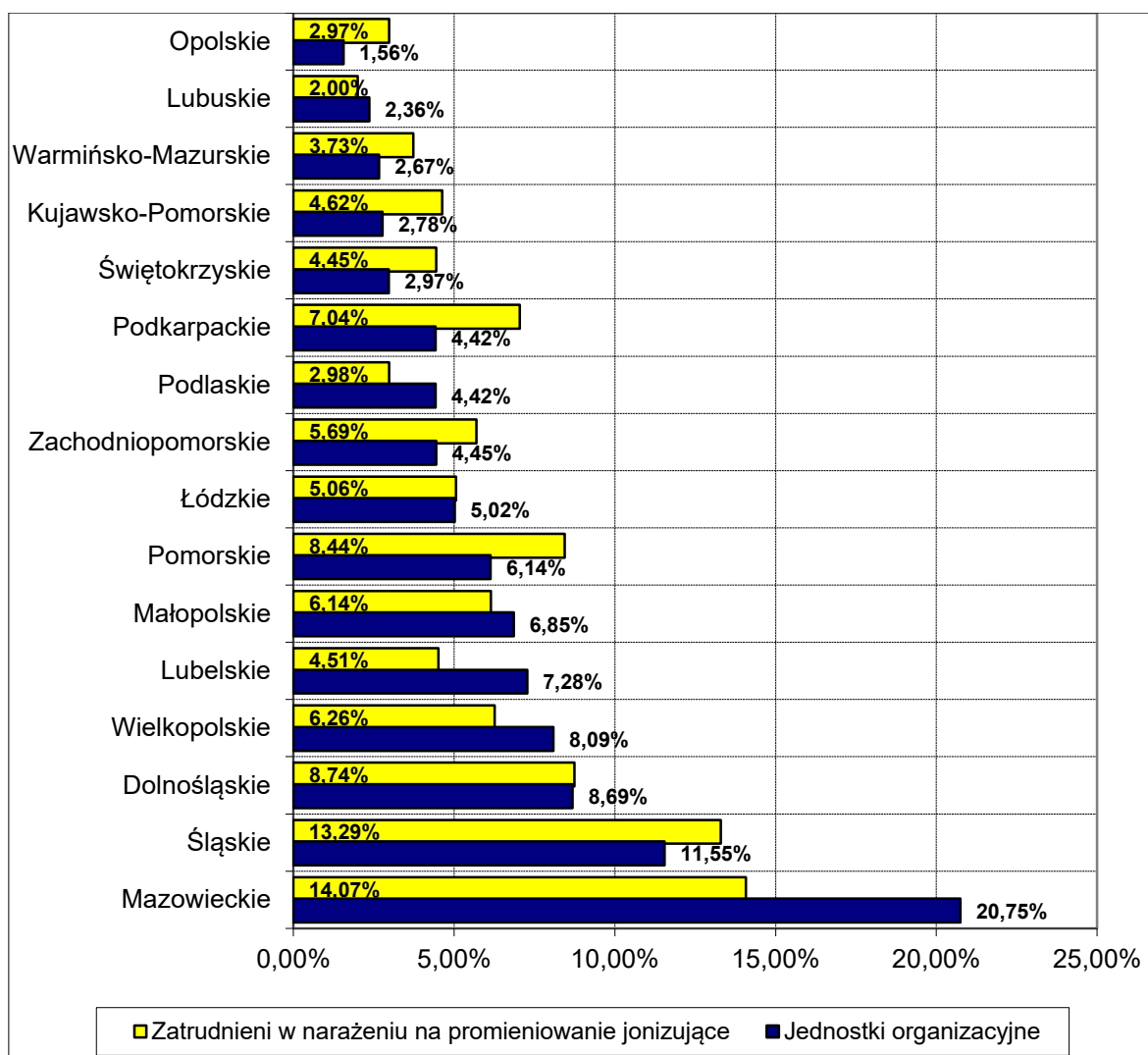
W 2008 roku nadzorem objęte były 9222 jednostki prowadzące działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego (w 2007 – 8904 jednostek, a w 2006 roku – 7607 jednostek). Przeprowadzono 3339 kontroli jednostek (2845 kontroli w roku 2007, 2628 kontroli w roku 2006), w których były zatrudnione 34793 osoby pracujące w narażeniu na promieniowanie jonizujące (w latach ubiegłych zatrudnionych było odpowiednio: 32 000 w 2007 r., 33 726 w 2006 r.).

Według danych z 2008 r. kontrolą dawek indywidualnych objęte były 33 054 osoby, z czego 1321 osób w narażeniu kategorii „A” (kategoria A – narażenie na dawkę skuteczną przekraczającą 6 mSv/rok), 33 472 osoby pracujące w narażeniu kategorii „B” (kategoria B – narażenie na dawkę skuteczną przekraczającą 1 mSv/rok), nie zanotowano przekroczenia limitów dawek granicznych.

U zdecydowanej większości zawodowo narażonej grupy na promieniowanie rtg dawka na całe ciało wyniosła poniżej 1 mSv, tj. poziomu dawki granicznej określonej dla populacji, a także od dawki wynikającej z promieniowania naturalnego, które szacuje się na poziomie 2,4 mSv na mieszkańca naszego kraju.

W porównaniu z latami poprzednimi średnie parametry u populacji zawodowo narażonej na promieniowanie rtg nie uległy istotnym zmianom.

Na Ryc. 8.1 przedstawiono procentowy rozkład jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego oraz zatrudnienie w narażeniu na promieniowanie jonizujące z podziałem na poszczególne województwa.



Ryc. 8.1. Procentowy rozkład w podziale na województwa jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego w celach medycznych oraz pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej wydano 660 decyzji i zaleceń pokontrolnych dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym (odpowiednio 550 decyzji w roku 2007 i 544 decyzje w roku 2006). Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości to:

- brak systemu zarządzania jakością – 324,
- niewłaściwa dokumentacja – 281,
- brak szkoleń z zakresu bhp pracowników oraz zatrudnienie pracowników bez aktualnych orzeczeń lekarskich – 213.

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. Nr 239, poz. 1737), w roku 2008 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 23 jednostki,
- powoływanie na wniosek jednostek komisji egzaminacyjnych; w roku 2008 powołano blisko 20 takich komisji,
- wydawanie uprawnień wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków; wydano ok. 700 takich uprawnień.

Ponadto przed wydaniem zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu rtg oraz na uruchomienie pracowni rtg (w roku 2008 wydano w sumie ponad 2900 zezwoleń), ocenie w zakresie ochrony radiologicznej poddawane są projekty osłon stałych, w których uwzględnia się planowane stanowiska pracy. Przy tej ocenie bierze się pod uwagę wartości dawek granicznych. Takie postępowanie przyczynia się do minimalizowania narażenia pracowników na kontakt z promieniowaniem jonizującym.

### **3. Ochrona radiologiczna pacjenta**

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez:

- wykonywanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury rtg – w roku 2008 Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonała blisko 1000 testów jakości aparatów rentgenowskich,
- sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury rtg – z 3739 skontrolowanych aparatów nieprowadzenie kontroli jakości stwierdzono w 873 przypadkach, wykonywanie ekspozycji mimo negatywnych wyników kontroli jakości stwierdzono w 140 przypadkach.

Ponadto w 7 przypadkach stwierdzono, iż ekspozycje wykonuje personel nieuprawniony.

### **4. Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy**

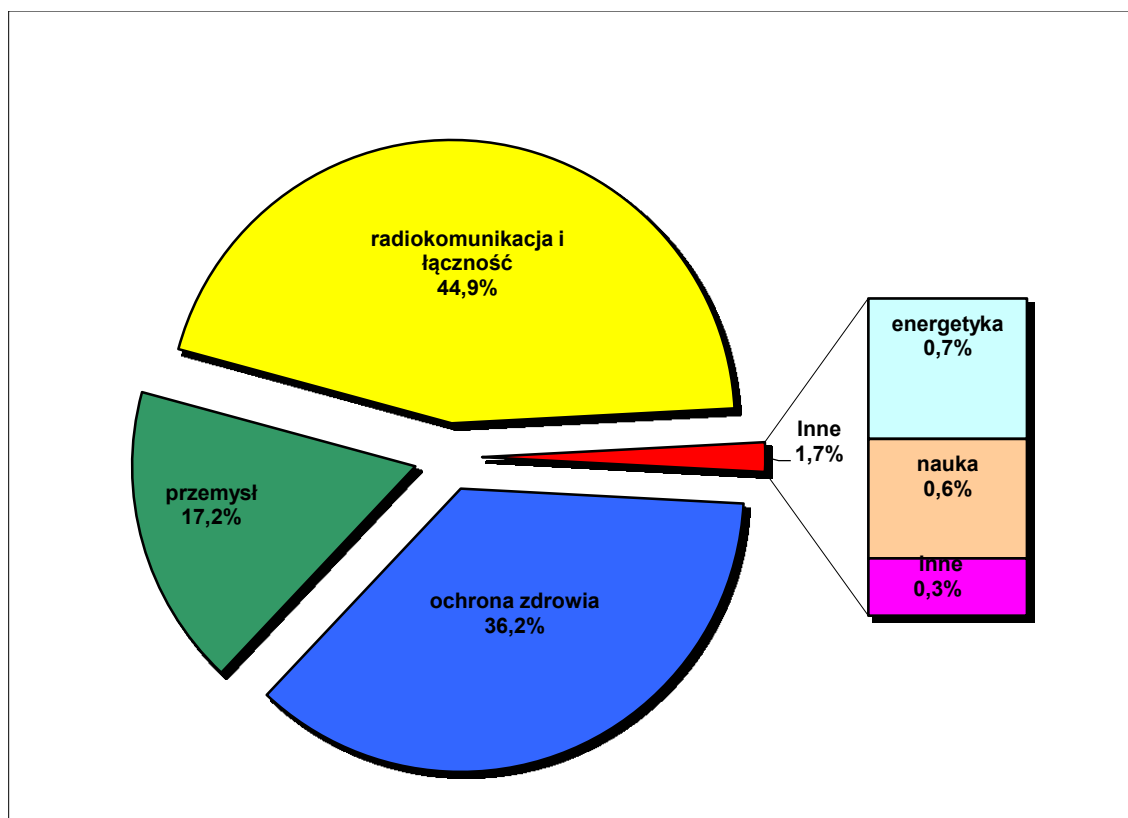
W roku 2008 kontynuowano zbieranie danych z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi 0 Hz-300 GHz w środowisku pracy. Wyniki analizy tych danych przedstawiają się następująco:

- w roku 2008 objęto nadzorem 1012 zakładów pracy na 5223 będących w ewidencji (w roku 2007– 1002 objętych nadzorem na 5314 będących w ewidencji, w roku 2006 – 1104 objętych nadzorem na 5523 będących w ewidencji),
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wynosi 23 426 (w 2007 r. – 22 902, w 2006 r. – 20 074 urządzenia).

W ochronie zdrowia skontrolowano 769 zakładów na 2609 będących w ewidencji, w energetyce 6 na 19, w przemyśle 195 na 929, w radiokomunikacji i łączności 31 na 1602, w nauce 10 na 37, oraz 1 na 30 zewidencjonowanych jako inne. Łącznie skontrolowano 4740 urządzenia. Rozkład procentowy urządzeń znajdujących się w ewidencji z podziałem na dziedzinę zastosowań zobrażowano na Ryc. 8.2.

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

- w ochronie zdrowia 28 564 (31 140 w 2007 r., 23 556 w 2006 r.),
- w energetyce 62 (196 w 2007 r., 383 w 2006 r.),
- w przemyśle 4677 (6214 w 2007 r., 4315 w 2006 r.),
- w radiokomunikacji i łączności 2236 (1851 w 2007 r., 1134 w 2006 r.),
- w nauce 100 (57 w 2007 r., 54 w 2006 r.),
- sklasyfikowanych jako inne 147 (139 w 2007 r., 173 w roku 2006).



Ryc. 8.2. Rozkład procentowy urządzeń wytwarzających PEM

Na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. Nr 217, poz. 1833, z późn. zm.) 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 287 osób (102 w roku 2007, 308 w roku 2006, 204 w roku 2005). Spośród 287 osób, które podlegały ekspozycji niedopuszczalnej, 172 były zatrudnione w ochronie zdrowia (z czego 152 pracujące przy aparatach do elektrochirurgii), a 115 w przemyśle (z czego 64 pracujących przy zgrzewarkach, 34 przy urządzeniach indukcyjnych). Dla 2969 osób, w tym 2281 zatrudnionych w ochronie zdrowia, wskaźnik ekspozycji **W** zawierał się w przedziale 0,5 – 1 (odpowiednio 2766 w 2007 r., 2534 w 2006 r. i 2810 osób w 2005 r.). Dla 22 074 osób (24 728 w 2007 r., 20 859 w 2005 r., 21 505 w 2004 r.) wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie ochrony przed polami elektromagnetycznymi wydano 182 decyzje dotyczące usunięcia nieprawidłowości (odpowiednio 183 decyzje w roku 2007 i 202 decyzje w roku 2006). Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami były:

- brak lub nieaktualne wyniki pomiarów rozkładu pola elektromagnetycznego na stanowiskach pracy – 47 %,
- brak lub nieprawidłowe oznakowanie stref ochronnych oraz brak oznakowania źródeł pól e-m zgodnie z normami PN-T-06580:3 i PN-74/T-06260 – 35 %,
- brak szkoleń pracowników z zakresu bhp przy pracy w polu e-m oraz brak aktualnych orzeczeń lekarskich osób pracujących w strefach ochronnych – 18 %.

## **5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych**

Zgodnie z art. 63 ust. 2 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* (Dz.U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276, z późn. zm.) nadzór i kontrolę w zakresie przestrzegania warunków bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej w zakładach stosujących źródła izotopowe i urządzenia techniki jądowej sprawują organy dozoru jądowego podległe Prezesowi Państwowej Agencji Atomistyki. W związku z powyższym nadzór w tym zakresie prowadzony przez pion higieny radiacyjnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej 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.

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 2008 w placówkach tych wykonano łącznie 2056 oznaczeń Cs - 137, ponad 120 oznaczeń Sr - 90, oraz 5348 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 116 oznaczeń Cs - 137 metodą radiochemiczną oraz 298 oznaczeń Cs - 137 metodą spektrometryczną.

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

Przekroczenie dopuszczalnych wartości stwierdzono w trzech próbkach:

- w województwie opolskim: 2 próbkach świeżych podgrzybków, pochodzących z rejonu obszaru anomalnego Szumirad, dla których wyniki oznaczeń wyniosły odpowiednio 1024,4 Bq/kg oraz 735,4 Bq/kg,
- w województwie kujawsko-pomorskim: jedna próbka jagód mrożonych dostarczona przez producenta przed wprowadzeniem do obrotu, dla której wynik oznaczenia wyniósł 1380 Bq/kg.

## 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**

### **1. Informacje wstępne**

W roku 2008 pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach nadzoru nad warunkami pobytu dzieci i młodzieży w placówkach nauki i wychowania, skontrolowali ogółem 31 825 (87,12%) szkół i innych placówek oświatowo-wychowawczych spośród 36 529 znajdujących się w ewidencji. W tym skontrolowano 345 żłobków, 7295 przedszkoli oraz 19 263 szkół. W skontrolowanych placówkach przebywało łącznie 6 960 010 dzieci i młodzieży.

Ponadto przeprowadzono:

- 10 967 kontroli 7347 placówek letniego i zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży,
- 509 kontroli w szkołach wyższych, mieszczących się w 1150 obiektach.

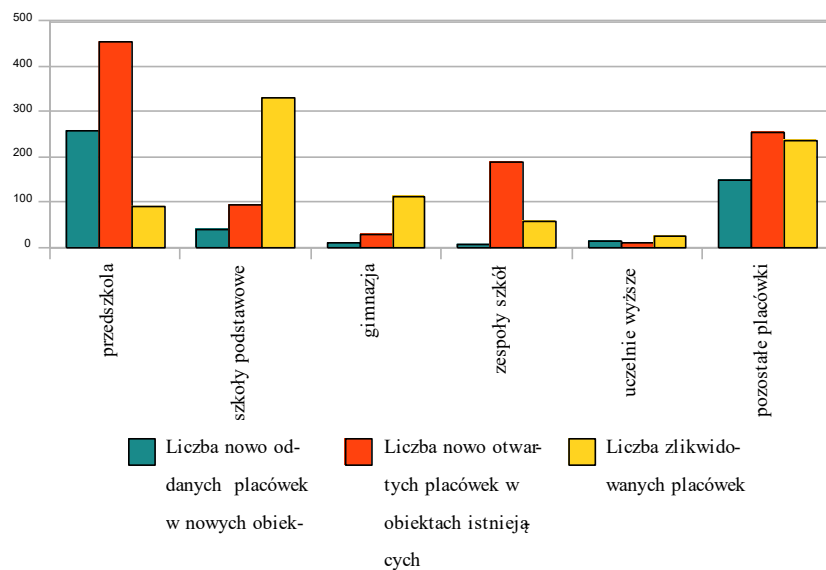
W wyniku przeprowadzonych kontroli wydano 11 911 decyzji administracyjnych oraz nałożono 240 mandatów na kwotę 38 500 PLN.

### **2. Funkcjonalność budynków**

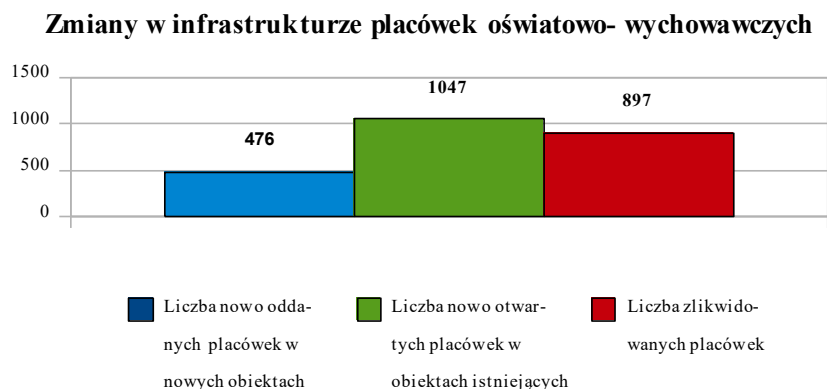
W porównaniu z poprzednimi latami, w coraz mniejszym stopniu funkcjonują obiekty nieprzystosowane do procesów nauczania i wychowania. Spośród skontrolowanych ogółem szkół, w 394 placówkach (2,05 %) zajęcia odbywały się w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania (w 2007r. – 2,4 %, w 2005 r. – 2,7 %, w 2004 r. – w 3,2 % szkół).

Użytkowanie obiektów nieprzystosowanych do procesu nauczania i wychowania dotyczyło w największym stopniu liceów profilowanych, z których 7,69% mieściło się w takich budynkach. Problem ten dotyczył także 6,67% średnich szkół zawodowych, oraz 2,90 % żłobków i 2,97 % przedszkoli.

W roku 2008 oddano 476 placówek w nowych obiektach (w tym 1 żłobek, 258 przedszkoli, 38 szkół podstawowych), a w istniejących już obiektach uruchomiono 1047 placówek różnego rodzaju (w tym 187 zespołów szkół, 454 przedszkola, 4 żłobki, 187 zespołów szkół). W tym samym okresie zlikwidowano 897 placówek (331 szkół podstawowych, 191 przedszkoli, 112 gimnazjów).



