

**STAN
SANITARNY KRAJU
2007**

**STAN
SANITARNY KRAJU
2007**

Warszawa 2008

Autorzy:

Rozdział II – mgr inż. Krzysztof Skotak – NIZP-PZH, Zakład Higieny Komunalnej

Rozdział III – dr Janusz Świątczak – NIZP-PZH, Zakład Higieny Komunalnej

Rozdziały V, VI – mgr Małgorzata Jamsheer-Bratkowska – NIZP-PZH, Zakład Higieny Komunalnej

Opracowanie pozostałych rozdziałów oraz redakcja sprawozdania – Główny Inspektorat Sanitarny

Spis treści

Wstęp	7
I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych	9
II. Jakość wody przeznaczonej do spożycia	18
III. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego	31
IV. Zapobiegawczy nadzór sanitarny	47
V. Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej i kąpielisk	50
VI. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej	70
VII. Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy	84
VIII. Higiena radiacyjna	89
IX. Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych oraz warunki pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach	93
X. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku	98
XI. Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia	113
XII. Sanitarna ochrona granic państwa	121
Zakończenie	123

Wstęp

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

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

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

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

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

- żywność, której zanieczyszczenia chemiczne i mikrobiologiczne implikują istotne skutki zdrowotne;
- woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, która może być źródłem groźnych zakażeń lub zatruć;

- powietrze atmosferyczne i powietrze wewnątrz pomieszczeń, którego zanieczyszczenia chemiczne i fizyczne mogą wywoływać choroby ostre i przewlekłe;
- 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 2007 roku w Polsce działało 16 wojewódzkich, 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Oparta na modelu administracji niespolonej 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 również mogące się pojawić, zagrożenia dla zdrowia ludzi. Prowadzenie systematycznych badań oraz dokonywanie okresowych ocen stanu sanitarnego umożliwiają monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i sanitarnej oraz podejmowanie niezbędnych działań interwencyjnych. Wszelkiego rodzaju analizy i oceny są źródłem informacji do opracowania planów długoterminowych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz określania priorytetowych kierunków działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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, od-

powiednio 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 ponadpowiatowym, 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 meto-

dy 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 2007” 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 2007 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 2007 r. i stanowi porównanie ze stanem na koniec roku 2006.

I. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce należy uznać za dobrą. Obserwowany w roku 2007 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 2007 roku*. Dane te podlegać będą jeszcze weryfikacji i mogą ulec zmianie.

Tabela 1.1. Wybrane dane epidemiologiczne dot. występowania chorób zakaźnych w Polsce w latach 2004-2007 (za 2007 rok dane nie zostały jeszcze zweryfikowane)

poz.	Jednostka chorobowa zachorowania	2004	2005	2006	2007
1	2	3	4	5	6
1.	AIDS	163	157	167	164
2.	Dur brzuszny	2	3	3	2
3.	Dury rzekome A, B i C	3	3	1	3
4.	Salmonelozы – ogółem	15 958	16 007	13 364	11 701
5.	Czerwonka bakteryjna	74	80	35	64
6.	Biegunki u dzieci do lat 2	16 361	17 284	21 310	22 683
7.	Krztusiec	2 955	1 925	1 525	1 984
8.	Tęžec	25	15	22	19
9.	Odra	11	13	120	37
10.	Różyczka	4 857	7 946	20 659	22 886
11.	Ospa wietrzna	147 977	147 751	141 218	160 089
12.	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	135 179	71 999	15 114	4 146
13.	Nagminne porażenie dziecięce – poszczepienne	1	–	–	–
14.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	906	1 075	1578	1201
15.	Wirusowe zapalenie mózgu (wszystkie)	521	387	608	508
16.	w tym zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	262	174	316	233
17.	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz . i zapalenie mózgu)	205	208	234	394
18.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – meningokokowe	112	126	137	212