Ryc.9.1. Zmiany w infrastrukturze według rodzajów placówek

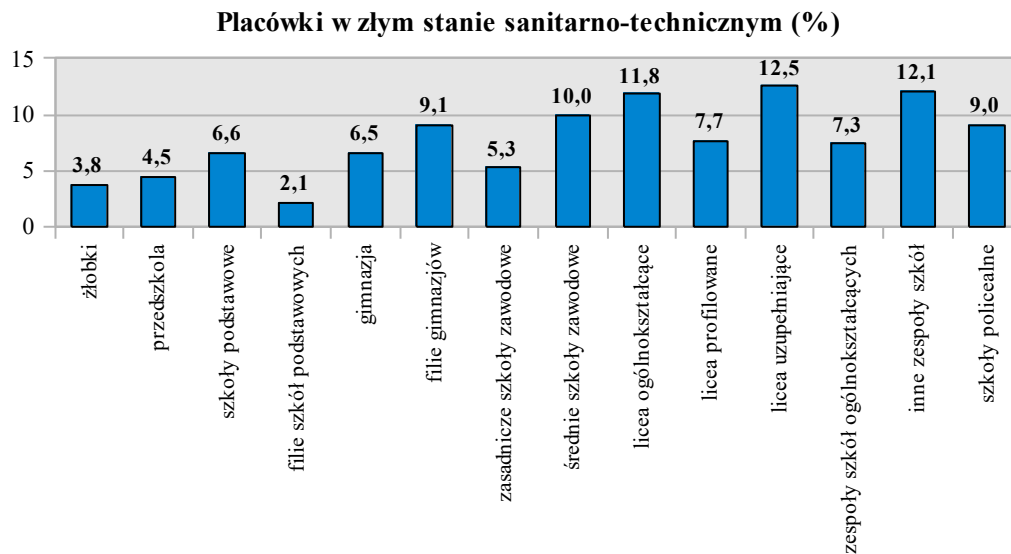


Ryc.9.2. Zmiany w infrastrukturze placówek oświatowo-wychowawczych

### 3. Stan techniczny oraz sanitarny budynków

Oceniając stan sanitarno-techniczny obiektów nauczania i wychowania w roku 2008 nie stwierdzono poprawy w stosunku do lat poprzednich.

Zły stan sanitarno techniczny odnotowano w 1455 placówkach, co stanowiło 7,55 % wszystkich skontrolowanych (w 2007 r. – 7,9 % szkół, w 2006 r. – 7 %, w 2005 r.– w 7,4 %).



Ryc. 9.3. Odsetek placówek oświatowo-wychowawczych w złym stanie sanitarno-technicznym

W analizowanym okresie przeprowadzono remonty generalne w 1725 placówkach, w tym m.in. wyremontowano 572 szkół podstawowych, 487 zespołów szkół, 236 przedszkoli. W roku poprzedzającym wykonywano zdecydowanie mniej remontów: z 974 ogółem, dostosowano 344 szkoły podstawowe, 133 przedszkola, 277 zespoły szkół.

Zły stan sanitarny budynków stwierdzono w przypadku niewielkiej części szkół – 0,3 %, podobnie jak w latach ubiegłych.

#### 4. Wodociągi i kanalizacja

W 4,35 % (w 2007 r. – 5,3 %) skontrolowanych placówek stwierdzono niedostateczne warunki do utrzymania higieny.

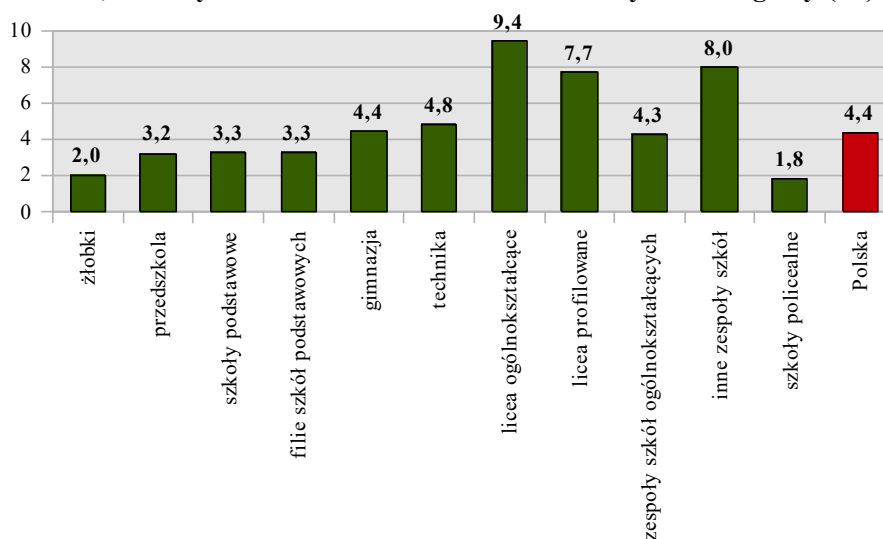
Ogółem 9 szkół nie posiadało podłączenia do sieci wodociągowej, a 23 nie miało kanalizacji. Najgorsza sytuacja miała miejsce wśród szkół podstawowych (5 bez wodociągu

i 17 bez kanalizacji).

W 753 szkołach (3,9 %) (w 2007 r. – 4,5 %; w 2005 r. – 5,2 %) odnotowano ponadnormatywną liczbę uczniów przypadającą na urządzenia ustępowe. Niespełnianie wymogu dostatecznej dostępności toalet z powodu nadmiernej liczby uczniów stwierdzano najczęściej w:

- liceach ogólnokształcących 9,14 % (w 2007r. – 9,6 %),
- zespołach szkół ponadgimnazjalnych 7,78 % (w 2007 r. – 7,8 %),
- liceach profilowanych 7,69 % (w 2007 r. – 6,7 %),
- technikach 4,76 % (w 2007 r. – 5,6 %),
- gimnazjach 4,29 % (w 2007 r. – 5 %),
- oraz w szkołach podstawowych 2,62 % (w 2007 r. – 3,1 %).

Placówki, w których stwierdzono złe warunki do utrzymania higieny (%)



Ryc. 9.4. Odsetek placówek oświatowo-wychowawczych, w których stwierdzono złe warunki do utrzymania higieny

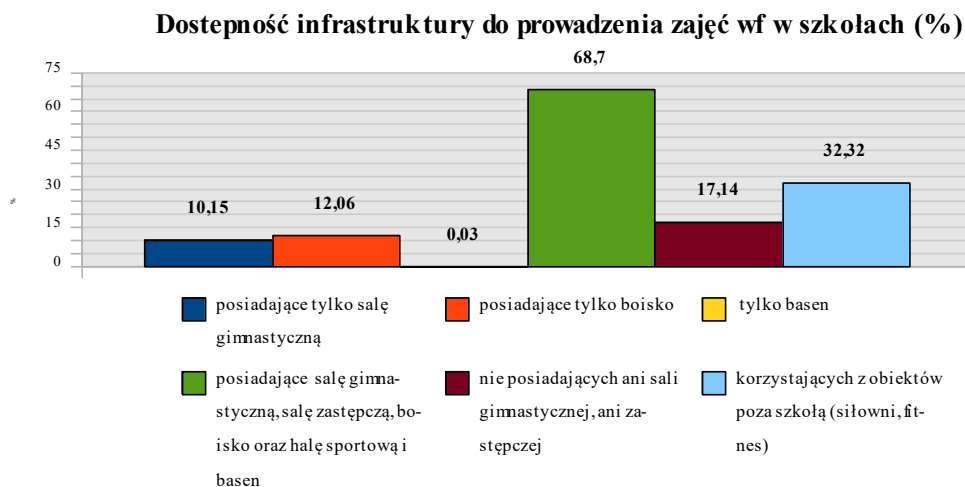
Ubikacje zewnętrzne posiadały 52 (0,27 %) skontrolowane szkoły (w 2007 – 83), z czego 36 to szkoły podstawowe i 8 zespołów szkół. Decyzje administracyjne wydane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczące jakości wody pitnej dotyczyły 1295 placówek nauczania i wychowania.

## 5. Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

Pełną infrastrukturę do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego, czyli salę gimnastyczną, salę zastępczą, boisko, a także halę sportową lub basen posiadało 68 %

placówek.

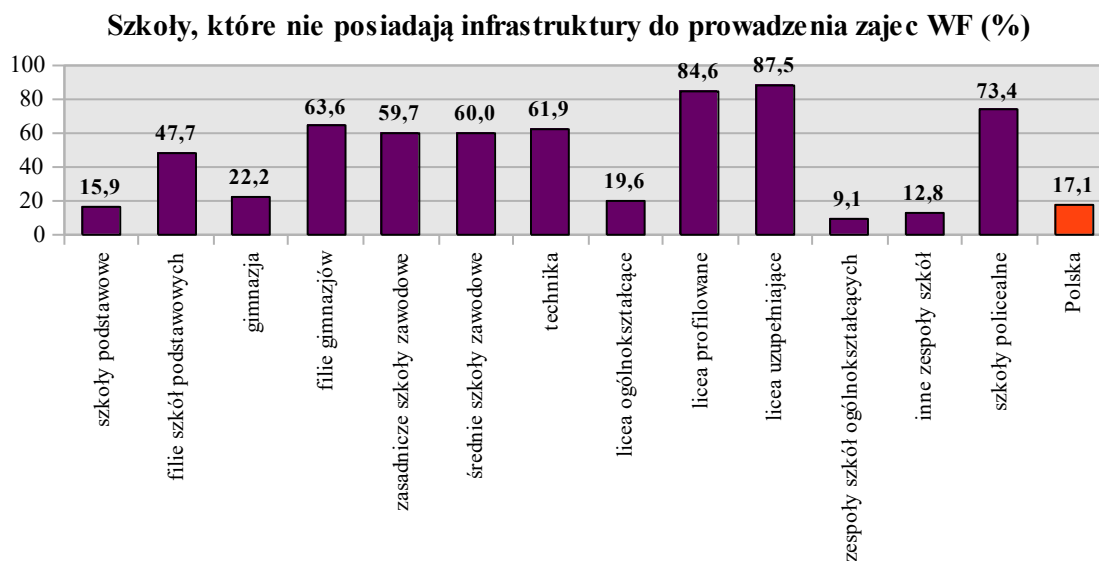
Ryc. 9.5. Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego w szkołach



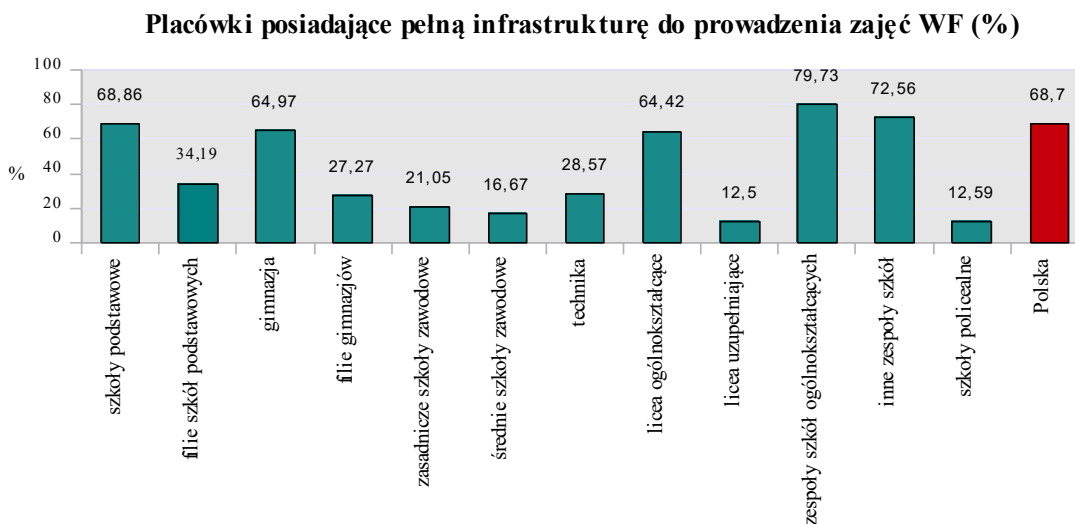
Odnotowano poprawę w szkołach pod względem posiadania pełnej infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego. Zastrzeżenia Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dalszym ciągu budziła niedostateczna liczba sal gimnastycznych, pomimo faktu, iż w 387 placówkach przeprowadzono modernizację bloków sportowych i oddano do użytku 374 nowych obiektów sportowych.

W szkołach, w których nie było sali gimnastycznej, zajęcia odbywały się na korytarzach lub w salach lekcyjnych. Ogółem odnotowano 3302 (17,14 %) szkoły nie posiadające ani sali gimnastycznej, ani rekreacyjnej (19,3 % w 2006 r.; 18,8 % w 2005 r.; 25,4 % w 2004 r.). Oceniając placówki pod kątem posiadania infrastruktury do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stwierdzono, że 15,86 % szkół podstawowych, oraz 47,67 % filii szkół podstawowych nie posiadało sali gimnastycznej ani boiska. To samo dotyczyło 22,23 % gimnazjów, 63,64 % filii gimnazjów, 59,65% zasadniczych zawodowych, 60,00 % średnich zawodowych oraz 19,55 % liceów ogólnokształcących, 84,62 % liceów profilowanych, 87,50 % liceów uzupełniających, 61,90 % techników, 9,13 % zespołów szkół podstawowych, 12,84 % zespołów szkół ponadgimnazjalnych oraz 73,38% szkół policealnych.

Ryc. 9.6. Odsetek szkół bez infrastruktury do prowadzenia zajęć WF



Pod względem posiadania pełnej infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego, najkorzystniejszą sytuacją przedstawiała się w zespołach szkół ogólnokształcących (79,73 %). Ogółem 13 095 – 71,3 % (62,8 % w roku ubiegłym) szkół posiadało pełną infrastrukturę do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego (placówki posiadające salę gimnastyczną, zastępczą i boisko lub halę sportową).



Ryc. 9.7. Odsetek szkół posiadających pełną infrastrukturę do prowadzenia zajęć WF

W 2008 r. oddano do użytku 374 nowe obiekty sportowe, najwięcej w zespołach szkół – 140 i w szkołach podstawowych – 122. W 387 placówkach przeprowadzono modernizację bloków sportowych, unowocześniając istniejącą infrastrukturę, w tym uruchamiając ponownie natryski. Część szkół korzystała z bazy sportowej poza terenem własnej placówki.

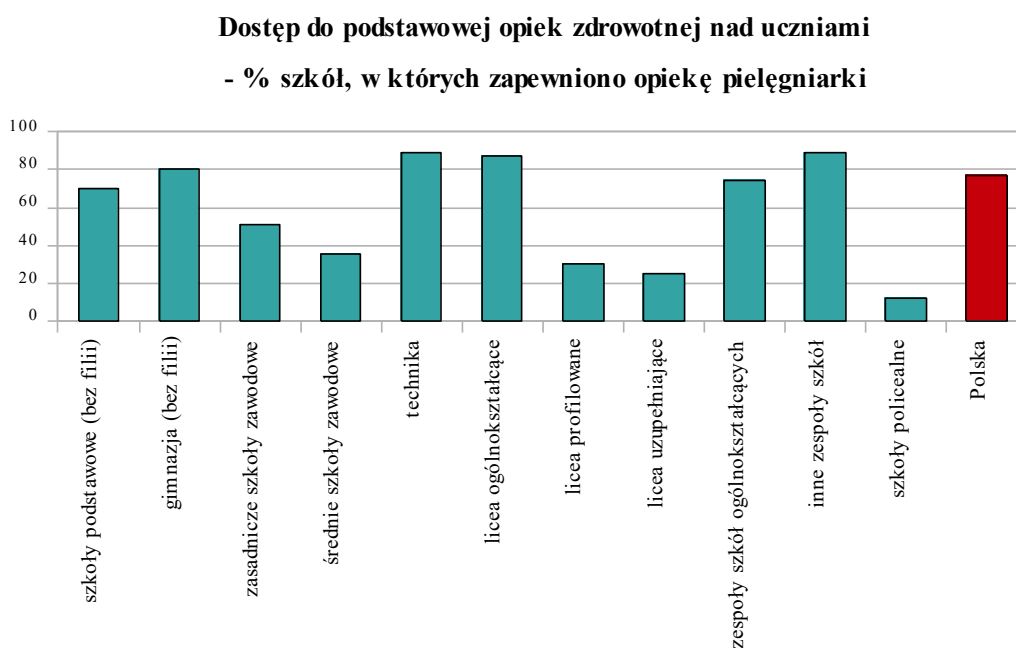
Podczas kontroli w 2008 r. oceniono również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po odbytych zajęciach sportowych. Wśród skontrolowanych placówek, 69 % z salami gimnastycznymi posiadało czynne natryski z ciepłą wodą, lecz używane były one tylko po dodatkowych zajęciach. 24 % placówek, mimo posiadania czynnych natrysków, nie udostępniała ich uczniom, a w 7 % szkół natryski były nieczynne. Nieczynne natryski wykorzystywane są często przez szkoły jako magazynki lub w innych celach.

## 6. Opieka medyczna

W 2008 r. stwierdzono nieznaczny spadek liczby szkół posiadających gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej. Ogółem odnotowano 43 % szkół (47,8 % w 2007 r.; 45,9 % w 2006 r.; 44,4 %, w 2005 r.; 42,8 % szkół w 2004 r.) posiadających gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Oceniając dostęp do profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach, stwierdzono, że realizowana jest przez pielęgniarki w 76,6% szkół. Opieki takiej nie zapewniły w żadnym stopniu technika uzupełniające, a w szkołach policealnych średni dostęp wyniósł jedynie 12,2 %.

Ponadto część szkół zapewniła ponadstandardową opiekę stomatologiczną (5,46 % szkół) oraz lekarską (9,72 % placówek). W omawianym zakresie nie odnotowano istotnych zmian w odniesieniu do roku poprzedniego.



Ryc. 9.8. Odsetek szkół z zapewnioną opieką pielęgniarską

## **7. Dożywianie dzieci i młodzieży**

W 2008 r. skontrolowano szkoły podstawowe i gimnazja pod kątem prowadzonego dożywiania dzieci i młodzieży. W placówkach uruchomiono 335 nowych bloków żywienia (228 w 2007 r.) oraz zmodernizowano 575 bloków (625 w 2007 r.).

Ciepłe posiłki (jedno lub dwudaniowe) wydawano w 66,5 % ww. szkół, w tym wyłącznie posiłek jednodaniowy – w 47,9 % (31,2 % w 2007 r.), a skorzystało z nich ogółem 1 014 587 dzieci i młodzieży.

17,7 % szkół organizowało śniadania dla 115 911 dzieci. Mając na uwadze fakt, iż duża liczba dzieci nie ma zapewnionego w domu obiadu, a także nie spożywa przed wyjściem do szkoły śniadania, szkoły dofinansowały posiłek dla 556 067 uczniów (617 667 w 2007 r.).

Napój otrzymywało 988 699 uczniów (632 662 w 2007 r.) w 46,3 % szkół podstawowych i gimnazjów.