1	2	3	4	5	6
19.	Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznica, zapalenie opon m-rdz . i zapalenie mózgu)	125	72	54	45
20.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – <i>Haemophilus influenzae</i>	77	56	39	36
21.	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz . i zapalenie mózgu)	bd	175	211	271
22.	w tym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - pneumokokowe	bd	110	117	162
23.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - bakteryjne inne lub o nieustalanej etiologii	620	902	685	656
24.	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	3 937	4 875	4 883	4 371
25.	w tym wzv typu A	95	54	109	42
26.	wzv typu B	1 570	1 724	1 751	1 520
27.	wzv typu C	2 157	2 993	3 025	2 809
28.	Świerzb	12 102	11 622	11 105	11 466
29.	Włośnica	163	62	135	292
30.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	19 872	20 065	17 264	15 241
31.	w tym – salmonelozowe	15 818	15 621	13 216	11 565
32.	– gronkowcowe	565	658	417	407
33.	– jadem kiełbasianym	53	28	50	48
34.	– <i>Clostridium perfringens</i>	1	4	5	4
35.	Borelioza (Choroba z Lyme)	3 822	4 406	6 679	7 723
36.	Grypa - ogółem	336 919	733 234	251 815	374 041
37.	Wścieklizna	–	–	–	–
38.	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7 556	7 711	7 510	7 061
39.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	13	13	10	11

1.1. Zatrucia i zakażenia pokarmowe

W roku 2007 obserwowano niewielki 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* 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 2007, w stosunku do roku 2006, a także lat wcześniejszych, obserwowano wyraźny wzrost liczby zgłoszonych przypadków biegunek u dzieci do lat 2. Należy zauważyć, że do zakażeń i zatruc pokarmowych

u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym. Liczba dzieci z tej grupy wiekowej objętych opieką w formie zinstytucjonalizowanej, np. w żłobkach lub domach małego dziecka, jest bowiem znikoma. Organy administracji publicznej mają zatem jedynie 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 warunkach domowych, zwłaszcza w rodzinach dzieci w wieku do lat 2. Nadal sporadycznie występowały zakażenia pałeczką czerwonki oraz zachorowania na dur brzuszny i dury rzekome. W 2007 roku potwierdzono 64 zachorowania na czerwonkę bakteryjną, w porównaniu do 35 zachorowań w 2006 roku i 80 zachorowań w 2005 roku. Zare-

jestrowano również, podobnie jak w latach ubiegłych, pojedyncze zachorowania na dur brzuszny (2 przypadki w 2007 roku) i dury rzekome (3 przypadki w 2007 roku). Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne na terenie każdego z województw prowadzą rejestry nosicieli pałeczek duru brzuszego będących potencjalnym źródłem zakażenia.

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 możliwością wystąpienia tzw. epidemii wyrównawczych. Ważne jest więc konsekwentne prowadzenie szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie w populacji zatrudnionych przy produkcji i dystrybucji żywności oraz wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Wykonywanie szczepień przeciw WZW A jest także zalecane osobom planującym wyjazd do krajów o wysokiej endemiczności zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A, w celu ochrony 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 2007 zachorowało 1520 osób. Dla porównania, w 2006 roku zgłoszono 1751 zachorowań, zaś 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.

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 2007 stwierdzono 2809 zachorowań. Dla porównania w roku 2006 stwierdzono 3025 przypadków zachorowań, zaś w 2005 roku – 2993 zgłoszenia. 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.

Konieczne jest również rozpoznawanie zakażenia wirusem HCV możliwie wcześniej 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 sanitarно-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 cechuje się zmiennością. W roku 2007 wystąpiły 1984 zachorowania na krztusiec. Dla porównania w roku 2006 wystąpiło 1525 zachorowań, w roku 2005 – 1925 zachorowań, a w 2004 – 2955 zachorowań. Od 2003 roku prowadzone są szczepienia przypominające przeciw krztuścowi u dzieci w 6 roku życia – szczepionką DTPa (błoniczo-tężcową z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym).

Od końca 2003 roku prowadzono również obowiązkowe powszechne szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trójwalentnej (MMR), wykonywane u dzieci w 13-15 miesiącu życia, a od 2005 roku także 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 2007 roku na nagminne zapalenie przyusznic (świnkę) zachorowało 4164 dzieci, podczas gdy w 2006 roku zachorowało 15 114 dzieci. Dla porównania w 2005 roku wystąpiło

71 999 zachorowań oraz w 2004 roku – 135 179 zachorowań.

Utrzymujący się ciągły 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 jednak możliwa dopiero po zaszczepieniu szczepionkami MMR oraz DTPa kolejnych roczników dzieci podlegających obowiązkowym szczepieniom.

Występująca co kilka lat, powtarzająca się zmienność liczby zachorowań może być też przyczyną wzrostu zachorowań na różyczkę. Liczba zachorowań na różyczkę w roku 2007 wyniosła 22 886, zaś w roku 2006 – 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 dotyczy również 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 przeżyła 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. Z uwagi na fakt, iż obecnie coraz więcej Polek świadomie decyduje się na posiadanie potomstwa po 30 roku życia, konieczne będzie rozważenie w przyszłości zasadności wprowadzenia szczepień przypominających przeciw różyczce wykonywanych u kobiet w celu zapobieżenia różyczce wrodzonej u płodów. Ze względu na teratogenne działanie szczepionek na płód (wysokie ryzyko wystąpienia zespołu ciężkich wad wrodzonych u płodu w wyniku zakażenia wirusem szczepionkowym) podanie przypominającej dawki szczepionki musiałoby być zalecane w okresie połogu lub w skojarzeniu ze środkami antykoncepcyjnymi stosowanymi w trakcie 3 miesięcy poprzedzających wykonanie szczepienia przypominającego.

1.4 Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową

W roku 2007 odnotowano wzrost liczby zgłoszeń zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (394 przypadki – dane podlegają weryfikacji i mogą ulec zmianie), w porównaniu z rokiem 2006, kiedy to zgłoszono 234 zachorowania (w tym z objawami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 212 przypadków w roku 2007 i 136 przypadków w roku 2006, zaś zapalenia mózgu odpowiednio 14 i 16 zgłoszeń). Większa liczba zarejestrowanych przypadków była prawdopodobnie wynikiem zwiększenia odsetkowego udziału *Neisseria meningitidis* z gr. C, charakteryzującej się największą zdolnością do epidemicznego szerzenia się i powodowania ognisk zachorowań spośród wszystkich zidentyfikowanych szczepów meningokoków wywołujących inwazyjną chorobą meningokokową. Pewien wpływ miało także zwiększenie czułości nadzoru epidemiologicznego nad tą chorobą, jak również rozpowszechnienie informacji o zachorowaniach na inwazyjną chorobę meningokokową w wyniku społecznej kampanii informacyjnej oraz szkoleń kierowanych do pracowników ochrony zdrowia. W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, z wielu grup serologicznych *Neisseria meningitidis*, najczęściej występują grupy serologiczne B i C. Do 2001 r. ponad 80 % zakażeń meningokokowych wywołanych było przez grupę B. W 2002 r. nastąpił znaczny wzrost zakażeń z udziałem meningokoków z grupy C (od ok. 31,5 % w roku 2002 do ok. 39 % w 2003). W 2007 r. udział meningokoków z grupy C wyniósł w styczniu ok. 64 %. Podobny trend obserwowany był również w innych krajach europejskich oraz w USA. Podobnie także jak w innych krajach, w Polsce występują i będą występować sporadyczne (endemiczne i nie dające się powiązać epidemiologicznie) zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową wywołaną przez *Neisseria meningitidis* z gr. B, jak również pojedyncze ogniska epidemiczne wywołane przez *Neisseria meningitidis* z gr. C. Od roku 2006 w Polsce notowane są pierwsze przypadki zachorowań spowodowanych przez hiperinwazyjny szczep *Neisseria meningitidis* grupy C – ST-11 cechujący się dużą zjadliwością oraz zdolnością do epidemicznego szerzenia się zakażeń.