Można zauważyć trend zwiększania się liczby uczniów korzystających z napojów, co jest niezwykle korzystnym zjawiskiem. Równocześnie stale maleje liczba uczniów spożywających ciepłe posiłki, w tym dotowane.



Tabela 9.1. Dożywianie dzieci i młodzieży w szkołach podstawowych i gimnazjach

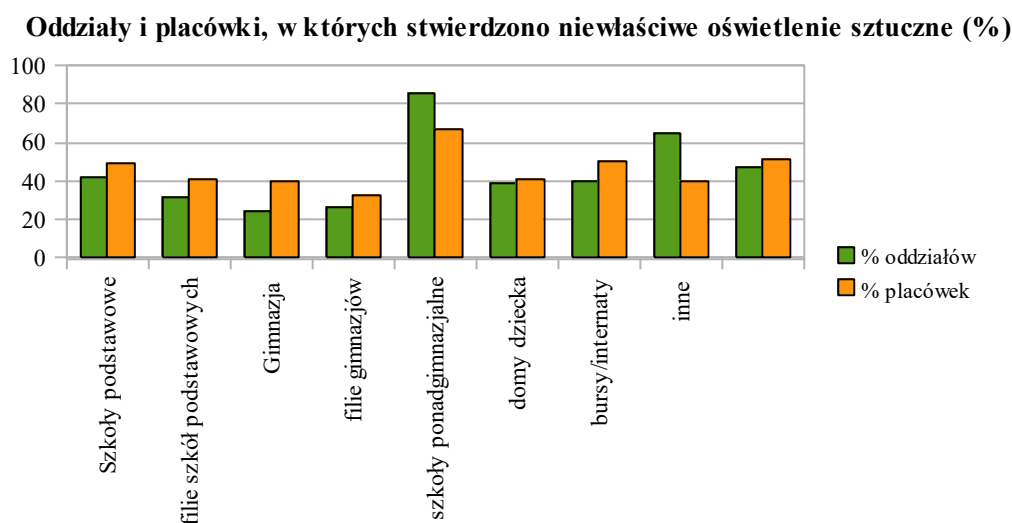
Rodzaje placówek	Liczba placówek skontrolowanych	Liczba placówek skontrolowanych, w których stwierdzono:								Liczba dzieci i młodzieży korzystających z posiłków dofinansowanych
		Wydawanie ciepłych posiłków				Organizowanie śniadań szkolnych*		Podawanie napoju**		
		Odsetek placówek wydających		liczba korzystających dzieci i młodzieży		Odsetek placówek	liczba korzystających	Odsetek placówek	liczba korzystających	
		ogółem	w tym wyłącznie posiłki jednodaniowe	z pełnych obiadów	z posiłków z jednodaniowych					
Szkoły podstawowe	8774	64,2	51,5	309714	197901	21,9	67125	50,4	515351	279772
Filie szkół podstawowych	425	28,0	76,5	692	1739	28,9	2018	56,5	7463	3689
Gimnazja	2630	73,5	40,2	94509	58491	11,0	11942	15,2	40055	92198
Filie gimnazjów	11	72,7	75,0	101	145	27,3	113	18,2	129	271
Szkoły podstawowe i gimnazja funkcjonujące w zespołach szkół	5234	70,6	46,4	177379	155410	13,4	32890	42,0	242494	171202
<b>Razem</b>	17285	66,5	47,9	596212	418375	17,7	115911	46,3	988699	556067

\* kiedy śniadania zapewnia szkoła, a nie tylko udostępnia miejsce

\*\* nie uwzględniono napoju należącego do zestawu obiadowego oraz napoju kupowanego w bufecie lub sklepiku szkolnym - tylko napoje zapewniane przez szkołę w tym: mleko, sok, woda mineralna, herbata lub kompot

## 8. Oświetlenie

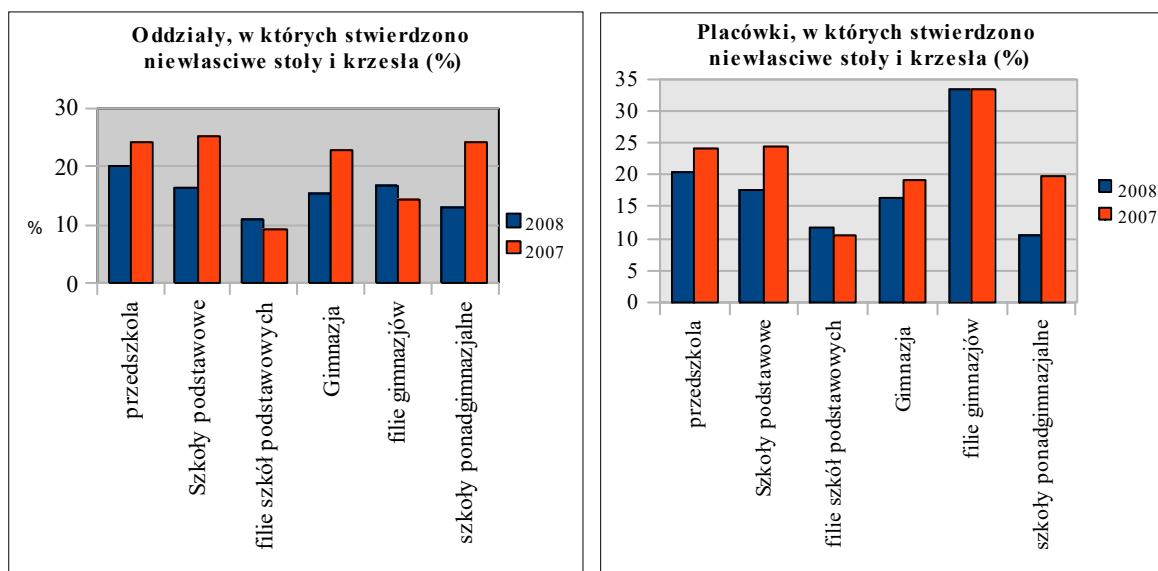
Pomiary sztucznego oświetlenia wykonane w wybranych placówkach przez Państwową Inspekcję Sanitarną wykazały w wielu przypadkach niezgodność z wymogami Polskich Norm, co ilustruje Ryc. 9.9.



Ryc. 9.9. Odsetek placówek z niewłaściwym sztucznym oświetleniem

## 9. Ergonomia w szkole

W zakresie użytkowania mebli szkolnych dostosowanych do wzrostu dzieci i młodzieży stwierdzono, iż szkoły z roku na rok nabywają umiejętności w prawidłowym dostosowaniu mebli do wysokości uczniów.



Ryc. 9.10. Odsetek placówek i oddziałów, w których stwierdzono niewłaściwe stoły i krzesła w latach 2007-2008

## 10. Rozkłady zajęć szkolnych

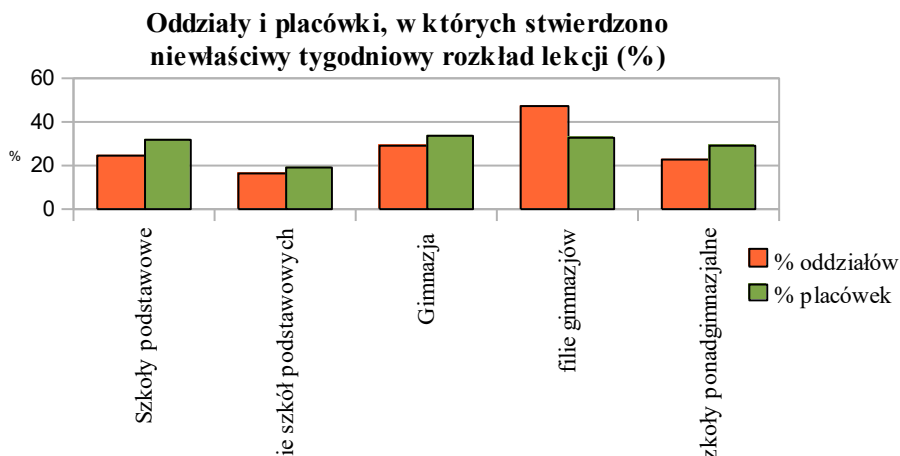
Na właściwy rozwój ucznia wpływa m.in. organizacja procesów nauczania i wychowania w szkołach, zwłaszcza zaś planowanie nauki i odpoczynku.

W roku 2008 stwierdzono niezgodność tygodniowego rozkładu zajęć lekcyjnych z przepisami prawnymi oraz z zasadami higieny w:

- 24,86 % oddziałów w 31,90 % skontrolowanych szkół podstawowych,
- 16,25 % oddziałów w 19,233 % skontrolowanych filii szkół podstawowych,
- 29,57 % oddziałów w 33,89 % skontrolowanych gimnazjów,
- 47,83 % oddziałów w 33,33 % skontrolowanych filii gimnazjów,
- 23,11 % oddziałów w 29,13 % skontrolowanych szkół ponadgimnazjalnych.

Stwierdzane corocznie, podczas oceny higienicznego rozkładu lekcji, nieprawidłowości dotyczyły:

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



Ryc.9.11. Odsetek placówek i oddziałów ze stwierdzonym niewłaściwym tygodniowym rozkładem zajęć

## 11. Substancje i preparaty chemiczne w szkolnych pracowniach chemicznych

Spośród 17 475 skontrolowanych szkół, 3990 szkół (22,83 %) w swoich pracowniach chemicznych posiadało substancje i preparaty chemiczne. Ilość posiadanych przez ww. szkoły substancji i preparatów niebezpiecznych wyniosła 52 651,23 kg, w tym przeterminowanych 12 336,07 kg (18 068,35 kg w roku ubiegłym, w 2006 r. – 26 287,32 kg).

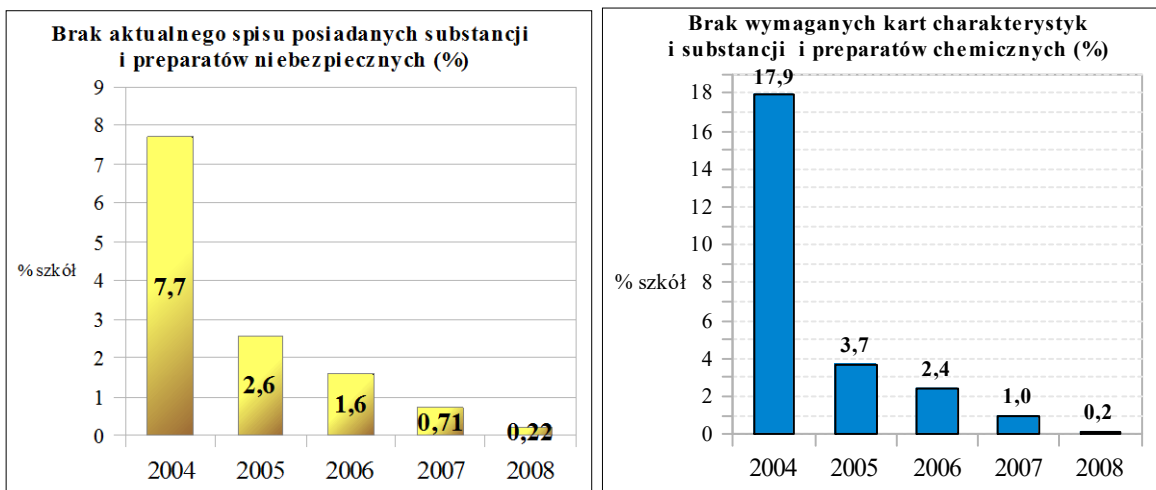


Ryc. 9.12. Ilość przeterminowanych substancji i preparatów niebezpiecznych w szkolnych pracowniach chemicznych

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolując szkoły pod kątem posiadanych substancji i preparatów niebezpiecznych stwierdzili:

- brak aktualnego spisu posiadanych substancji i preparatów niebezpiecznych – w 0,22 % szkół (0,71 % szkół w 2007 r.; 1,6 % szkół w 2006 r.),
- brak wymaganych kart charakterystyki substancji i preparatów chemicznych – w 0,16 % szkół (1 % szkół w 2007 r.; 2,4 % szkół w 2006 r.),

- brak oznakowania bądź oznakowanie niezgodne z przepisami – w 0,35% szkół (2,07 % szkół w 2007 r.; 3,4 % szkół w 2006 r.),
- przechowywanie substancji i preparatów niebezpiecznych w niezamkniętych pomieszczeniach – w 0,09 % szkół (0,32 % szkół w 2007 r.; 0,6 % szkół w 2006 r.).



Ryc. 9.13. Wybrane nieprawidłowości w zakresie substancji i preparatów chemicznych w szkolnych pracowniach chemicznych w latach 2004-2008

Należy podkreślić, iż w wyniku prowadzonych w tym zakresie systematycznych kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w porównaniu z rokiem 2004, znacznie zmniejszyła się ilość posiadanych przez szkoły przeterminowanych substancji i preparatów chemicznych. Stan bezpieczeństwa w pracowniach chemicznych można obecnie uznać za zadowalający.

W 2008 roku wydano 27 decyzji administracyjnych i nałożono dwa mandaty karne z powodu stwierdzonych nieprawidłowości w omawianym zakresie.

## 12. Inne placówki oświatowo- wychowawcze

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2008 r. skontrolowali ogółem 4974 (81,4 %) innych placówek oświatowo-wychowawczych spośród 6302 będących w ewidencji, w tym:

- 322 domy dziecka,
- 383 internaty i bursy,
- 450 domów studenckich,
- 2733 placówki z pobytem dziennym lub/i całodobowym (takich jak: pogotowia opiekuńcze, świetlice i kluby środowiskowe, ogniska wychowawcze, schroniska

młodzieżowe, młodzieżowe/turnusowe ośrodki socjoterapii, młodzieżowe ośrodki wychowawcze),

- 1646 placówek pracy pozaszkolnej (pałace młodzieżowe, domy kultury, międzyszkolne ośrodki sportowe, ogniska pracy pozaszkolnej, ogrody jordanowskie, itp.),
- 445 placówek rekreacyjnych (domy wczasów dziecięcych, „zielone szkoły”, schroniska młodzieżowe).

W ww. placówkach przebywało 992 709 dzieci i młodzieży.

Oceniając budynki, w jakich mieściły się placówki, brano pod uwagę ich funkcjonalność oraz stan sanitarno-techniczny. Użytkowanie obiektów nieprzystosowanych dotyczyło przede wszystkim warsztatów szkolnych i centrów szkolenia zawodowego (2,07 %) oraz placówek opiekuńczo wychowawczych z pobytem dziennym i całodobowym (2,62 %). Placówki w złym stanie technicznym to najczęściej placówki z pobytem całodobowym (10,8 %), warsztaty i centra szkolenia zawodowego (9,09 %) bursy i internaty (7,29 %), domy dziecka (4,42 %), placówki z pobytem całodobowym (7,39 %) i domy studenckie (5,65 %).

Najczęściej zastrzeżenia dotyczące stanu sanitarno higienicznego stwierdzano w placówkach z pobytem całodobowym (16,23 %), w bursach i internatach (10,54 %) i warsztatach szkolnych i centrach szkolenia zawodowego (9,09 %).

### **13. Szkoły wyższe**

W 2008 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znalazło się 509 szkół wyższych, mieszczących się w 1851 obiektach.

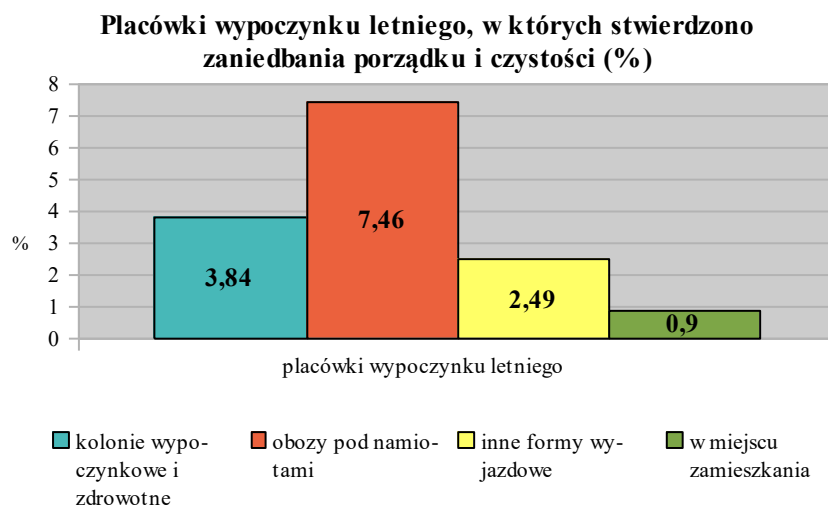
W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono, iż:

- 1,3 % uczelni znajdowało się w budynkach nieprzystosowanych,
- 4,4 % uczelni znajdowało się w budynkach o złym stanie technicznym,
- tylko 13,1 % uczelni posiadało infrastrukturę do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego.

### **14. Wypoczynek dzieci i młodzieży**

W 2008 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna zakwalifikowała 8937 placówek wypoczynku dla dzieci i młodzieży (o 400 placówek więcej niż w roku 2007), w tym 6392 placówek wypoczynku letniego oraz 2226 placówek wypoczynku zimowego. Z różnego rodzaju form wypoczynku skorzystało 615 563 dzieci i młodzieży (o 140 tys. mniej niż

w roku ubiegłym), w tym 448 485 z wypoczynku letniego i 146 326 z wypoczynku zimowego.



Ryc. 9.14. Odsetek placówek wypoczynku letniego, w których stwierdzono zaniedbania porządku i czystości

Wypoczynek dzieci i młodzieży organizowany był zarówno w miejscu zamieszkania, jaki i w różnego rodzaju formach wyjazdowych. Wypoczynek w miejscu zamieszkania organizowany był na bazie szkół, klubów osiedlowych, domów kultury i innych. Formy wyjazdowe wypoczynku, takie jak kolonie, organizowane były na bazie obiektów stałych: szkół, internatów, schronisk młodzieżowych i ośrodków wczasowych, natomiast obozy młodzieżowe – głównie pod namiotami.

Pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych, kontrolując placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży, ocenili warunki pobytu uczestników. Uchybienia w zakresie zaniedbań natury sanitarnej stwierdzono, podobnie jak w latach ubiegłych, w 2,5 % placówek.

## **15. Podsumowanie**

W wyniku prowadzonego w 2008 r. nadzoru nad szkołami i innymi placówkami oświatowo-wychowawczymi, a także nad placówkami wypoczynku dzieci i młodzieży stwierdzono, iż:

- nie uległa istotnej zmianie sytuacja w zakresie prowadzenia zajęć w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania oraz warunków sanitarno-higienicznych w nadzorowanych placówkach,
- stan sanitarno-techniczny większości szkół był właściwy, nieprawidłowości stwierdzano najczęściej, tak jak w latach ubiegłych, w przypadku zespołów szkół ponadgimnazjalnych oraz liceów ogólnokształcących,
- systematycznie, choć nieznacznie, ulega poprawie sytuacja dotycząca korzystania przez uczniów z ubikacji zewnętrznych. Liczba placówek w Polsce posiadających takie sanitariaty zmalała do 91,
- wzrosła liczba placówek posiadających niewłaściwe oświetlenie. Stwierdzono nieprawidłowe wyniki pomiarów w 58,4 % skontrolowanych szkół ponadgimnazjalnych i 50 % filii szkół podstawowych,
- placówki nauczania i wychowania w niewystarczającym stopniu są wyposażone w ergonomiczne i bezpieczne meble oraz urządzenia i sprzęt sportowy. Użytkowanie mebli niedostosowanych do wzrostu uczniów odnotowano w 31,2 % skontrolowanych gimnazjów i aż w 87,5 % filii gimnazjów,
- placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży w większości zostały zorganizowane prawidłowo,
- posiadane przez szkoły gabinety profilaktycznej opieki medycznej odznaczały się dobrym stanem sanitarno-technicznym. Natomiast, aż 24,5 % szkół nie zapewniło uczniom profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki.