Główny Inspektor Sanitarny w dniu 10 stycznia 2007 r. powołał Zespół ds. Zakażeń Meningokokowych, do zadań którego należy m.in. koordynowanie działań podejmowanych w celu zapewnienia sprawnej i skutecznej ochrony zdrowia publicznego w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń wywołanych *Neisseria meningitidis*. W skład Zespołu weszli: Kierownik Krajowego Ośrodka Referencyjnego do spraw Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN), Krajowy Konsultant w dziedzinie epidemiologii, Doradca Głównego Inspektora Sanitarnego, Krajowy Konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych, Krajowy Konsultant w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, przedstawiciele wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Do udziału w posiedzeniach zapraszani są ponadto Główny Inspektor Sanitarny WP oraz Główny Inspektor Sanitarny MSWiA, co umożliwi śledzenie sytuacji epidemiologicznej na terenach nadzorowanych przez Wojskową Inspekcję Sanitarną oraz Państwową Inspekcję Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Do zadań Zespołu należy koordynowanie działań podejmowanych w celu zapewnienia sprawnej i skutecznej ochrony zdrowia publicznego w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń meningokokowych.

Przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.) oraz wydanego na podstawie zawartego w niej upoważnienia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018, z późn. zm.) nie nakładają na osoby przebywające na obszarze RP obowiązku poddawania się szczepieniom przeciw meningokokom. Szczepienie to jest więc, w rozumieniu przepisów ww. ustawy, szczepieniem zalecanym, tzn. pacjent dokonuje zakupu szczepionki, a bezpłatnie wykonywane jest kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz samo szczepienie. W roku 2007 prowadzono jednak wzmożoną ocenę sytuacji epidemiologicznej zakażeń meningokokowych, i gdy w określonym rejonie zapadalność na IChM niebezpiecznie rosła lub w momencie wystąpienia ognisk epidemicznych choroby wywołanej przez meningokoki grupy C, uwzględniając ostateczną

decyzję ekspertów, członków Zespołu ds. Zakażeń Meningokokowych, podejmowana była decyzja o wprowadzeniu/zaniechaniu interwencyjnych szczepień dla grup ryzyka, finansowanych z budżetu Ministra Zdrowia (Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje wprowadzanie powszechnych szczepień ochronnych przeciwko *Neisseria meningitidis* w chwili, gdy wskaźnik zapadalności wynosi 10,0 na 100 tys. mieszkańców. W Polsce, wg danych Państwowego Zakładu Higieny, roku 2006 wynosił on w 0,61/100 tys., był niższy od rejestrowanych w wielu krajach Europy i nie spełniał kryteriów WHO dotyczących wprowadzenia szczepień obowiązkowych). W roku 2007 przeprowadzono dwie tego typu akcje. Pierwsza akcja obowiązkowych szczepień ochronnych zorganizowana została i przeprowadzona na terenie powiatu brzeskiego, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie wprowadzenia jednolitych procedur postępowania w związku z wystąpieniem zakażeń meningokokowych na obszarze miasta Brzeg i powiatu brzeskiego w województwie opolskim (Dz. U. Nr 56, poz. 380). Drugą dużą akcją przeprowadzono na Górnym Śląsku (Bytom i Piekary Śląskie) oraz w Kluczborku (województwo opolskie), na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2007 r. w sprawie wprowadzenia jednolitych procedur postępowania w związku z wystąpieniem zakażeń meningokokowych w województwie opolskim i śląskim (Dz. U. Nr 92, poz. 620). Dzięki tym działaniom łącznie szczepieniu obowiązkowemu poddanych zostało ponad 29 700 dzieci i młodzieży z grup ryzyka. Biorąc jednak pod uwagę wciąż niepewną sytuację epidemiologiczną dotyczącą zakażeń meningokokowych, przygotowane zostały zmiany odpowiednich przepisów prawnych mające na celu umożliwienie Ministrowi Zdrowia – w zależności od sytuacji epidemiologicznej – wprowadzenie na określonych obszarach RP obowiązku szczepienia bez konieczności wydawania każdorazowo kolejnego rozporządzenia, stanowiącego podstawę tych działań. W tym celu tworzona została także rezerwa przeciwepidemiczna szczepionek, która umożliwi niezwłoczną realizację szczepień w rejonach zagrożonych.

Kolejnym istotnym przedsięwzięciem było zorganizowanie i przeprowadzenie szkoleń dotyczących zasad postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia *Neisseria meningitidis*

kierowanych do przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz środowiska medycznego, z uwzględnieniem wytycznych zawartych w opracowaniu – Skoczńska A., Kadłubowski M., Hryniewicz W.: „*Inwazyjna choroba meningokokowa i inne bakteryjne zakażenia układu nerwowego – zasady postępowania*”.

Ponieważ około połowa odnotowanych w roku 2006 i 2007 zachorowań spowodowana była zakażeniem *N. meningitidis* grupy B, przeciwko której nie ma skutecznej szczepionki, Główny Inspektor Sanitarny podjął decyzję o zorganizowaniu i przeprowadzeniu społecznej kampanii przeciwko meningokokom skierowanej głównie do dzieci i młodzieży, ale także osób dorosłych oraz przedstawicieli służby zdrowia. Podstawowe informacje, jakie zostały zawarte w materiałach, dotyczyły następujących tematów: kto najczęściej choruje, co sprzyja zakażeniu, jakie są objawy zakażeń meningokokowych, w tym u dzieci poniżej 2 roku życia, oraz jak zapobiegać zakażeniu. Materiały edukacyjne za pośrednictwem stacji sanitarno-epidemiologicznych przekazane zostały głównie do szkół i ośrodków wychowawczych, a także placówek opieki zdrowotnej. Spoty telewizyjne oraz film edukacyjny zamieszczone zostały także w Internecie, m.in. na utworzonej w ramach kampanii stronie internetowej www.meningokoki.com.pl i stronach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Z uwagi na duże zainteresowanie tą tematyką podjęto decyzję o dodruku materiałów. W ogólnopolską akcją edukacyjną zaangażowane było także duchowieństwo oraz samorządy i media lokalne.

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

W części sezonu grypowego 2006/2007 r., w okresie od stycznia do marca 2007 r. (okres szczytu zachorowań na grypę w Polsce), łącznie zanotowano 278 275 zgłoszeń przypadków zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę sezonową – dla porównania w analogicznym okresie 2006 roku zarejestrowano 152 426 przypadków.

Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wybrani lekarze podstawowej opieki zdrowotnej realizowali wybiórczy nadzór epidemiologiczny typu Sentinel nad grypą sezonową. Wyizolowane szczepy wirusa przekazano do Krajowego Ośrodka do spraw Grypy NIZP-PZH, w celu

weryfikacji wirusologicznej. Potwierdzono występowanie szczepów wirusa identycznych ze szczepami izolowanymi w innych krajach europejskich i zgodnych z przewidywaniami Światowej Organizacji Zdrowia co do szczepów odpowiedzialnych za zachorowania w sezonie grypy 2006/2007.

W roku 2007 służby weterynaryjne ponownie potwierdziły wystąpienie na terenie Polski wysoce patogennej grypy ptaków wywołanej wirusem H5N1. Po raz pierwszy w Polsce obecność wirusa stwierdzono w populacji ptaków hodowlanych. Łącznie na terenie całego kraju stwierdzono 12 ognisk choroby.

Przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej podjęli szereg działań, mających na celu zapobieżenie przeniesieniu się wirusa H5N1 z ptaków na człowieka, w tym m.in.:

- objęli nadzorem epidemiologicznym pracowników ferm oraz ubojni, a także inne osoby, które miały kontakt z zakażonym drobiem,
- wykonano szereg badań laboratoryjnych w celu szybkiej diagnostyki materiału biologicznego pobranego od osób z kontaktu z zakażonym drobiem,
- uczestniczyli w międzyresortowych posiedzeniach koordynacyjnych,
- pozostawali w stałym kontakcie z przedstawicielami organizacji i instytucji krajowych i międzynarodowych, a także przedstawicielami mediów, w celu sprawnego przekazywania informacji nt. bieżącej sytuacji epidemiologicznej grypy ptaków H5N1.

W roku 2007 nie stwierdzono zakażenia wirusem grypy ptaków H5N1 u ludzi.

W ramach prac Krajowego Komitetu ds. Pandemii Grypy kontynuowano działania mające na celu przygotowanie Polski do pandemii grypy. W Głównym Inspektoracie Sanitarnym opracowano projekt części I i II „Polskiego planu pandemicznego”, który po konsultacjach na forum Komitetu, został zatwierdzony i podpisany przez Ministra Zdrowia. Plan uwzględnia wytyczne i zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Komisji Europejskiej (EC) oraz Europejskiego Centrum ds. Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC) i poza informacjami ogólnymi nt. grypy, zadaniami dla poszczególnych resortów podczas różnych faz pandemii, zawiera strategię komunikacyjną, strategię medyczną oraz strategię dotyczącą współ-

pracy między przedstawicielami sektora zdrowia publicznego i sektora weterynarii.