Państwowa Inspekcja Sanitarna celem poprawy warunków sanitarno-higienicznych w placówkach nauczania i wychowania oraz wypoczynku i rekreacji, a także w zakresie higieny procesów nauczania i wychowania, będzie rozszerzać współpracę z resortem edukacji, organami założycielskimi placówek nauczania i wychowania oraz z organizatorami wypoczynku dzieci i młodzieży.

## X. Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku

### 1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2008 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 337 388 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku, w tym:

- 17 693 zakłady produkcji żywności, w tym: 803 wytwórnie lodów, 2436 automatów do lodów, 26 wytwórni tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi, 6391 piekarni, 3260 ciastkarni, 893 przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe, 66 browarów i słodowni, 176 wytwórni napojów bezalkoholowych i rozlewni piwa, 135 wytwórni naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych i wód stołowych, 545 zakładów garmazeryjnych, 651 zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego, 212 wytwórni makaronów, 411 wytwórni wyrobów cukierniczych, 159 wytwórni koncentratów spożywczych, 47 wytwórni octu, majonezu i musztardy, 63 wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek, 90 wytwórni suplementów diety, 14 wytwórni środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, 59 wytwórni substancji dodatkowych, 26 cukrowni oraz 1230 innych wytwórni żywności,
- 195 364 obiekty obrotu żywnością, w tym: 147 884 sklepy spożywcze (w tym 3059 super i hipermarketów), 21 707 kiosków spożywczych, 10 455 magazynów hurtowych, 5724 obiekty ruchome i tymczasowe oraz 6535 innych obiektów obrotu żywnością,
- 20 872 środków transportu żywności,
- 69 004 zakłady żywienia zbiorowego otwarte, w tym m.in.: 41 773 zakłady małej gastronomii,
- 32 259 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym: 863 stołówki pracownicze, 2131 bufetów przy zakładach pracy, 2034 stołówki w domach wczasowych, 900 bloków żywienia w szpitalach, 265 kuchnie niemowlęcych, 236 bloków żywienia w sanatoriach i prewentoriach, 1541 bloków żywienia w domach opieki społecznej, 392 stołówki w żłobkach i domach małego dziecka, 9268 stołówek szkolnych, 778 stołówek w bursach i internatach, 2854 stołówki na koloniach, półkoloniach i obozach, 7571 stołówki w przedszkolach, 345 stołówek w domach dziecka i młodzieży, 117 stołówek studenckich, 692



stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych, 242 zakłady usług cateringowych oraz 2030 innych zakładów żywienia,

- 2441 wytwórni i miejsc obrotu przedmiotami użytku, w tym m.in.: 549 wytwórni materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
- 2814 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami, w tym m.in. 275 zakładów produkcji i konfekcjonowania kosmetyków.

W nadzorowanych zakładach przeprowadzono 369 366 kontroli sanitarnych. Wydano 51 775 decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 960 decyzji przerwania działalności, a winnych zaniedbań ukarano 26 650 mandatami, na łączną kwotę 5 033 530 PLN. Stan sanitarny obiektów w latach 2001-2008 przedstawia Tabela 10.1.

**Tabela 10.1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2001-2008**

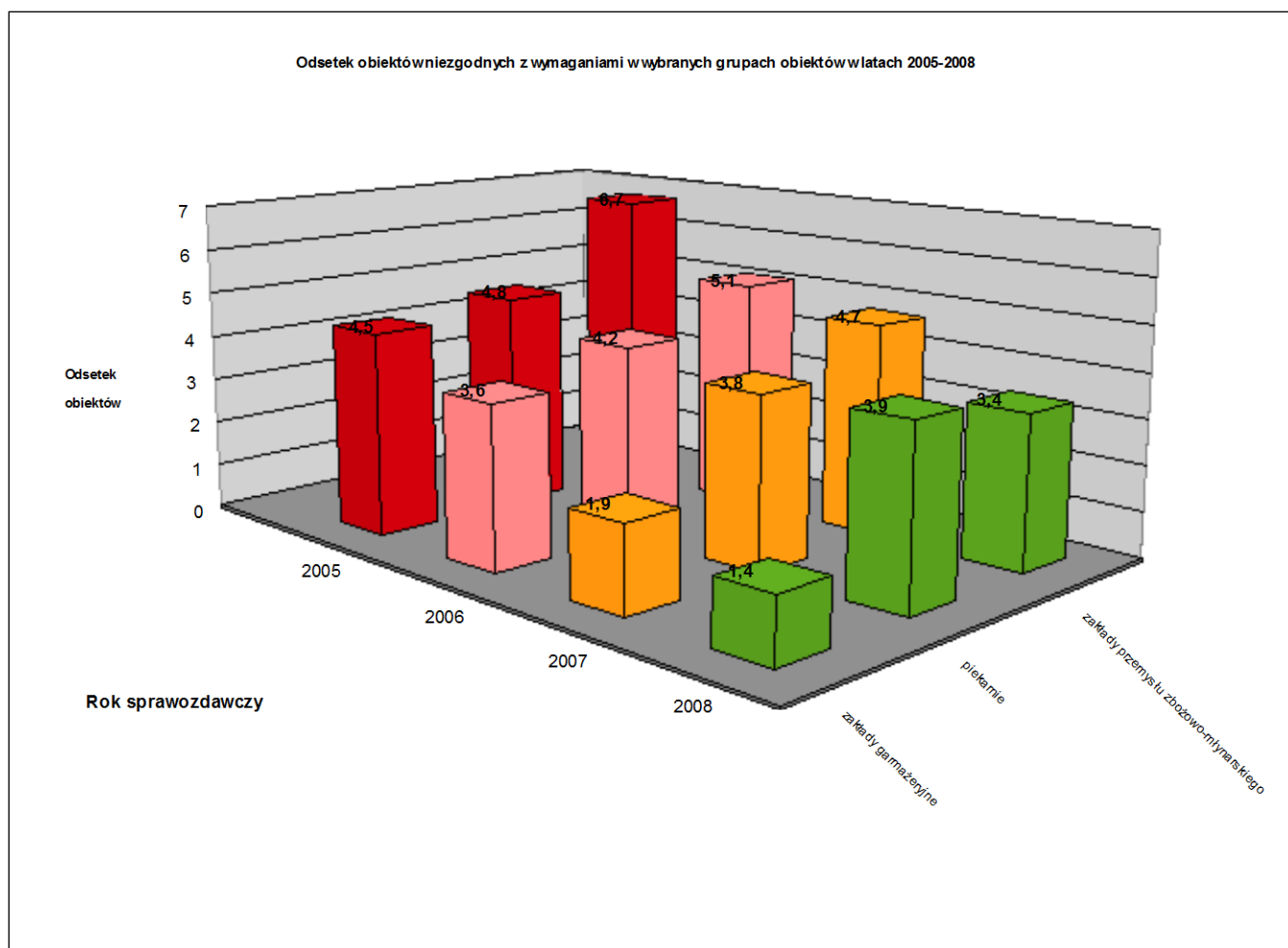
<b>Lata</b>	<b>Odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym</b>
<b>2001</b>	14,5
<b>2002</b>	12,4
<b>2003</b>	10,2
<b>2004</b>	8,6
<b>2005</b>	2,9
<b>2006</b>	2,3
<b>2007</b>	2,3
<b>2008</b>	2,3

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

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 2005-2008 przedstawia Ryc. 10.1.



Ryc. 10.1. Odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami w wybranych grupach obiektów w latach 2005 - 2008

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 10.3, w której porównano stan sanitarny poszczególnych grup zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz środków transportu żywności w latach 2007-2008, odnotować należy największą poprawę w stosunku do roku 2007 stanu sanitarnego: zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego (o 1,3 %) i zakładów garmażeryjnych (o 0,5 %) – od wielu lat należących do grup, w których stwierdzano najwyższy, odsetek zakładów

niezgodnych z wymaganiami. Niepokojące jest jednak nieznaczne pogorszenie, w porównaniu do roku 2007, stanu sanitarnego sklepów spożywczych (o 0,1 %), bowiem stanowią one najliczniejszą grupę obiektów nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Stosunkowo wysoki odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym z grup: wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi, wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych i wód stołowych oraz browary i słodownie, a także cukrownie, wynika z małej liczebności obiektów należących do każdej z ww. grup. Należy zaznaczyć, iż w kategoriach liczb bezwzględnych niezgodność z przepisami stwierdzono tylko w 1 obiekcie w każdej z ww. grup.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętych skontrolowano 26 330 obiektów. Pomimo poprawy ich stanu sanitarnego w stosunku do roku poprzedniego, niepokoi dyskwalifikacja 144 zakładów, co stanowi 0,7 % obiektów tego typu (w 2007 r. – 1,0 %), w tym m.in. 0,8 % bloków żywienia w szpitalach (w 2007 r. – 0,7 %) oraz 0,6 % stołówek przedszkolnych (w 2007 r. – 1,1 %). W roku 2008 skontrolowano 7667 stołówek szkolnych, z których 52 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,8 % (w 2007 r. – 1,3 %).

Do grup obiektów, w których nie stwierdzono złego stanu sanitarnego należą wytwórnie: makaronów, octu, majonezu i musztardy; chrupek, chipsów i prażynek; suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz substancji dodatkowych. 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 6101 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 216 zakładów, co stanowi 3,9 % ocenionych):
  - stwierdzenie obecności szkodników zbożowo-mącznych, a także brak skutecznej ochrony zakładu 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. objętych nadzorem było 7339 piekarni, w 2005 r. – 7151, w 2006 r. – 6971, w 2007 r. – 6683, natomiast w 2008 r. – 6391.

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 556 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 17 zakładów, co stanowi 3,4 % 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 774 w 2007 r. i do 651 w 2008 r. Oznacza to spadek liczby obiektów w ciągu 5 lat (2003-2008) o 30,8 %. Natomiast w 2008 r. liczba zakładów tego typu, w stosunku do roku 2007, zmniejszyła się o 123 zakłady, czyli o 15,89 %.

- ciastkarnie (na 3097 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 46 zakładów, co stanowi 1,65 % 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 9847 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 184 obiekty, co stanowi 2,9 % ocenianych):
  - 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 88 736 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 1951 obiektów, co stanowi 3,17 % ocenianych).

Sklepy spożywcze są najliczniejszą grupą ewidencjonowanych obiektów żywności i żywienia i stanowią 43,8 % nadzorowanych obiektów. Liczba nadzorowanych sklepów utrzymuje się na podobnym poziomie od kilku lat; w 2008 r. w ewidencji znajdowało się 147 884 obiektów (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 3059 duże obiekty typu hiper i supermarkety, które stanowią 2,1 % 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,
- nie zachowanie 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 47 472 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 707 obiektów, co stanowi 2,11 % 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 26 330 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 144 obiekty, co stanowi 0,68 % ocenionych):

- nieprawidłowe mycie naczyń stołowych, kuchennych i transportowych,
- brak wydzielonej zmywalni naczyń stołowych,
- niewystarczająca liczba 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 2008 nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej było objęte 900 bloków żywienia w szpitalach, z których skontrolowano 877. W wyniku przeprowadzonej oceny stanu sanitarnego, w 7 szpitalach bloki żywienia oceniono jako niezgodne z wymaganiami (0,8 % skontrolowanych). Przeprowadzono 2198 kontroli sanitarnych, w tym 80 interwencyjnych. Wydano 468 decyzji administracyjnych, nałożono 56 mandatów, na kwotę 9 750,00 PLN.

Stan sanitarny bloków żywienia w szpitalach jest zróżnicowany. Obok nowoczesnych, wyposażonych w odpowiednie urządzenia i sprzęt, zapewniających prawidłowe warunki do produkcji i dystrybucji posiłków, funkcjonują również bloki żywienia 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,
  - niezgodne z posiadanymi procedurami (zbyt niskie) temperatury podawanych posiłków.

Na 900 nadzorowanych obiektów tego typu, 833 wdrożyły zasady GHP/GMP, co stanowi 92,55 % (w 2007 r. – 87,30 %), a 384 – posiadało wdrożony system HACCP, co stanowi 42,67 % (w 2007 r. – 26,63 %). Pomimo poprawy, stan wdrożenia ww. systemów nadal nie jest zadowalający, biorąc pod uwagę fakt, że 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).

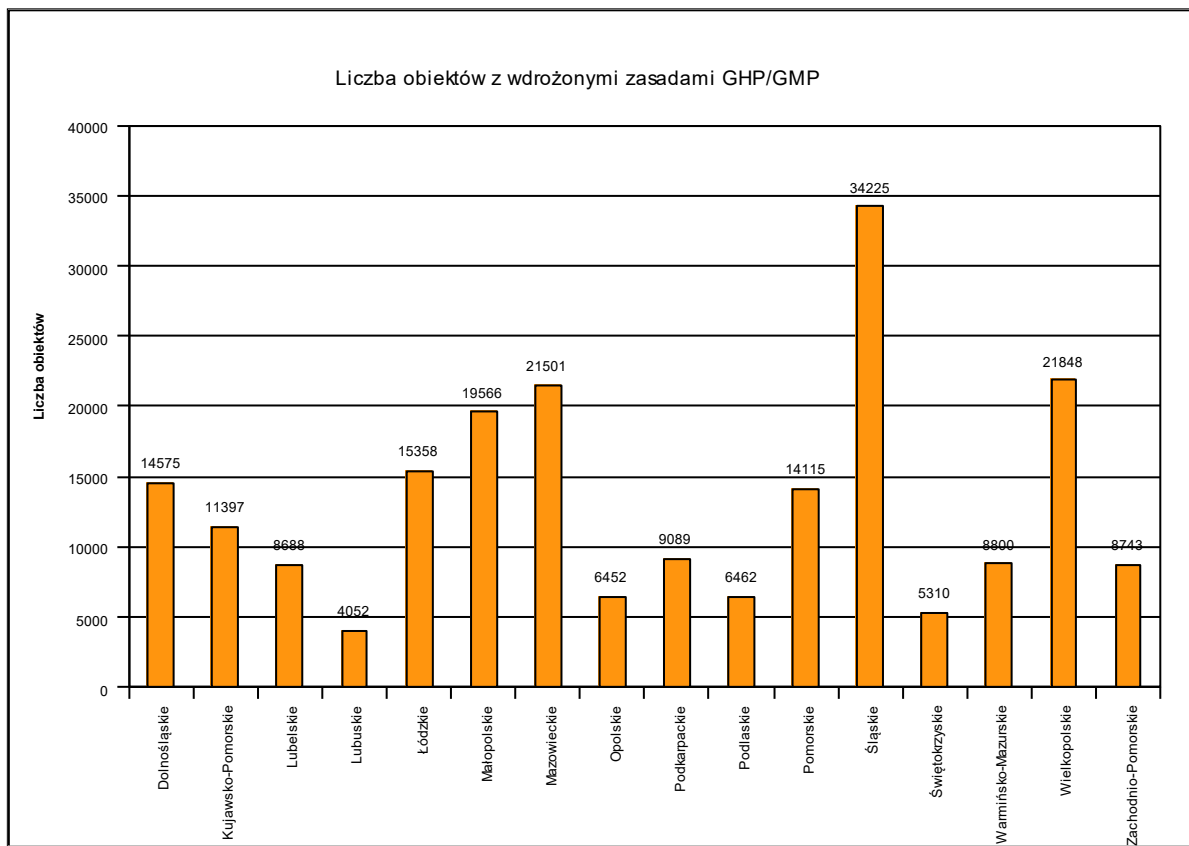
Stan sanitarny i techniczny obiektów żywności i żywienia poprawia się m.in. dzięki systematycznym i konsekwentnym kontrolom prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niektóre zakłady, szczególnie małe, mieszczące się w budynkach mieszkalnych w zwartych zabudowach miast lub w domach jednorodzinnych 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 210 181 zakładów, co stanowi 67 % nadzorowanych obiektów żywności i żywienia (2007 r. – 53,64 %). Najwyższy odsetek obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP odnotowano w województwach:

opolskim – 84,1 % (w 2007 r. – 76,99 %), śląskim – 83,88 % (w 2007 r. – 70,33 %) oraz w podlaskim – 83,35 % (w 2007 r. – 76,64 %).

Wdrożenie GHP/GMP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia Ryc. 10.2.



Ryc. 10.2. Liczba obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP w poszczególnych województwach.

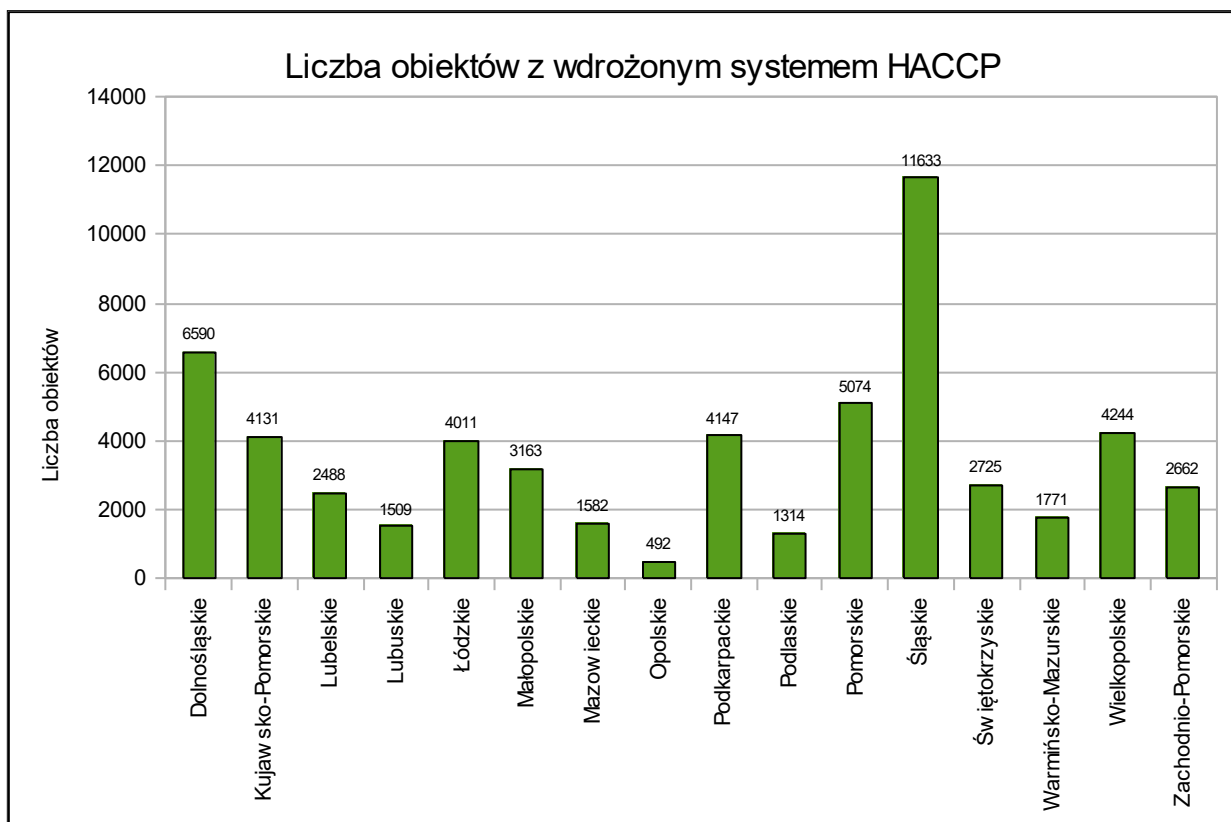
System HACCP wprowadziło 57 536 nadzorowanych zakładów, co stanowi 18,68 % nadzorowanych obiektów żywności i żywienia (w 2007 r. – 8,56 %). Najwyższy odsetek obiektów z wdrożonym system HACCP stwierdzono w województwach: śląskim – 29,02 % (w 2007 r. – 16,40 %), podkarpackim 28,25 % (w 2007 r. – 10,62 %) oraz dolnośląskim 27,36 % (w 2007 r. – 7,33 %).

Wdrażanie systemu HACCP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia Ryc. 10.3.

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 (ok. 44 000,



czyli 13,08 % wszystkich obiektów żywności i żywienia nadzorowanych przez organy PIS) przekłada się na dość wysokie odsetki.



Ryc. 10.3. Liczba obiektów z wdrożonym systemem HACCP w poszczególnych województwach.

#### 4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2008 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 12 054 środki transportu żywności, spośród których 7 (0,14 %) oceniono jako niezgodne z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi (w 2007 r. – 0,18 %).

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,
- nie zachowania 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 porównaniu do roku 2007, w 2008 r. jakość zdrowotna środków spożywczych i wprowadzanych do obrotu w kraju uległa nieznacznemu pogorszeniu.

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2007-2008 przedstawia Tabela 10.2.

Tabela 10.2. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym				Próbki zbadane	Próbki zakwestio nowane %
	Próbki zbadane	Próbki zakwestio nowane %	krajowe		importowane			
2007	99 657	3,28	83 999	2,77	10 806	7,6	4852	2,54
2008	76 247	3,69	63 137	3,3	9376	6,74	3734	2,54

W 2008 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej działające w zintegrowanym systemie badania żywności zbadały ogółem 76 247 próbek środków spożywczych, z których 2813, tj. 3,7 %, nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2007 r. – 3,3 %).

Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbiciu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej przedstawioną jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2008 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną – w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 10.4. Z ww. danych wynika, że jakość produktów żywnościowych, które stanowią podstawę wyżywienia, tj. mięsa, drobiu, jaj, przetworów zbożowo-mącznych oraz warzyw i owoców jest dość dobra, ponieważ odsetki zdyskwalifikowanych próbek w ww. grupach asortymentowych wahały się na niskim poziomie od 1,51 % do 3,84 %.

W niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to np.:

- mleka i przetworów mlecznych – na 13 101 zbadanych próbek 629 nie spełniało

obowiązujących wymagań, co stanowi 4,8 % (w 2007 r. – 3,61%), w tym: 510 próbek ze względu na zanieczyszczenia mikrobiologiczne (4,4 % próbek zbadanych) oraz 71 próbek w zakresie znakowania (0,87 % próbek zbadanych);

- ryb, owoców morza i ich przetworów – na 3006 zbadanych próbek 130 nie spełniało obowiązujących wymagań, co stanowi 2,93 % (w 2007 r. – 1,49%), w tym: 43 próbki w zakresie znakowania (2,01 % próbek zbadanych) oraz 11 próbek ze względu na zanieczyszczenia mikrobiologiczne (0,70 % próbek zbadanych);
- cukier i inne – na 58 zbadanych próbek 3 nie spełniały obowiązujących wymagań, co stanowi 5,17 % (w 2007 r. – 3,35 %), w tym: 1 próbka w zakresie znakowania oraz po 1 ze względu na zanieczyszczenia biologiczne i fizyczne,
- wody mineralne i napoje bezalkoholowe – na 2382 próbki zbadane, zdyskwalifikowano 161, co stanowi 6,76 % (w 2007 r. – 3,77 %), w tym: 61 próbek za badania organoleptyczne (4,31 % próbek zbadanych), 52 próbki ze względu na zanieczyszczenia mikrobiologiczne (3,82 %) oraz 52 próbki w zakresie znakowania.

Równocześnie odnotowano poprawę jakości żywności z grup: warzywa, grzyby, napoje alkoholowe, ziarna roślin oleistych, koncentraty spożywcze, majonezy, musztardy, sosy oraz suplementy diety.

W 2007 r. największe nieprawidłowości stwierdzono w grupie suplementy diety (19,47 % zbadanych próbek nie spełniało obowiązujących wymagań – głównie w zakresie znakowania). Natomiast w 2008 r. odsetek zdyskwalifikowanych próbek suplementów diety spadł do 6,92 % (czyli o 12,55 %). W przypadku próbek produktów krajowych odsetek ten wyniósł odpowiednio 6,98 % (w 2007 r. – 21,11 %), pochodzących z UE – 16,19 % (w 2007 r. – 38,17 %) oraz importowanych z krajów trzecich – 4,42 % (w 2007 r. – 6,07 %).

Do najczęściej kwestionowanych środków spożywczych należą od wielu lat kawa, herbata i kakao z importu.

W 2008 r. w grupie kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe zdyskwalifikowano ogółem 17,48 % próbek pobranych do badań (w 2007 r. – 17,01 %), w tym:

- 1,59 % produktów krajowych (w 2007 r. – 2,92%),
- 2,19 % wyprodukowanych w UE (w 2007 r. - nie kwestionowano),
- 25,87%, czyli 403 próbki z 1558 pobranych do badań z importu (w 2007 r. – 18,59 %), głównie za obecność zanieczyszczeń biologicznych oraz nieprawidłowe

znakowanie.

Po przebadaniu 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 2008 r. na 42 972 ocenione próbki zakwestionowano 800, co stanowi 1,86 % (w 2007 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, co dotyczyło 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 działania, którego 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 grzybami**

W 2008 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 2008 r. 63 osoby uległy zatruciu grzybami, w tym najwięcej, bo aż 32 przypadki spowodowane były spożyciem muchomora sromotnikowego, 6 – krowiaka podwiniętego, 5 – piestrzenicy kasztanowatej.

W wyniku zatrucia grzybami w 2008 r. odnotowano 5 zgonów, w tym 4 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: łódzkim – 11, małopolskim – 8, świętokrzyskim – 7 oraz lubelskim – 7. Natomiast w woj. opolskim i dolnośląskim nie zgłoszono żadnych zatruc po spożyciu grzybów. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2008 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 2008 r. zbadano 600 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych.

Do badań zostały pobrane próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, takich jak np.: 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 6 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 wyłącznie w waflach o smaku:

- czekoladowym (4 próbki),
- śmietankowym (1 próbka),
- mlecznym (1 próbka).

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 2008 roku pobrano i zbadano pod kątem napromieniania 147 próbek środków spożywczych. Do badań wybrano produkty z grup: zioła i przyprawy, warzywa, drób, podroby i produkty drobiarskie, orzechy, ryby, owoce morza i ich przetwory oraz owoce świeże i suszone. Szczególną uwagę zwracano na próbki przypraw w torebkach dołączane do azjatyckich zestawów obiadowych (wyłącznie w postaci suchej), oraz próbki produktów konfekcjonowanych w postaci proszkowej, często stanowiące mieszaninę kilku przypraw lub wchodzące w skład półproduktów kulinarnych.

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

Szczególną uwagę zwracano na pobieranie próbek pochodzących z krajów trzecich (spoza UE), a w mniejszej ilości pochodzących z krajów UE.

Próbki do badań pobierano:

- w ramach granicznej kontroli sanitarnej przez graniczne i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne,
- 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 147 pobranych próbek środków spożywczych 2 próbki (1,36 %) zostały zdyskwalifikowane. W obu przypadkach były to przyprawy:

- przyprawa do kurczaka (produkcji krajowej),
- gałka muskatołowa mielona (z Indonezji).

### **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 2008 Krajowy Punkt Kontaktowy otrzymał 403 powiadomienia o niebezpiecznych produktach żywnościowych i paszach (w roku 2007 – 361, w 2006 r. – 286, w 2005 r. – 190, w 2004 r. – 179, w 2003 r. – 89 powiadomień), w tym:

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

Do najczęściej występujących rodzajów zagrożeń zgłaszanych do systemu RASFF w 2008 roku należały chemiczne zanieczyszczenia żywności (199 zgłoszeń, w tym z kraju – 152, zaś z KE – 47).

#### **5.5.1. Powiadomienia krajowe**

W 2008 r. najczęściej występującym zagrożeniem w zakresie chemicznych zanieczyszczeń żywności, zgłaszanych w ramach RASFF, było przekroczenie limitu pozostałości środków ochrony roślin, co miało miejsce w 43 przypadkach. W szczególności stwierdzono: benomyl w pieczarkach (2 przypadki), dimetoat w jabłkach, śliwkach i rzodkiewkach (4), karbendazym – w większości przypadków w pieczarkach (10), chloropiryfos w marchwi, brokułach, ryżu brązowym oraz w brzoskwiniach (4), endosulfan w czarnej porzeczce i marchwi (2).

Kolejną grupą zagrożeń (39 powiadomień) były notyfikacje w sprawie stwierdzenia mykotoksyn, z czego większość przypadków (28) dotyczyło obecności aflatoksyn w orzeszkach, pistacjach, curry, chili suszonym. W 7 przypadkach stwierdzono ochratoksynę A. Ponadto zgłoszono 3 przypadki stwierdzenia zearalenonu w kaszy gryczanej oraz 1 przypadek deoksyniwalenonu – DON w płatkach kukurydzianych.

W produktach rybnych – szprotach w 10 przypadkach stwierdzono przekroczenie poziomu benzo(a)pirenu, zaś 2 przypadki przekroczenia limitu tego zanieczyszczenia dotyczyły oleju i oliwy z oliwek.

Ponadto 23 powiadomienia dotyczyły przypadków migracji substancji chemicznych do żywności, z czego 10 stanowiła migracja formaldehydu, a 13 – migracja globalna.

W stosunku do poprzedniego roku zmniejszeniu uległa liczba stwierdzonych przypadków występowania dwutlenku siarki i siarczynów – uwzględniając zarówno ponadnormatywną ich zawartość, jak i obecność tych związków w produktach, do których zakazane jest stosowanie tej substancji dodatkowej. W 2008 roku ich ilość uległa zmniejszeniu do 2 powiadomień, wobec 10 powiadomień w roku 2007.

Ponadto w ramach funkcjonowania systemu RASFF zgłoszono 12 przypadków przekroczenia dopuszczalnych limitów metali szkodliwych dla zdrowia, z czego 8 powiadomień dotyczyło przekroczenia zawartości ołowiu, 2 – przekroczenia sumy ołowiu i kadmu oraz po jednym przypadku przekroczenia arsenu i kadmu.

Obecność barwników Sudan I-IV, które nie są dopuszczone do stosowania w produktach spożywczych stwierdzono, tak jak w poprzednim roku, w 2 przypadkach. W zakresie ww. barwników powiadomienia dotyczyły papryki ostrej pochodzącej z Hiszpanii (Sudan I i IV) oraz kurkumy importowanej z Indii (Sudan I).

Spośród zagrożeń mikrobiologicznych, które stwierdzono w 71 powiadomieniach (z kraju – 41, z KE – 30), ok. 65 % powiadomień krajowych dotyczyło obecności *Salmonelli*, głównie w importowanej śrucie sojowej/słonecznikowej (12), produktach pochodzenia zwierzęcego (10), a także w makaronie, jajach, makuchach lnianych, mączce mięsno-kostnej i w morelach suszonych (po 1). Przesyłano również powiadomienia dotyczące zanieczyszczenia bakteriami *Listeria monocytogenes* (w boczku wędzonym, metce cebulowej, filetach z pstrąga wędzonego, gyrosie z kurczaka oraz stekach drobiowych smażonych i kotlecie drobiowym).

Nadmierne zanieczyszczenie bakteriami *Pseudomonas aeruginosa* (4), stwierdzono głównie w wodzie, gdzie w dwóch przypadkach towarzyszyło im zanieczyszczenie bakteriami z grupy coli.

Zmiany organoleptyczne stwierdzono w 18 przypadkach. W ziarnach słonecznika, orzechach, nasionach gorczycy, fasoli białej, ryżu białym i pieprzu czarnym stwierdzono szkodniki lub ich ekskrementy.

Krajowy Punkt Kontaktowy RASFF otrzymał również informację o przypadku wykrycia antybiotyku w odtłuszczonym mleku w proszku przeznaczonym na cele paszowe.

Na podstawie oceny ryzyka dokonywanej każdorazowo przez zespół ekspertów naukowych, organy urzędowej kontroli żywności 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.

Ponadto przesyłane były powiadomienia dotyczące nieprawidłowego oznakowania produktów spożywczych (4), niepełnego oznakowania (2), braku oznakowania dotyczącego zawartości GMO, braku informacji o napromienianiu, uszkodzenia opakowania, braku oznakowania i podania na opakowaniu informacji sprzecznych (po 1 przypadku).

Siedem przypadków dotyczyło zakładów niezatwierdzonych do eksportu na rynek UE.

Krajowa sieć RASFF przekazała również 3 powiadomienia o niespełnieniu przez zakład/środek transportu wymagań higienicznych, 3 powiadomienia o stwierdzeniu niewłaściwej temperatury podczas transportu, zaś 7 przypadków dotyczyło stwierdzenia niedozwolonej substancji.

Spośród 292 powiadomień przesłanych przez krajową sieć powiadamiania, do Komisji Europejskiej wysłano 159 powiadomień.

Spośród środków importowanych, zakwestionowanych w wyniku granicznej kontroli sanitarnej, powiadomienie zostało przesłane w 107 przypadkach. Największą grupę (24) stanowiły przekroczenia dopuszczalnej zawartości aflatoksyn w orzeszkach ziemnych, curry, ryżu i figach. Produkty te były zwracane do producenta bądź utylizowane.

#### ***5.5.2. Powiadomienia przesłane przez Komisję Europejską***

Spośród 111 powiadomień przesłanych przez KE dotyczących żywności produkowanej lub importowanej do Polski 47 przypadków dotyczyło produktów zanieczyszczonych chemicznie, z czego największy odsetek stanowiły powiadomienia o przekroczeniu zawartości dioksyn i polichlorowanych bifenyli (6) w produktach spożywczych, takich jak: wątróbka z dorsza w sosie własnym, mrożone mięso wieprzowe, premiksy paszowe. Kolejną grupę stanowiły aflatoksyny (5) w migdałach, gałce muszkatołowej, nasionach ogbono, ziarnach słonecznika i paście pistacjowej oraz z przyborów kuchennych z nylonu oraz stwierdzenie obecności melaminy (4) w cukierkach, snackach sojowych, wodorowęglanie amonu i słonych paluszkach. Liczba powiadomień odnośnie zawartości benzo(a)pirenu w środkach spożywczych uległa zmniejszeniu w porównaniu do 2007 roku z pięciu do jednego zanotowanego w szprotach wędzonych w oleju.

Ponadto w porównaniu do roku 2007, w którym stwierdzono w 5 przypadkach zbyt wysoki poziom ochratoksyny A, w 2008 roku nie otrzymano żadnego powiadomienia z Komisji Europejskiej dotyczącego Polski.

Z zanieczyszczeń mikrobiologicznych kwestionowane były przeważnie produkty wyprodukowane w zakładach nadzorowanych przez Inspekcję Weterynaryjną. Większość stanowiły zanieczyszczenia bakteriami *Salmonella* (19) różnych asortymentów mięs chłodzonych lub mrożonych, z czego 13 powiadomień odnosiło się do piersi/filetów z indyka, 2 do śruty rzepakowej i pojedyncze do mielonego pieprzu, proszku jajecznego, mrożonego mięsa odkostnionego mechanicznie i płuc wołowych przeznaczonych na pokarm dla zwierząt.

Bakterie z grupy coli stwierdzono w ciętych kwiatach lipy srebrzystej, zaś jeden przypadek dotyczył stwierdzenia zarówno bakterii *Salmonella*, jak i z gr. coli w mrożonej dziczyźnie.

*Listeria monocytogenes* obecna była w 3 produktach – serze owczym solonym oraz w próżniowo pakowanym łosiosiu wędzonym. Jedno powiadomienie związane było ze stwierdzeniem zanieczyszczenia udźca i skóry z indyka bakteriami *Campylobacter jejuni*, zaś w mrożonych skrzydełkach z kurczaka stwierdzono wystąpienie bakterii *Listeria monocytogenes* i bakterii *Campylobacter jejuni*.

Ponadto w trzech przypadkach stwierdzono obecność pasożytów w wątróbkach z dorsza w sosie własnym i w oleju wyprodukowanych w Polsce.

Stwierdzono również przypadek obecności włośnia w koniach przeznaczonych na rzeź pochodzących z Polski.

Przedmiotem powiadomień były także środki spożywcze zawierające niezadeklarowaną na opakowaniu obecność składników alergicznych:

- orzechów ziemnych w czekoladzie,
- kazeiny w gorzkiej czekoladzie,
- glutenu w kaszce dla dzieci,
- mleka w filetach z łupacza,
- białka orzechów ziemnych w ciasteczkach z orzechami.

Ponadto były również przypadki, w których wykryto obecność nieautoryzowanej substancji – siarczaniu wadyłu, substancji dodatkowej E 316 – izoaskorbinianu sodu w mrożonych plastrach ośmiornicy, kwasu sorbowego w jogurcie pitnym, GMO w makaronie z Chin, barwnika – red yeast rice w kluskach, barwników – żółcieni

pomarańczowej i czewieni koszenilowej, Pąs 4R w kiełbasie góralskiej oraz w parówkach drobiowych; barwnika – erytrozyny (E 127) w suplemencie diety, składnika pochodzącego z nieautoryzowanego genetycznie modyfikowanego organizmu – rzodkiewnika pospolitego w suplemencie diety. Ponadto zanotowano jeden przypadek napromienianego składnika w suplemencie diety.

Komisja Europejska przesłała także 7 powiadomień dotyczących przypadków zanieczyszczeń fizycznych (obecność ciał obcych w skrawkach wołowiny, fragmentów szkła w ogórkach w zalewie octowej, w kawie rozpuszczalnej i w ciasteczkach oraz plastiku w czekoladowych jajkach). Stwierdzano także obecność kamieni w mrożonej herbacie z cytryną oraz kawałków metalu w paluszkach z dorsza głęboko mrożonych.

Ponadto 5 powiadomień dotyczyło migracji formaldehydu z naczyń melaminowych wyprodukowanych w Chinach, zaś jeden przypadek dotyczył migracji I-rzędowych amin z nylonowych przyborów kuchennych, również pochodzących z Chin.

W zakresie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością z krajowej sieci, jak i z Komisji Europejskiej, w większości kwestionowane produkty importowane były z Chin. Stwierdzono w nich nadmierną migrację ołowiu, kadmu i formaldehydu.