Podobnie jak w latach poprzednich, przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego uczestniczyli w szeregu spotkań międzynarodowych, 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.

2. Zakażenia szpitalne – występowanie drobnoustrojów alarmowych oraz kontrola zakażeń szpitalnych w Polsce w 2007 roku według danych z raportów rocznych, programu monitorowania OPTY-NEURON-ESAC oraz kontroli tematycznych w szpitalach

W zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem epidemiologicznym w zakładach opieki zdrowotnej w 2007 r. kontynuowano działania mające na celu zwiększenie skuteczności systemów kontroli zakażeń szpitalnych. W drugiej połowie 2007 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 r. *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* (Dz. U. Nr 162, poz. 1153), które szczegółowo reguluje kwestie gromadzenia, segregacji oraz utylizacji odpadów powstających w zakładach opieki zdrowotnej. Kontynuowano również kontrole tematyczne i kompleksowe w szpitalach, w wyniku których, każdorazowo po stwierdzeniu nieprawidłowości, zalecano stosowne działania naprawcze.

W styczniu 2007 r. we współpracy z Krajową Grupą Roboczą ds. Zakażeń Szpitalnych i Zakładem Profilaktyki Zakażeń i Zakażeń Szpitalnych w Narodowym Instytucie Leków, przeprowadzono pierwszą tematyczną kontrolę w wybranych 14 szpitalach województwa mazowieckiego w zakresie systemów kontroli zakażeń szpitalnych. W żadnym z kontrolowanych szpitali nie stwierdzono rażących zaniedbań. Wykazano jednak, że niewiele szpitali posiada certyfikaty potwierdzające jakość opieki medycznej (ISO, CMJ), a także rzadko realizowane jest czynne monitorowanie zakażeń w oparciu o bieżące dane mikrobiologiczne i kliniczne. Zbyt rzadko prowadzone są także szkolenia w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń, co ma swoje przy-czyny między innymi w niedoborze specjalistycznej

kadry w szpitalach (lekarz epidemiolog szpitalny, pielęgniarki epidemiologiczne). Spośród czynników istotnie zwiększających ryzyko epidemiologiczne, stwierdzono w niektórych oddziałach rażąco małą obsadę pielęgniarską, szczególnie podczas dyżurów nocnych, niedobór specjalistycznego sprzętu do dezynfekcji, brak możliwości izolacji pacjentów z zakażeniem w odrębnych pokojach, niedostateczne wykorzystanie alkoholowych preparatów do dezynfekcji rąk, niedobór urządzeń do automatycznego mycia i dezynfekcji sprzętu endoskopowego. Korzystnym zjawiskiem jest natomiast poprawa funkcjonowania systemu monitorowania drobno-ustrojów alarmowych, jednak poziom współpracy między pionem mikrobiologii, a klinicystami jest wciąż nie wystarczający.

W ujęciu ogólnopolskim, w zakresie nadzoru nad drobnoustrojami alarmowymi, w 2007 r. 100 % szpitali przesłało raporty roczne o zakażeniach szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych. Należy podkreślić, że istotną przeszkodę w szybkim przesyłaniu i analizie danych stanowi nadal niedostateczny rozwój odpowiedniej infrastruktury informatycznej.

W zakresie zgłaszania ognisk epidemicznych w szpitalach należy podkreślić fakt ponad dwukrotnego zwiększenia liczby raportów dotyczących ognisk epidemicznych w szpitalach – w 2006 r. zgłoszono 114 ognisk, a w 2007 r. zgłoszono ich 257. Wraz ze zwiększeniem zgłaszalności zmienia się struktura etiologiczna ognisk – największa liczba zgłoszeń (ok. 40 %) dotyczyła ostrych wirusowych zakażeń żołądkowo-jelitowych (norowirus, rotawirus), ale wyraźnie wzrosła liczba zakażeń bakteryjnych, wywołanych przez typowe drobnoustroje szpitalne, dysponujące wieloma mechanizmami lekooporności (gronkowiec MRSA, pałeczki *Klebsiella spp.* ESBL (+), *Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*).