## **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 2008 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 3,94 % próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, w tym produkcji krajowej – 1,7 %, oraz z importu – 7,68 %.

Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wynosił 1,52 % (w 2007 r. – 0,43 %), w tym produkcji krajowej – 1,32 % (w 2007 r. – 0,46 %) i wyprodukowanych w UE – 3,49% (w 2007 r. – nie kwestionowano). Kosmetyków importowanych z krajów trzecich w 2008 r., podobnie jak w 2007 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 2008 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały ok. 90 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 dotyczących 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 2008 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 faktem, że nie istnieją przepisy narzucające obowiązkowe normy żywieniowe, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie mają podstaw prawnych do egzekwowania prawidłowego żywienia w zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in. w szpitalach, domach dziecka, domach opieki społecznej. Oceny sposobu żywienia dokonywane przez przedstawicieli państwowych inspektorów sanitarnych 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 2008 roku 242 nadzorowane zakłady usług cateringowych (w 2007 r. – 166) prowadziły żywienie w 3421 obiektach (w 2007 r. – 2541), w tym: w 363 szpitalach (w 2007 r. – 337), 19 sanatoriach (w 2007 r. – 20), 243 domach opieki społecznej (w 2007 r. – 206), 2155 szkołach (w 2007 r. – 1630) oraz 641 przedszkolach (w 2007 r. – 348).

W 2008 r. oceniono sposób żywienia w 5771 zakładach żywienia zbiorowego stwierdzając następujące nieprawidłowości:

- wady jadłospisów i racji pokarmowych – w 18,5 % próbek zbadanych teoretycznie (w 2007 r. – 20,2 %),
- niewłaściwą wartość energetyczną oraz składniki pokarmowe, co stwierdzono w 57,4 % próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2007 r. – 55,6 %), w tym w odniesieniu do wartości energetycznej – w 48,2 % próbek (w 2007 r. – 36,1 %).

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 2008 utrzymał się na dobrym poziomie lat 2006 i 2007, tj. 97,7 % obiektów spełniało wymagania sanitarno-higieniczne. 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:

- 1) 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),
- 2) poprawy funkcjonalności obiektów,
- 3) stosowania prawidłowych procesów mycia i dezynfekcji,
- 4) prawidłowego znakowania wyrobów,
- 5) właściwego stosowania substancji dodatkowych,
- 6) zachowania higieny osobistej i higieny miejsca pracy,
- 7) identyfikowalności surowców i produktów,
- 8) zachowania łańcucha chłodniczego na całej drodze od surowca do gotowego produktu wydawanego konsumentom, co ma szczególne znaczenie w przypadku środków spożywczych łatwo psujących się,
- 9) produkcji i obrotu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementów diety – szczególnie w aspekcie prawidłowości znakowania.

Tabela 10.3. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w latach 2007- 2008

L.	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2007	2008	
1	Wytwórnice lodów	0,3	0,2	-0,1

X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku

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

- brak przypadków

\* - nie zbierano danych

Tabela 10.4. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2008 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
		2007	2008	krajowych		UE		z importu	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	1,75	2,96	1,82	2,94	0,40	3,55	-	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	3,55	3,84	3,57	3,85	-	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	1,49	2,93	1,28	3,19	2,04	2,45	4,31	0,77
4.	Mleko i przetwory mleczne	3,61	4,8	3,69	4,9	1,29	0,36	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,96	2,99	2,42	2,45	1,22	6,79	8,65	4,04
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	2,04	2,19	2,00	2,16	1,84	3,73	7,63	2,08
7.	Cukier i inne	3,35	5,17	4,25	8,82	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	1,57	28,57	1,75	-	-	66,67	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	4,56	4,67	8,83	28,13	7,89	-	3,70	1,87
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,92	1,51	2,34	1,29	0,48	1,99	0,28	2,72
11.	Owoce	2,38	2,41	2,21	1,37	1,97	2,84	2,76	3,63
12.	Grzyby	5,91	4,02	5,91	4,12	25,00	-	-	-
13.	Drożdże	-	-	-	-	-	-	-	-
14.	Napoje alkoholowe	1,19	0,58	2,45	0,46	-	0,72	-	0,88
15.	Ocet	-	1,18	-	1,25	-	-	-	-
16.	Wody mineralne	3,77	6,76	3,81	6,86	5,36	-	-	-



X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku

17.	Tłuszcze roślinne	0,49	1,12	0,52	1,09	-	0,82	-	5,56
18.	Ziarna roślin oleistych	5,98	5,73	47,06	16,67	25,00	22,22	3,88	5,21
19.	Koncentraty spożywcze	1,28	0,63	0,77	0,68	4,00	-	5,88	-
20.	Majonezy musztardy sosy	1,55	1,41	1,60	1,48	-	1,39	1,90	1,2
21.	Zioła, przyprawy	1,35	1,66	0,70	2,7	1,11	0,28	1,98	1,28
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	17,01	17,48	2,92	1,59	-	2,19	18,59	25,87
23.	Wyroby garmazeryjne i kulinarne	2,64	4,73	2,59	4,77	8,22	-	-	-
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	1,09	1,42	0,96	1,53	1,35	-	2,56	4,17
25.	Nowa żywność	-	-	-	-	-	-	-	-
26.	Suplementy diety	19,47	6,92	21,11	6,98	38,17	16,19	6,07	4,42
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	0,50	0,32	0,93	0,64	-	-	-	-
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	5,62	5,65	5,64	5,67	-	-	-	-
29.	Inne środki spożywcze	2,17	4,35	3,35	4,76	-	-	-	-
30.	<b>Razem środki spożywcze</b>	<b>3,28</b>	<b>3,69</b>						
31.	<b>Środki spożywcze krajowe</b>			<b>2,77</b>	<b>3,3</b>				
32.	<b>Środki spożywcze UE</b>					<b>2,54</b>	<b>2,54</b>		
33.	<b>Środki spożywcze z importu</b>							<b>7,60</b>	<b>6,74</b>

Tabela 10.5. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2008 r.

GATUNEK GRZYBÓW	Miesiące												Ognisk	Zachorowań	Liczba			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII			Osób hospitalizowanych	Zgonów		
• ZATRUCIA CYTOTROPOWE																		
<b>Muchomor sromotnikowy</b>						1	3	24	4				23	32	32	4		
<b>Piestrzenica kasztanowata</b>				3	2								5	5	5	-		
▪ ZATRUCIA NEUROTROPOWE																		-
<b>Krowiak podwinięty</b>									4	1	1		5	6	6	-		
<b>Muchomor czerwony</b>										1			1	1	1	-		
O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM																		-
<b>Gołąbek</b>									2				1	2	2	-		
<b>Lisówka pomarańczowa</b>										1			1	1	1	-		
<b>Czubajka czerwieniejąca</b>							3			1			2	4	4	-		
• O DZIAŁANIU HALUCYNOGENNYM										1	1		2	2	2	-		
<b>Łysiczka lancetowata</b>						1	2	4	1				6	8	8	-		
• ZATRUCIA NIESWOISTE ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI										1	1		2	2	2	1		
<b>RAZEM</b>				<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>1</b>		<b>48</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>5</b>		

Tabela 10.6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2008 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		w tym:					
		2007	2008	krajowych		UE		z importu	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	5,54	4,45	2,95	2,21	2,17	-	13,73	11,43
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	4,06	3,56	2,58	1,14	-	-	6,05	6,25
3.	<b>Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością</b>	<b>4,78</b>	<b>3,94</b>	<b>2,79</b>	<b>1,7</b>	<b>1,01</b>	<b>-</b>	<b>8,60</b>	<b>7,68</b>
4.	<b>Kosmetyki</b>	<b>0,43</b>	<b>1,52</b>	<b>0,46</b>	<b>1,32</b>	<b>-</b>	<b>3,49</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

# **I. Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia**

## **1. Wprowadzenie**

W 2008 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała i rozszerzała działalność oświatowo-zdrowotną w celu kształtowania prawidłowych postaw i zachowań zdrowotnych, której tematyka dotyczyła:

- promocji zdrowego stylu życia w tym przede wszystkim:

- promocji zbilansowanej diety,
- promocji aktywności fizycznej,
- unikania nałogów (głównie palenia tytoniu),
- umiejętności korzystania z profilaktycznych badań,

- zapobiegania chorobom zakaźnym w tym:

- HIV/AIDS,
- chorobom zakaźnym w zakresie wynikającym głównie z lokalnych potrzeb (wścieklizna, choroby odkleszczowe, gruźlica, zatrucia pokarmowe).

## **2. Realizacja zagadnień problemowych**

W 2008 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała, w szerokiej współpracy środowiskowej, programy o zasięgu krajowym inicjowane przez Główny Inspektorat Sanitarny oraz inicjowane przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne programy o zasięgu wojewódzkim i lokalnym, dotyczące profilaktyki następujących problemów zdrowotnych:

### **2.1. Zapobieganie nadwadze i otyłości**

Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy ze Stowarzyszeniem „Polska Federacja Producentów Żywności”, kontynuował realizację ogólnopolskiego programu pt. „Trzymaj Formę!”, którego głównym celem jest edukacja w zakresie promocji zasad zbilansowanej diety, i aktywności fizycznej wśród młodzieży szkolnej.

Program promuje zdrowy styl życia, motywuje do potęgowania i umacniania zdrowia oraz daje możliwość zmiany i poprawy zachowań w kierunku pożądanym dla zdrowia.

Na poziomie wojewódzkim i powiatowym Państwowa Inspekcja Sanitarna

realizuje program „Trzymaj Formę!” w szerokiej współpracy środowiskowej, przy udziale od 2006 r. ok. 12 000 osób bezpośrednio zaangażowanych w projekt.

W programie udział biorą uczniowie i nauczyciele gimnazjów oraz ostatnich klas (V i VI) szkół podstawowych. Realizowany program w roku szkolnym 2007/08 objął swymi działaniami edukacyjnymi 5920 szkół oraz 755 663 uczniów na terenie całej Polski.

Od początku trwania programu działania realizowane są według opracowanych i konsultowanych przez ekspertów założeń merytorycznych, metodycznych i organizacyjnych w szkołach podstawowych i gimnazjach, w szerokiej współpracy międzyresortowej, regionalnej i lokalnej oraz ze wsparciem władz samorządowych i organizacji pozarządowych. Realizacja programu oparta jest na metodzie projektu, dzięki której uczniowie wspólnie z nauczycielami, rodzicami i środowiskiem lokalnym przygotowują własne sposoby propagowania zasad zdrowego stylu życia zarówno w szkole, rodzinie oraz najbliższym otoczeniu (festyny, zawody sportowe, imprezy plenerowe).

Dla potrzeb programu Państwowa Inspekcja Sanitarna, podobnie jak w latach ubiegłych, dostarczała szkołom różnorodne materiały dydaktyczne w skład, których weszły: poradniki dla nauczycieli, broszury dla uczniów, płyty CD – wersja offline strony internetowej, 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 w całym kraju. Do końca 2008 r. odnotowano 1,2 mln wejść na stronę [www.trzymajforme.pl](http://www.trzymajforme.pl).

W II edycji programu, w porównaniu do I edycji, zwiększyła się liczba szkół oraz uczniów biorących udział w realizacji programu o ok. 10 %.

Program „Trzymaj Formę!” został bardzo wysoko oceniony, zarówno przez młodzież, jak i nauczycieli, dyrektorów szkół i 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 poszczególnych szkołach, dzięki czemu uczniowie mieli możliwość poszukiwania i realizowania własnych pomysłów prozdrowotnych. W latach 2006-2008 powstało ok. 17 000 autorskich projektów szkolnych.

„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.

## **2.2 Zapobieganie oraz ograniczanie palenia tytoniu**

Palenie tytoniu ma znaczący wpływ na występowanie chorób niezakaźnych, które powodują poważne problemy zdrowotne, społeczne i ekonomiczne w Polsce. Obecny stan w zakresie zachorowań i zgonów z powodu chorób układu krążenia, układu oddechowego i nowotworów złośliwych oraz powodowanego nimi inwalidztwa i niezdolności do pracy może ulec poprawie przy zmianie stylu życia Polaków, którego znaczącym elementem jest niepalenie. Wymaga to jednak skorygowanego wysiłku i strategicznego podejścia do działań w zakresie profilaktyki i ograniczenia palenia tytoniu.

Ograniczanie epidemii palenia tytoniu i występowania chorób odtytoniowych jest prowadzone wielosektorowo i od lat stanowi jeden z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia oraz główny cel Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce (POZNPT), koordynowanego przez Główny Inspektorat Sanitarny od 1997 roku. Kierunki te są zgodne z programem Światowej Organizacji Zdrowia (Program „WHO Tobacco Free Europe”) i polityką zdrowotną Unii Europejskiej (Program „Europe Against Cancer”) i uwzględniają zobowiązania zawarte w Ramowej Konwencji WHO o „Ograniczeniu Użycia Tytoniu” (ratyfikowana przez Polskę we wrześniu 2006 r.).

Z upoważnienia Ministra Zdrowia za realizację i koordynację programu w 2008 roku odpowiadał Główny Inspektor Sanitarny. Na poziomie wojewódzkim i powiatowym koordynatorami programu są odpowiednio państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni i państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni.

Radykalna zmiana w kulturze zdrowotnej, w obliczu problemu, iż ok. 9-10 milionów Polaków obecnie pali tytoń, wymaga wielu lat pracy. Wyniki badań przeprowadzonych przez Centrum Onkologii w Warszawie w 2007 roku pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 34 %, okazjonalnie palących 2 %, ekspalaczy 19 %, a nigdy nie palących 45 %. W populacji kobiet 23 % paliło codziennie, 3 % okazjonalnie, 10 % stanowiły ekspalaczki, a 64 % osoby nigdy nie palące. Zaprzestanie palenia następuje stosunkowo późno – u mężczyzn w 39 r.ż., a u kobiet nawet w 43 r.ż. Wymuszona ekspozycja na dym tytoniowy jest równie groźna

dla zdrowia i życia jak palenie czynne. Bierna ekspozycja na dym tytoniowy wprawdzie zmniejsza się, ale nadal jest niepokojąco rozpowszechnionym zjawiskiem. 25 % niepalących Polaków deklaruje narażenie na dym tytoniowy w domu, a 8 % w zakładzie pracy (w roku 2006 odpowiednio 33 % i 12 %). W barach i pubach 32 % niepalących klientów jest narażonych na dym tytoniowy, w dyskotekach i klubach muzycznych 25 %, w kawiarniach 22 %, w restauracjach 17 %. W dyskotekach, barach i pubach najczęściej narażone na dym tytoniowy są osoby młode (w wieku 15-29 lat). Mimo restrykcyjnych przepisów dotyczących palenia w szkołach, 8 % niepalących deklaruje narażenie w szkołach na dym tytoniowy. Natomiast w zakładach opieki zdrowotnej oraz obiektach kulturalnych i sportowych oraz w urzędach to zjawisko zostało zminimalizowane lub nie występuje.

Szczególnie trudna jest sytuacja dzieci palących rodziców, które są poddawane działaniu dymu tytoniowego już w okresie płodowym. Każdego roku w Polsce rodzi się ok. 100 000 dzieci, które narażone są na ekspozycję na dym tytoniowy z powodu palenia przez matkę w czasie ciąży. Skutkiem tego narażenia jest spowolnienie wzrostu płodu, niedorozwój niektórych narządów (np. układu oddechowego), zmniejszona odporność i częstsze występowanie zapalenia płuc, astmy oskrzelowej, a także poporodowe objawy głodu nikotynowego, zwiększona tolerancja nikotyny i łatwość uzależnienia się od nikotyny w przyszłości.

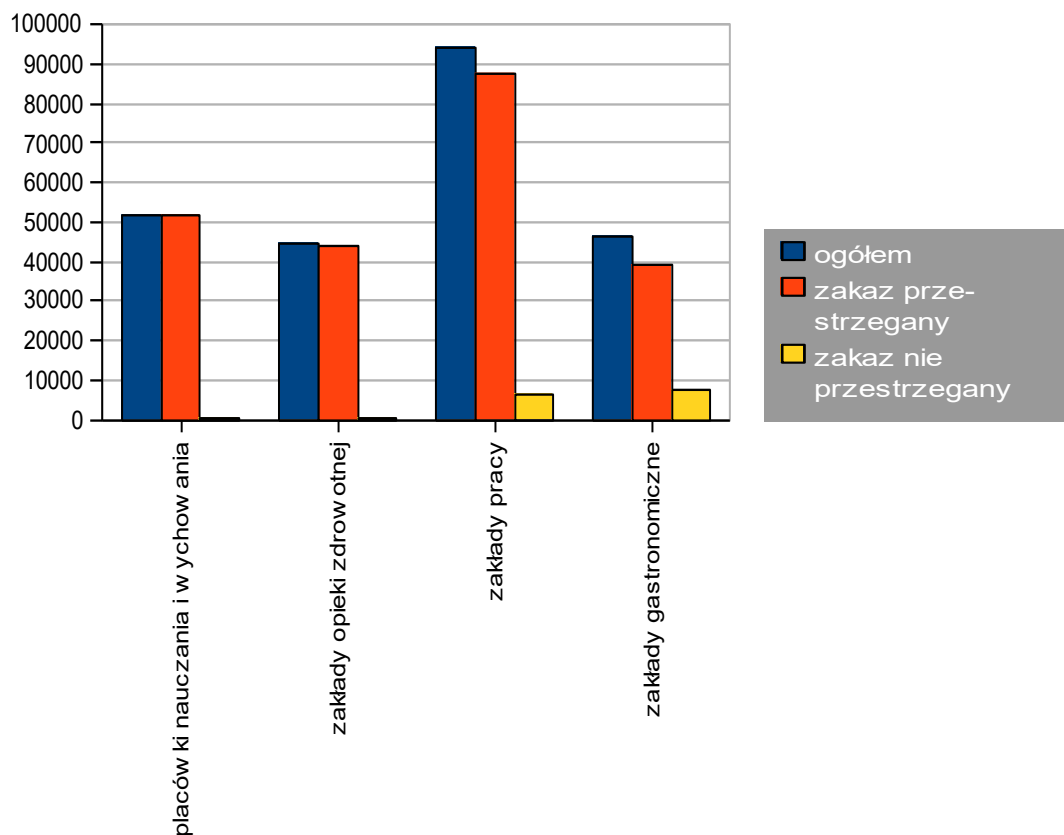
Rozpoznane cechy zachowań związanych z paleniem tytoniu oraz cechy grup największego ryzyka pozwoliły określić kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Do najważniejszych kierunków działań realizowanych w roku 2008 należało:

### ***2.2.1. Prowadzenie monitoringu i oceny przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej***

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 318 powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych, sprawujących bieżący nadzór sanitarny w placówkach nauczania i wychowania, zakładach opieki zdrowotnej, zakładach pracy, zakładach gastronomicznych w trakcie przeprowadzania kontroli sprawdzali przestrzeganie zakazu palenia tytoniu w całym kraju w ww. obiektach w oparciu o art. 5 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.). W roku sprawozdawczym Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła na terenie 16 województw 237 031 kontroli. W 14 500 zakładów zakaz palenia nie był respektowany. Powyższe nie

respektowanie prawa wynikało przede wszystkim z przyzwolenia i tolerancji pracodawców (12 773).



Rys. 11.1. Wyniki przeprowadzonych kontroli w wymienionych obiektach w 2008

Placówki nauczania i wychowania

ogółem	51 839
zakaz przestrzegany	51 555 (99,47 %)
zakaz nieprzestrzegany	284 (0,53 %)

Zakłady opieki zdrowotnej

ogółem	44 648
zakaz przestrzegany	44 275 (99,16 %)
zakaz nieprzestrzegany	373 (0,84 %)

Zakłady pracy

ogółem	94 146
zakaz przestrzegany	87 770 (93,23 %)
zakaz nieprzestrzegany	6 376 (6,77 %)

Zakłady gastronomiczne

ogółem	46 398
zakaz przestrzegany	38 931 (83,90 %)
zakaz nieprzestrzegany	7 467 (16,10 %)



Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielali porad i instruktaży z powołaniem się na obowiązujące przepisy prawne, celem ograniczenia palenia tytoniu przez pracowników, klientów, pacjentów oraz konsumentów w ww. obiektach. Poradnictwo dotyczyło ochrony zdrowia niepalących (bierne palenie), ograniczenia palenia przez palących tytoń, gdzie np. w zakładach pracy dochodzi często do kumulacji innych szkodliwych czynników związanych z wykonywaniem pracy.

### ***2.2.2. Wyeliminowanie ekspozycji na dym tytoniowy w miejscach użyteczności publicznej i w miejscach pracy***

W ramach przygotowań do rozpoczęcia realizacji programów antytytoniowych w zakładach pracy na terenie całego kraju specjaliści z Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi przeszkolili w 2008 roku pracowników pionu promocji zdrowia i higieny pracy z wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych nt. „Metodyki realizacji programów rozwiązywania problemów palenia tytoniu w zakładach pracy”. W 2008 r. na terenie trzech województw: podlaskiego, lubuskiego i wielkopolskiego rozpoczęto działania edukacyjne wśród pracowników z zakładów pracy, które zadeklarowały swoje uczestnictwo i przystąpiły do realizacji programów mając na celu ograniczanie palenia tytoniu w miejscu pracy.

### ***2.2.3. Zmiana klimatu społecznego i zachowań w stosunku do palenia tytoniu poprzez wielopłaszczyznowe populacyjne działania edukacyjno-interwencyjne oraz szkoleniowe***

Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni oraz państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, jako koordynatorzy działań w województwach i powiatach na terenie całego kraju, otrzymali założenia kampanii społecznej pt. „Młodość Wolna od Papierosa” zgodnie z hasłem ogłoszonym przez Światową Organizację Zdrowia. Nagłośnienie kampanii nastąpiło głównie w informacjach telewizyjnych, prasie oraz radiu. Przygotowanie kampanii poprzedzone zostało powołaniem przez Głównego Inspektora Sanitarnego Zespołu ds. Organizacji ww. przedsięwzięcia w całym kraju. Ogółem na terenie kraju Państwowa Inspekcja Sanitarna zorganizowała 20 konferencji prasowych z udziałem 1067 osób.

### ***2.2.4. Światowy Dzień Bez Tytoniu pt. „Młodość wolna od papierosa”***

Działania były przeprowadzone w szerokiej współpracy środowiskowej w całym kraju w okresie od 31 maja do 31 sierpnia. Były skierowane do: dzieci i młodzieży wszystkich typów szkół, studentów, wychowawców i nauczycieli, rodziców, pacjentów zakładów opieki zdrowotnej, pasażerów korzystających ze środków komunikacji

publicznej, pracowników i interesantów stacji sanitarno-epidemiologicznych, pracowników i klientów zakładów pracy, uczestników kolonii i obozów letnich, żołnierzy służby czynnej i zawodowej, pracowników placówek oświatowo-wychowawczych oraz ogółu społeczeństwa.

Informacja o założeniach kampanii została rozpropagowana w lokalnych mediach i na stronach internetowych. Działania przeprowadzono w placówkach nauczania i wychowania, zakładach opieki zdrowotnej, komendach policji, jednostkach wojskowych, lokalnych placówkach PCK oraz urzędach administracji samorządowej. Imprezy były poprzedzane działaniami edukacyjnymi dotyczącymi negatywnego wpływu tytoniu na organizm człowieka. Szczególną uwagę zwracano na uświadamianie młodym ludziom o zagrożeniach związanych z rozpoczęciem palenia. Młodzież wykazywała duże zainteresowanie i zaangażowanie w przygotowywanie akcji. Stacje sanitarno-epidemiologiczne zorganizowały punkty informacyjno-edukacyjne, które cieszyły się dużym zainteresowaniem wśród mieszkańców. Osoby palące często deklarowały chęć rzucenia palenia i wyrażały potrzebę otrzymywania porad na temat szkodliwości sposobów rzucania palenia. Chętnie korzystano z bezpłatnych pomiarów: ciśnienia tętniczego krwi, poziomu cukru we krwi, pomiaru tlenu węgla w wydychanym powietrzu. Pracownicy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych dostarczali materiały dotyczące tematyki antytytoniowej do szkół, placówek oświatowo-wychowawczych, zakładów pracy, zakładów opieki zdrowotnej, pubów, klubów, pizzerii w celu ich wyeksponowania w miejscach publicznych. W trakcie kampanii prowadzono również pogadanki, warsztaty, rozmowy indywidualne, ćwiczenia, odbyły się emisje filmów i spotów, organizowano imprezy prozdrowotne, wystawy, ekspozycje plakatów, zamieszczano informacje na stronach internetowych i w lokalnych mediach.

#### ***2.2.5. Światowy Dzień Rzucania Palenia – 20.11.2008 r. – kampania społeczna dla osób palących.***

Działania były skierowane do: populacji ogólnej, osób palących i ich rodzin, biernych palaczy, a zwłaszcza dzieci w wieku przedszkolnym, młodzieży szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, studentów, osób osadzonych w zakładach karnych, pacjentów zakładów opieki zdrowotnej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna nagłośniła temat kampanii w mediach oraz zorganizowała we współpracy lokalnej punkty informacyjno-konsultacyjne, w których

prowadzono rozdawnictwo materiałów oświatowo-zdrowotnych i rozmowy indywidualne. W punktach konsultacyjnych udzielano porad jak zerwać z nałogiem palenia tytoniu, wykonywano testy uzależnienia od tytoniu, prowadzono pomiary ciśnienia krwi, masy ciała, cholesterolu, wykonywano badania spirometryczne. Zorganizowano ekspozycję materiałów, wystawę plakatów o tematyce antytytoniowej, odbywały się projekcje filmów tematycznych, spektakle przygotowane przez młodzież, organizowano konkursy plastyczne z wystawą prac. Odbywały się happeningi, podczas których uczestnicy wykorzystywali plakaty, parasolki i daszki z hasłem „Młodość Wolna od Papierosa” dostarczone przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. W trakcie imprez prowadzono: pogadanki, prelekcje, rozmowy indywidualne, porady, konkursy, zawody sportowe, przedstawienia teatralne, korowody uliczne, recitale piosenki o zdrowiu, emisje filmów, rozdawnictwo ulotek.

**Tab. 11.1. Formy realizacji działań prozdrowotnych w ramach obchodów ogólnokrajowych kampanii edukacyjnych Światowego Dnia bez Tytoniu i Światowego Dnia Rzucania Palenia prowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną inicjowanych przez pracowników oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych**

Formy realizacji działań prozdrowotnych	Światowy Dzień Bez Tytoniu „Młodość wolna od papierosa” 31 maja – 31 sierpnia 2008 r.		Światowy Dzień Rzucania Palenia 20.11.2008 r.	
	Liczba działań	Liczba uczestników	Liczba działań	Liczba uczestników
Szkolenia	288	6126	133	4119
Narady	1203	3807	879	2828
Wykłady/ prelekcje	681/ 939	20 713/ 42 858	428/ 1092	12 185/ 48 751
Instruktaże	2148	73 294	1723	5175
Konkursy	932	81 730	785	72 417
Imprezy masowe	534	~282 077	284	~ 526 881
Informacje zamieszczone w prasie lokalnej	290	Ogół społeczeństwa	202	Ogół społeczeństwa
Informacje zamieszczone w TV lokalnej	151	Ogół społeczeństwa	118	Ogół społeczeństwa
Informacje zamieszczone w radio lokalnym	166	Ogół społeczeństwa	104	Ogół społeczeństwa
Informacje zamieszczone na stronach www	328	Ogół społeczeństwa	259	Ogół społeczeństwa
Projekcje filmów	1106	38 817	1098	55 170
Punkty informacyjne	695	129 940	486	72 556
Rozmowy indywidualne	6966	6966	11 916	11 916
Badania ankietowe	122	7488	147	7836
Badania profilaktyczne	2259	2259	10 810	10 810
Spektakle	5	1 391	65	6 588

W 2008 roku Główny Inspektorat Sanitarny zainicjował realizację ogólnokrajowego programu przedszkolnej edukacji antytytoniowej pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas” – dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów.

Pierwsza wersja programu pt.: „Czyste powietrze wokół nas” powstała w roku 1997. Program został opracowany przez prof. J. Szymborskiego przy współpracy z prof. W. Zatońskim i innymi specjalistami. Pilotaż programu odbył się w Przedszkolu Nr 1 w Ząbkach k/Warszawy i częściowo był realizowany w innych przedszkolach, zasadniczo do roku 2004. Główny Inspektorat Sanitarny po dokonaniu oceny potrzeb zdrowotnych, w tym obszarze postanowił rozpocząć w 2008 roku realizację udoskonalonej wersji tego programu w przedszkolach.

Zarządzeniem nr 30/08 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 9 września 2008 r. został powołany Zespół do Spraw Opracowania i Wdrożenia „Krajowego zdrowotnego programu edukacyjnego dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas”. W skład Zespołu weszli: prof. J. Szymborski (przewodniczący), przedstawiciel Głównego Inspektoratu Sanitarnego, przedstawiciel Ministerstwa Edukacji Narodowej z Departamentu Zwiększania Szans Edukacyjnych, przedstawiciel Instytutu Matki i Dziecka, dyrektor Przedszkola Nr 1 w Ząbkach.

Dla potrzeb realizacji ww. Programu, zostały wydane materiały i pomoce dydaktyczne. Ponadto Członkowie Zespołu wzięli udział w szkoleniu dla wojewódzkich koordynatorów z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Główny Inspektor Sanitarny zwrócił się do Ministra Edukacji Narodowej o wystosowanie listu skierowanego do nauczycieli wychowania przedszkolnego, który został zamieszczony w poradniku. Honorowy patronat nad Programem objęli: Minister Zdrowia, Minister Edukacji Narodowej oraz Rzecznik Praw Obywatelskich i Rzecznik Praw Dziecka.

Program ma na celu ochronę dzieci przed ekspozycją na dym tytoniowy oraz zwiększenie umiejętności dzieci w zakresie radzenia sobie w sytuacjach, gdy przebywają w zadymionych pomieszczeniach lub, gdy dorośli palą przy nich tytoń.

Ponadto w całym kraju realizowane były autorskie programy i akcje dla społeczności lokalnych inicjowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną we współpracy z zakładami opieki zdrowotnej, placówkami nauczania i wychowania, władzami samorządowymi, organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami wg lokalnych potrzeb i możliwości.

Palenie tytoniu stanowi zagrożenie dla całego społeczeństwa i wymaga systematycznego wzmacniania świadomości społecznej, upowszechniania fachowej i dostępnej pomocy osobom uzależnionym oraz tworzenia mechanizmów ekonomicznych podnoszących skuteczność działań w tym zakresie. Zgromadzone dotychczas doświadczenie, opracowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną autorskie programy, strategie działania, nawiązane kontakty i współpraca w terenie, zespoły przygotowanych specjalistów ds. promocji zdrowia, pracowników medycznych, pedagogicznych, liderów środowiskowych, to kapitał i punkt wyjścia do rozszerzenia prowadzonych działań na terenie całego kraju.

### **2.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym**

#### **2.3.1. Zapobieganie HIV/AIDS**

W roku 2008 Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom Wirusem HIV na lata 2007-2011, a przede wszystkim inicjowała i prowadziła działania w ramach: Ogólnopolskiej Multimedialnej Kampanii Społecznej pt. „Wróć bez HIV” i „Daj Szansę Swojemu Dziecku” oraz obchodów Światowego Dnia AIDS – 1.12.2008 r.. Ponadto we współpracy ze szkołami kontynuowała w całym kraju działania edukacyjne skierowane do młodzieży oraz prowadziła szkolenia dla różnych grup zawodowych i liderów młodzieżowych.

Głównym celem programu w zakresie działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest zapobieganie zakażeniom HIV.

Przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej zorganizowali 293 szkolenia dla 7449 odbiorców, 91 wykładów dla 5604 osób oraz 855 narad dla 2089 uczestników. Uczestnikami byli pracownicy oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, służby mundurowe, nauczyciele, pedagodzy, uczniowie, szkolni koordynatorzy, realizatorzy, współrealizatorzy i partnerzy programu, władze samorządowe, pielęgniarki, nauczyciele, uczniowie, studenci.

Odbyły się następujące działania w całym kraju:

- 344 prelekcje dla 12 412 uczestników,
- 1595 pogadanek dla 41 397 osób,
- 1120 instruktaży dla 1109 odbiorców,
- 2 pokazy dla 46 uczniów,
- 54 ćwiczenia dla 5045 uczniów,
- 352 konkursy dla 62 940 uczniów,

- 117 imprez dla 68 348 osób,
- 674 formy wizualne 240 708 uczestników,

Opublikowano:

- 356 informacji w prasie,
- 622 informacje w radio,
- 206 informacji w telewizji,
- 218 informacji w Internecie.

Jako inne formy przeprowadzono:

9 gier i zabaw dla 407 uczniów, 301 projekcji filmów dla 25 659 uczniów, 281 wytycznych

i zaleceń dla 50 233 realizatorów programu, 2643 rozmowy indywidualne dla 2625 uczniów

i rodziców, 6 punktów konsultacyjno-diagnostycznych dla 1393 osób, 16 spektakli teatralnych dla 3990 uczniów, 25 konferencji prasowych dla 263 dziennikarzy, 9 happeningów dla 3110 uczestników, 97 punktów informacyjnych dla 25 459 odbiorców, 51 apeli szkolnych dla 11 470 uczniów.

Rozdystrybuowano około 140 000 pakietów edukacyjnych.

Partnerami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ww. działaniach były: Urzędy Marszałkowskie, Urzędy Wojewódzkie, Kuratoria Oświaty, Komendy Policji, władze samorządowe, placówki nauczania i wychowania, ośrodki kultury, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, PCK, zakłady opieki zdrowotnej, biura podróży, PKS, PKP, stacje paliw, regionalne i lokalne środki masowego przekazu.

### ***2.3.2. Zapobieganie innym chorobom zakaźnym***

WSSE Olsztyn:

*Program zapobiegania wściekliznie* adresowany do:

- nauczycieli klas 1-3 szkół podstawowych,
- rodziców i uczniów,
- uczniów klas 4-6 szkół podstawowych,
- ogółu społeczeństwa.

W przebiegu realizacji programu realizowane były: szkolenia, narady, formy wizualne, wycieczki, komunikaty, poradnictwo, dystrybucja materiałów.

Program swoim zasięgiem objął:

- 6 przedszkoli,

- 136 szkół podstawowych,
- 12 placówek wczasów letnich.

Ogółem działaniami objęto 12 159 osób.

PSSE Tomaszów Lubelski:

*Program zapobiegania wściekliznie* adresowany do:

- mieszkańców 3 gmin,
- uczniów i opiekunów w 3 placówkach nauczania i wychowania,
- pacjentów 4 zakładów opieki zdrowotnej,

W przebiegu programu realizowane były:

pogadanki, wykłady, porady, dystrybucja materiałów.

Ogółem działaniami objęto 10 200 mieszkańców.

WSSE Olsztyn:

Program: „*Kleszcz mały czy duży, nic dobrego nie wróży*” adresowany do:

- młodzieży szkół ponadgimnazjalnych i ich rodziców,
- nauczycieli,
- pielęgniarek,
- mieszkańców 19 powiatów.

W przebiegu programu realizowane były: szkolenia, narady, dystrybucja materiałów.

Ogółem działaniami objęto 3440 osób.

WSSE Białystok:

Program: „*Kleszcz mały czy duży, nic dobrego nie wróży*” adresowany do:

- młodzieży klas II gimnazjalnych.

W przebiegu programu realizowane były:

szkolenia, narady, konkurs plastyczny na logo programu, ankieta.

Program swoim zasięgiem objął:

- 97 szkół (70 %),
- 6706 uczniów (65,3%).

Ogółem działaniami objęto 6706 osób.

## **2.4. Zapobieganie próchnicy zębów**



W roku szkolnym 2007/2008 Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała rozpoczęty w 1997 roku program profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia, pod nazwą „Radosny Uśmiech – Radosna Przyszłość”.

Program adresowany był corocznie do uczniów klas II szkół podstawowych. Swym zasięgiem w ostatniej edycji objął 12 778 szkół podstawowych, a działaniami edukacyjnymi objęto 375 140 uczniów.

Głównym celem programu było podniesienie odpowiedzialności wśród dzieci za higienę jamy ustnej, kształtowanie umiejętności prawidłowego szczotkowania zębów, wzrost poziomu wiedzy na temat profilaktyki próchnicy zębów wśród dzieci oraz ich rodziców i opiekunów, a także rozwijanie u dzieci pozytywnego nastawienia do systematycznych wizyt u dentysty.

Wojewódzcy i powiatowi koordynatorzy programu – pracownicy pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach działań edukacyjnych zorganizowali i przeprowadzili 705 szkoleń dla realizatorów programu w szkołach, w których uczestniczyło 9908 osób oraz 1955 narad dla 7887 osób.

W placówkach nauczania i wychowania realizatorzy działań przeprowadzili:

- 469 wykładów, których odbiorcami było 7975 osób (uczniów, nauczycieli, rodziców),
- 3337 prelekcji dla 53 253 osób,
- 28 559 pogadanek, w których uczestniczyło 177 196 uczniów,
- 8833 instruktaży dla 123 865 osób,
- 10 539 pokazów dla 178 341 uczniów.

W ramach działań edukacyjno-informacyjnych pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wspólnie w licznych partnerami (dyrekcją szkół, pracownikami zakładów opieki zdrowotnej, władzami lokalnymi) podjęli szereg działań wspierających realizację programu, w tym odbyło się:

- 600 imprez o charakterze prozdrowotnym dla 38 026 osób (społeczności szkolnej i lokalnej),
- 3221 konkursów, w których udział wzięło 74 219 uczniów,
- 82 punktów informacyjnych, z których skorzystało 2285 osób,
- 8821 projekcje filmów z zakresu profilaktyki próchnicy zębów, których odbiorcami było 178 864 osób.

Ponadto w ramach realizacji programu koordynatorzy i realizatorzy działań zorganizowali wizyty w gabinetach stomatologicznych (1488) dla 12 757 uczniów,

przeprowadzili edukację wśród rodziców i opiekunów uczniów (łącznie 6706 osób), rozmowy indywidualne z 19 477 osobami, udzielili 817 porad metodycznych dla 1867 osób. W mediach zamieszczono informacje o realizacji programu w szkołach:

- opublikowano 61 artykułów praso- wych,
- wyemitowano 20 audycji radiowych,
- wyemitowano 19 informacji w lokalnych telewizjach,
- zamieszczono 129 informacji w Internecie.