Biorąc pod uwagę powyższe dane oraz informacje gromadzone w programie OPTY-NEURON-ESAC, w 2007 r. stwierdzono pogłębianie się dysproporcji pomiędzy wykorzystaniem diagnostyki mikrobiologicznej, występowaniem drobno-ustrojów alarmowych w różnych typach oddziałów, a podejmowanymi działaniami prewencyjnymi. Występowanie drobno-ustrojów alarmowych jest bardzo zróżnicowane pomiędzy różnymi szpitalami. Najwyższe odsetki lekoopornych drobno-ustrojów obserwuje się w szpitalach wysokospecjalistycznych oraz klinicznych. W zakresie wybranych drobno-

ustrojów alarmowych w roku 2007 utrzymywały się trendy obserwowane w latach ubiegłych:

- gronkowiec złocisty oporny na antybiotyki betalaktamowe (MRSA) stanowił około 15 % wszystkich gronkowców z gatunku *S. aureus* – trend stabilny,
- *Escherichia coli* wytwarzająca beta-laktamazę o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL) stanowiła około 5 % wszystkich pałeczek z gatunku *E. coli* – trend stabilny,
- *Klebsiella pneumoniae* wytwarzająca beta-laktamazę o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL) stanowiła około 30 % wszystkich pałeczek z gatunku *K. pneumoniae* – trend stabilny,
- pałeczki niefermentujące z gatunków *Acinetobacter* i *Pseudomonas* odporne na antybiotyki z grupy karbapenemów stanowiły ok. 10 % wszystkich pałeczek z tych gatunków – trend wzrostowy.

Należy podkreślić poprawę sprawozdawczości w zakresie monitorowania drobno-ustrojów alarmowych i ognisk epidemicznych w szpitalach, z uwzględnieniem niedoborów w wykorzystaniu diagnostyki mikrobiologicznej oraz trudności z infrastrukturą informatyczną. Spośród istotnych zjawisk epidemiologicznych należy odnotować trend wzrostowy w zakresie oporności na karbapenemy pałeczek niefermentujących z gatunków *Pseudomonas* i *Acinetobacter*.

3. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce

Program Szczepień Ochronnych (PSO) wydawany jest corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu. W Programie Szczepień Ochronnych na rok 2007 r., wprowadzono powszechne szczepienia przeciw *Haemophilus influenzae* typu b (Hib) u dzieci w 1 i 2 roku życia. Szczepienia te wcześniej wykonywane były wyłącznie u dzieci z rodzin wielodzietnych i w domach dziecka, tj. w grupach największego ryzyka wystąpienia inwazyjnych zakażeń Hib. Wstępna analiza danych o zachorowaniach na inwazyjne zakażenia wywołane przez *Haemophilus influenzae* typu b wskazuje na zmniejszenie się liczby tych zakażeń o blisko połowę, jednakże dopiero po zaszczepieniu większej liczby kolejnych roczników najmłodszych dzieci możliwe będzie dokonanie analizy trendów występowania tych zakażeń.

Rozważa się ponadto wprowadzenie od 2008 roku obowiązkowych szczepień przeciw pneumokokom oraz przeciw ospie wietrznej dla dzieci z wybranych grup ryzyka zagrożonych szczególnie ciężkim przebiegiem tych zakażeń. Opracowany został projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia *zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień*. Projekt ten przewiduje rozszerzenie obowiązku szczepień przez wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw pneumokokom u dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia chorujących 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, po urazach i z wadami ośrodkowego układu nerwowego przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, dzieci przedwcześnie urodzone do ukończenia 1 roku życia chore na dysplazję oskrzelowo-opłuczną. Przewiduje się ponadto wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw ospie wietrznej u dzieci, które nie chorowały

na ospę wietrzną do ukończenia 12 roku życia, z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby, z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji, zakażonych HIV, przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią, oraz dzieci, które nie chorowały na ospę wietrzną do ukończenia 12 roku życia, z otoczenia wymienionych dzieci.