Program został oceniony bardzo dobrze przez odbiorców i realizatorów działań. Uczniowie chętnie i aktywnie uczestniczyli w zajęciach. W wiele działań włączyli się również rodzice i opiekunowie uczniów.

### **2.5. Zapobieganie astmie oskrzelowej**

W roku szkolnym 2007/08 Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła piątą edycję programu edukacyjnego „Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie”. Program ten, realizowany w całym kraju, adresowany był do uczniów klas I, II, III szkoły podstawowej i ich rodziców oraz opiekunów.

Głównym celem programu jest uświadomienie rodzicom i opiekunom dzieci znaczenia wczesnego wykrywania astmy oraz stworzenie dzieciom zagrożonym chorobą możliwości optymalnej jakości życia. W programie wzięło udział 298 816 uczniów z klas I-III z 2610 szkół podstawowych z całej Polski.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w związku z programem „Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie” podjęła następujące działania: Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, jako główni organizatorzy szkoleń przeprowadzili ich 1228, w których uczestniczyło 20 307 odbiorców. W 771 naradach uczestniczyło 3948 partnerów działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ważnym elementem programu były także informacje w środkach masowego przekazu zawarte w prasie (97 publikacji), informacje w telewizji (21) i Internecie (148), informacje dotyczące programu przekazały 33 lokalne rozgłośnie radiowe.

Istotnym elementem programu była również dystrybucja materiałów dydaktycznych, które były bardzo pomocne w realizacji zamierzonego celu. Łącznie wydano 196 556 pomocy dydaktycznych, takich jak: książeczki, plakaty, broszury, naklejki, kolorowanki, zakładki.

W ramach profilaktyki i działań, mających na celu poprawę świadomości uczestników i odbiorców programu zorganizowano: 5266 pogadanek z udziałem 119 719

uczestników, 1703 prelekcje z udziałem 51 575 uczestników, 861 instruktaży dla 12 839 uczniów, rodzicowi nauczycieli, 1136 ćwiczeń dla uczniów, nauczycieli i opiekunów dla 23 949 uczestników, 147 imprez, w których udział wzięło 36 115 uczestników ze środowisk szkolnych i lokalnych.

Zorganizowano i przeprowadzono 1018 konkursów, w których udział wzięło 47 789 uczniów. Zajęcia aktywizujące uczniów były częstą formą realizacji, w szczególności odbywały się: przedstawienia teatralne (ogółem 356, w których uczestniczyło 23 758 uczniów).

## **2.6. Zapobieganie chorobom nowotworowym**

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ostatnich latach we współpracy lokalnej rozszerzyła działania dotyczące profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy.

Realizowane były następujące programy wojewódzkie:

a) WSSE Gorzów Wielkopolski – program: „*Poznaj swoje piersi*”, adresowany do dziewcząt szkół ponadgimnazjalnych oraz kobiet.

W przebiegu realizacji programu organizowane były: narady, szkolenia, wykłady, imprezy plenerowe, happening, pokazy połączone z instruktażem, ćwiczenia na fantomach piersi, porady, punkty edukacyjno-informacyjne, bezpłatne badania mammograficzne dla dorosłych kobiet.

Program swoim zasięgiem objął:

- 84 szkoły ponadgimnazjalne (64 %),
- 18 355 uczniów (42 %).

Ogółem działaniami objęto 22 894 osoby.

b) WSSE Warszawa – program: „*Wybierz życie – pierwszy krok*” (dot. raka szyjki macicy), adresowany do:

- młodzieży w wieku 16-19 lat, ich rodziców i nauczycieli,
- kobiet w wieku 25-59 lat.

W przebiegu realizacji programu organizowane były: szkolenia, narady, wykłady, porady, prelekcje, pogadanki, projekcje filmów, punkty informacyjne, konkursy.

Program swoim zasięgiem objął

- 178 szkół ponadgimnazjalnych,
- 17 szkół gimnazjalnych,
- 135 zakładów opieki zdrowotnej,
- 61 poradni K,

– 17 szpitali.

Ogółem działaniami objęto 682 135 osób.

c) WSSE Rzeszów – program: „*Co każda kobieta wiedzieć powinna*”, adresowany do kobiet.

W przebiegu realizacji programu organizowane były: narady, szkolenia, dystrybucja materiałów, instruktaże i konsultacje.

Program swoim zasięgiem objął 682 135 osób.

d) WSSE Poznań – program: „*Zdrowe piersi*” adresowany do:

- uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych,
- społeczności lokalnej.

W przebiegu realizacji programu organizowane były: szkolenia, narady, wykłady, prelekcje, pogadanki z pokazami samobadania piersi, festyny i pikniki rodzinne.

Program swoim zasięgiem objął:

- 123 gimnazja (39,4 %),
- 80 szkół ponadgimnazjalnych (48,8 %).

Ogółem działaniami objęto 17 532 osób.

e) WSSE Łódź – program: „*Grunt to Zdrowie*” adresowany do:

ogółu społeczności lokalnej, w szczególności środowisk wiejskich.

W przebiegu realizacji programu organizowane były: wykłady, pokazy samobadania piersi, porady dietetyczne, konkursy dla dzieci i młodzieży, pokazy pierwszej pomocy, poradnictwo – rzucanie palenia, badania mammograficzne.

Ogółem działaniami objęto około 3000 osób w Kołach Gospodyń Wiejskich, zakładach opieki zdrowotnej, ośrodkach kultury i tym podobnych miejscach.

f) WSSE Kraków – program: „*Dbamy o nasze mamy*” adresowany do: matek dzieci ze szkół podstawowych i przedszkoli.

W przebiegu realizacji programu organizowane były: spotkania rodzinne, festyny, pikniki, zajęcia edukacyjne dla matek i rekreacyjno-artystyczne dla dzieci.

Ogółem, działaniami objęto 6330 osób.

Program prowadzono w:

- 23 szkołach i przedszkolach,
- 3 zakładach opieki zdrowotnej.

Ponadto realizowano szereg programów o zasięgu lokalnym, których

przedmiotem była szeroko pojęta profilaktyka chorób nowotworowych. W szczególności dotyczyły one np. profilaktyki raka szyjki macicy, raka prostaty itp.

### **3. Światowy Dzień Zdrowia – ogłoszony przez WHO pod hasłem „Chrońmy zdrowie przed szkodliwym wpływem zmian klimatycznych”**

Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce po raz kolejny zaangażowała się w zorganizowanie i przeprowadzenie obchodów Światowego Dnia Zdrowia (7 kwietnia 2008 r.), który w tym roku przebiegał pod hasłem „Chrońmy zdrowie przed szkodliwym wpływem zmian klimatycznych”.

W ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne podjęły na terenie całego kraju następujące działania:

- dystrybuowały materiały informacyjne przekazane przez Biuro WHO w Polsce, a także własne opracowania dla lokalnych samorządów, placówek oświatowo-wychowawczych oraz zakładów opieki zdrowotnej celem rozpropagowania ww. tematyki w środowiskach lokalnych,
- w mediach regionalnych i lokalnych ukazało się 196 artykułów prasowych, 74 audycje radiowych, 78 informacji w telewizji lokalnej oraz 302 informacje zamieszczone w Internecie, Państwowa Inspekcja Sanitarna zorganizowała 173 szkolenia i 545 porad dla realizatorów działań w terenie
- (pracowników placówek oświatowo-wychowawczych, pracowników zakładów opieki zdrowotnej, przedstawicieli samorządów lokalnych – ogółem udział wzięło 7416 osób), podczas których pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wraz z zaproszonymi ekspertami przekazywali założenia Światowego Dnia Zdrowia oraz informacje nt. wpływu zmian klimatycznych na zdrowie,
- partnerzy działań w terenie przeprowadzili edukację prozdrowotną wśród dzieci i młodzieży szkolnej, ich rodziców i opiekunów oraz pacjentów zakładów opieki zdrowotnej, poprzez zorganizowanie:
  - 380 wykładów z udziałem 17 539 osób,
  - 512 prelekcji dla 17 212 osób,
  - 4522 pogadanek z udziałem 107 465 osób,
  - 972 instruktaży dla 5094 osób,
  - 382 pokazy dla 27 589 osób,

- 342 ćwiczeń dla 7175 osób,
- ponadto zorganizowano następujące działania skierowane szczególnie dla dzieci i młodzieży szkolnej, ale także dla społeczności lokalnej:
- 1253 konkursy (plastyczne, wiedzy, ekologiczne, fotograficzne), których odbiorcami było 53 355 osób,
- 406 imprez z udziałem 78 570 osób,
- 196 gier i zabaw dla 11 383 osób,
- 338 projekcji filmów dla 14 243 osób,
- pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili 8491 rozmów indywidualnych dla społeczności szkolnej i lokalnej (14 272 osób), a także zorganizowali 360 punktów informacyjnych, z których skorzystało 22 449 osób.

W celu przeprowadzenia powyższych działań pracownicy pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej nawiązali współpracę z lokalnymi partnerami: władzami lokalnymi, dyrektorami placówek oświatowo-wychowawczych, pracownikami zakładów opieki zdrowotnej, fundacjami i organizacjami pozarządowymi, ośrodkami kultury oraz ze służbami mundurowymi.

#### **4. Podsumowanie**

Tematyka przedsięwzięć prozdrowotnych, podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w roku 2008, dotyczyła priorytetowych problemów zdrowotnych dotyczących ogólnej populacji oraz zagrożeń zdrowotnych występujących w środowiskach lokalnych.

Realizacja programów dotyczyła profilaktyki chorób oraz promocji zdrowego stylu życia. Pomimo niedostatecznych nakładów finansowych na te działania w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ich przeprowadzenie było możliwe dzięki ogromnemu zaangażowaniu pracowników, ich umiejętności nawiązywania współpracy, a przede wszystkim przekonania o zasadności i skuteczności prowadzonych działań.

## XII. Ochrona sanitarna granic państwa

W związku faktem, że granica wschodnia Polski jest równocześnie granicą zewnętrzną Unii Europejskiej, zostało nałożone na Polskę szczególnie odpowiedzialne zadanie zagwarantowania bezpieczeństwa wszystkich Państw Członkowskich przed zagrożeniami ze strony niepożądanych na terytorium UE osób i towarów, przy jednoczesnym utrzymywaniu dobrosąsiedzkich kontaktów z państwami pozostającymi poza Unią Europejską.

Równoczesne otwarcie granic i rozwój transportu międzynarodowego (głównie lotniczego), a także groźba użycia czynników zakaźnych w celach terrorystycznych sprawiły, że coraz więcej chorób stało się realnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego w wymiarze ponadnarodowym.

Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną, której celem jest utrzymanie bariery sanitarno-epidemiologicznej kraju poprzez niedopuszczenie do wprowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, których jakość zdrowotna nie odpowiada obowiązującym przepisom i może stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.

Graniczna kontrola sanitarna żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2008 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 regulami 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 – ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. *o bezpieczeństwie żywności i żywienia* (Dz. U. Nr 171, poz. 1225) oraz rozporządzeniach wykonawczych wydanych na jej podstawie.

Zgodnie z 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 rozporządzeniem nr 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.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podobnie jak w latach poprzednich, w 2008 r. 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”.

W roku 2008, w ramach nadzoru nad jakością zdrowotną żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pobrały do badań:

1. 9376 próbek żywności importowanej z krajów trzecich, z których 632, tj. 6,74 % nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2007 r. – 7,60 %),
2. 885 próbek importowanych materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, z których 68, tj. 7,68 % nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań (w 2007 r. – 8,60 %).

Najczęściej importowane produkty kwestionowano za:

- zanieczyszczenia biologiczne – na 5737 próbek zbadanych zdyskwalifikowano 480 (8,37 % zbadanych), w tym: 398 próbek kawy, herbaty, kakao, herbatek owocowych i ziołowych, co stanowiło 82,9 % próbek zakwestionowanych,



- zanieczyszczenie mikotoksynami – na 508 zbadanych próbek zdyskwalifikowano 43 (8,46 % zbadanych), w tym: 21 próbek orzechów, 12 próbek owoców i 6 próbek ziarna zbóż i przetworowy zbożowo-mącznych,
- nieprawidłowe znakowanie – na 2555 zbadanych próbek zdyskwalifikowano 42 (1,64 % zbadanych), w tym: 18 próbek suplementów diety, 12 próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Ponadto na 227 próbki materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością importowane z krajów trzecich (głównie Chin) zbadanych w kierunku migracji metali szkodliwych dla zdrowia – zakwestionowano 7 próbek, co stanowiło 3,08 %.

Mając na uwadze przyznanie Polsce wraz z Ukrainą organizacji Mistrzostw Europy w piłce nożnej *Euro 2012* szczególną uwagę zwrócono na stan sanitarno-higieniczny granicznych przejść drogowych z Ukrainą. Działania związane z przygotowaniem do *Euro 2012* będą kontynuowane w roku 2009 oraz latach następnych w celu wypracowania zoptymalizowanych rozwiązań organizacyjnych, uwzględniających z jednej strony konieczność zapewnienia maksymalnej ochrony zdrowia publicznego, z drugiej zaś usprawnienia i zminimalizowania uciążliwości związanych z granicznymi kontrolami sanitarnymi.

## Zakończenie

W roku 2008 Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wykonywanie zadań określonych ustawą z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*. Działalność Inspekcji w 2008 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 2007 w większości obszarów objętych nadzorem nie odnotowano istotnych zmian; większość obserwowanych zjawisk stanowiła kontynuację trendów wieloletnich.

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w 2008 r. w Polsce należy ocenić jako dobrą. Obserwowany w roku 2008 wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej.

W roku 2008 obserwowano niepokojący wzrost liczby rozpoznanych zakażeń wirusem HAV. Zarejestrowana ich liczba 209 jest kilkakrotnie wyższa niż zgłaszana w poszczególnych latach poczynając od 2002 roku. Zachorowania dotyczyły głównie młodych osób między 20 a 30 rokiem życia.

W roku 2008, w stosunku do roku 2007, a także lat wcześniejszych, odnotowano znaczący wzrost liczby zgłoszonych przypadków biegunek u dzieci do lat 2. W związku z faktem, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym, organy administracji publicznej mają w tym przypadku niewielkie możliwości podejmowania działań zapobiegawczych. Pewien wpływ może odgrywać oświata zdrowotna kształtująca zachowania prozdrowotne, na rzecz zwiększania higieny osobistej oraz higieny przygotowania posiłków w warunkach domowych, zwłaszcza w rodzinach dzieci w wieku do lat 2.

W ramach prac Krajowego Komitetu ds. Pandemii Grypy, kontynuowano działania mające na celu przygotowanie Polski do pandemii grypy. W Głównym Inspektoracie Sanitarnym zaktualizowano część I i II „*Polskiego planu pandemicznego*”. We współpracy z wybranymi wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi podjęto działania mające na celu zaktualizowanie i dostosowanie do najnowszych wymogów WHO i ECDC lokalnych planów pandemicznych. Podjęto również szereg działań mających na celu zwiększenie zaangażowania w przygotowania do pandemii grypy przedstawicieli sektora

prywatnego.

Kontynuowano również działania w zakresie przeciwdziałania zachorowaniom na inwazyjną chorobę meningokokową, polegające m.in. na wdrożeniu odpowiednich rozwiązań organizacyjnych i prawnych. Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. Nr 234, poz. 1570) nakładają na osoby, które miały styczność z chorymi na inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*, obowiązek leczenia, poddanie się nadzorowi epidemiologicznemu, badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a także w razie potrzeby, profilaktycznemu stosowaniu leków. W roku 2008 zrealizowano akcję obowiązkowych szczepień ochronnych p/*Neisseria meningitidis* grupy C wśród dzieci i młodzieży z terenu wszystkich gmin powiatu Ostrowiec Świętokrzyski i gminy Tarłów w powiecie opatowskim na terenie województwa świętokrzyskiego. Szczepieniami objęto 9000 osób z roczników 1989-1994.

W 2008 r. stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej nie uległ istotnym zmianom w odniesieniu do roku poprzedniego. Wyniki kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazują jednak na dalsze pogorszenie się stanu sanitarnego szpitali, w przypadku których odsetek obiektów ocenionych negatywnie wzrósł z 17,2 % (137 obiektów) w 2007 r. do 20,3 % (163 obiekty) w 2008 r., przy wysokim, wynoszącym 99,2 %, odsetku placówek objętych kontrolą.

Proces dostosowania 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 2213, poz. 1568, z późn. zm.) następuje powoli.

W związku z rozwijającym się rynkiem świadczenia usług kosmetycznych spowodowanym wzrostem popytu na tego typu usługi oraz ich dostępnością istnieje obecnie potencjalnie większa możliwość zakażenia wirusami hepatotropowymi, w tym zwłaszcza wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV), w przypadku niewłaściwego postępowania z narzędziami powodującymi przerywanie ciągłości tkanek. Wymaga zatem szczególnego podkreślenia znaczna poprawa stanu sanitarnego obiektów, w których świadczone są usługi, w trakcie których dochodzi lub może dojść do naruszenia ciągłości tkanek (zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, fryzjersko-kosmetyczne, salony tatuażu). Odsetek obiektów tej grupy o złym stanie sanitarnym zmniejszył się z 3,9 % w 2007 r. do 2,5 % w 2008 r.

Nie odnotowano poprawy w zakresie zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną

do spożycia odpowiedniej jakości. Dane za rok 2008 wyraźnie wskazują, że, analogicznie jak w latach poprzednich, przedsiębiorstwa wodociągowo kanalizacyjne i podmioty produkujące wodę w ilości poniżej 1000 m<sup>3</sup>/dobę dostarczają swoim odbiorcom niejednokrotnie wodę nieodpowiadającą wymaganiom określonym w przepisach prawa, zarówno pod względem mikrobiologicznym, jak i fizykochemicznym. Woda dostarczana przez wodociągi o najmniejszej dobowej wydajności stanowi bezpośrednio 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, 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 odbiorcy mieli zapewnioną dobrą jakość wody o składzie i parametrach świadczących o jej dobrych walorach zdrowotnych.

W roku 2008 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w skali kraju udzieliły odstępstw na 8 parametrów określonych w załączniku 2 do rozporządzenia 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). Największą liczbę przekroczeń wykazały azotany – 31 udzielonych odstępstw.

Większość przypadków niezgodności wody przeznaczonej do spożycia z obowiązującymi normami dotyczyła odbiegającego od wymagań składu fizykochemicznego, w szczególności ponadnormatywnej zawartości żelaza oraz manganu i związanej z tym podwyższonej mętności i barwy wody, co naogół nie przekładało się na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów.

W 2008 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła badania ciepłej wody w szpitalach i w budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek *Legionella sp.*, które wykazały, że przypadku dużego odsetka placówek doszło do przekroczeń dopuszczalnej ilości bakterii w instalacjach. W szczególności dotyczyło to szpitali (58,6 %), domów rencisty (46,7 %) i domów dziecka (14,2 %). Wskazuje to na konieczność podjęcia pilnych działań naprawczych, mając zwłaszcza na uwadze w fakt, że w znacznej części wytypowanych obiektów przebywają osoby o upośledzonej odporności.