Rozważa się również stosowanie w kolejnych latach do szczepień obowiązkowych szczepionek poliwalentnych o wysokim stopniu skojarzenia. Taki sposób wykonywania szczepień ochronnych zapewniłby:

- uproszczenie Programu Szczepień Ochronnych przekazywanych do realizacji świadczeniodawcom w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- zmniejszenie liczby iniekcji wykonywanych u dzieci,
- ujednoczenie PSO z istniejącymi lub wdrażanymi obecnie przez inne państwa Unii Europejskiej programami szczepień obowiązkowych, co jest ważne z uwagi na częste migracje rodzin z dziećmi do innych krajów UE.

Wdrożenie stosowania nowoczesnych szczepionek o wysokim stopniu skojarzenia do szczepień obowiązkowych w Polsce wiąże się jednak z koniecznością istotnego zwiększenia wielkości środków budżetowych przeznaczonych na realizację Programu Szczepień Ochronnych.

II. Jakość wody przeznaczonej do spożycia

2.1. Wstęp

Podstawę oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia w 2007 r. stanowiły wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2002 roku *w sprawie wymagań dotyczących jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz. U. Nr 203, poz. 1718) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku *w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz. U. Nr 61, poz. 417). W niniejszym opracowaniu analizę oparto o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r.

Woda przeznaczona do zbiorowego zaopatrzenia ludności jest uzyskiwana z dwóch rodzajów ujęć wody: podziemnej (gruntowej) oraz powierzchniowej. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są zobowiązane do kontroli zarówno ujęć, jak i urządzeń wodociagowych. Ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia opracowano na podstawie danych zawartych w sprawozdaniu statystycznym MZ-46, rocznikach GUS oraz informacji i danych pochodzących z monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia nadzorowanego przez Główny Inspektorat Sanitarny i prowadzonego przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Merytoryczny nadzór nad funkcjonowaniem systemu monitoringu oraz bazy danych sprawuje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Monitoringiem kontrolującym jakość wody przeznaczonej do spożycia objętych jest w Polsce ok. 50 tys. obiektów, takich jak: ujęcia wody pitnej (głębinowe i powierzchniowe), stacje uzdatniania wody, wodociągi, studnie (indywidualne i publiczne). Corocznie stacje sanitarno-epidemiologiczne wykonują ponad milion oznaczeń wody przeznaczonej do spożycia dla ponad 160 parametrów (substancji). Próbkę wody (rocznie blisko 100 tys.) pobierane są systematycznie z około 40 tys. punktów.

Ze względu na rozszerzenie informacji prezentowanych w niniejszym rozdziale w stosunku do lat ubiegłych oraz na szereg zmian w sprawozdawczości statystycznej GUS, analiz porównawczych z rokiem 2006, a także latami wcześniejszymi, dokonano w miejscach, gdzie było to merytorycznie uzasadnione i możliwe do wykonania.

2.2. Infrastruktura zaopatrzenia ludności wodę

Wodociągi są podstawowymi urządzeniami zaopatrzenia ludności miast i obszarów wiejskich w wodę przeznaczoną do spożycia. W 2007 roku stacje sanitarno-epidemiologiczne skontrolowały 12 226 wodociągów (ok. 94 % wodociągów znajdujących się w ewidencji), o blisko 10 % mniej niż w roku ubiegłym (13 677). Na taki stan rzeczy wpływ miały głównie prace związane z rozbudową, modernizacją i łączeniem wodociągów. Około 18 % ze skontrolowanych wodociągów (2196) znajdowało się w miastach. Większa liczba wodociągów zaopatrujących obszary pozamiejskie wynika w głównej mierze z rozproszonej zabudowy na terenach wiejskich.

Podobnie jak w roku ubiegłym, najwięcej skontrolowanych wodociągów (około 40 % ogółu) zlokalizowanych było w 4 województwach: zachodniopomorskim, pomorskim, wielkopolskim i mazowieckim, najmniej zaś w województwach opolskim i świętokrzyskim. Najwyższy odsetek skontrolowanych wodociągów miejskich odnotowano na terenie województw mazowieckiego, wielkopolskiego i śląskiego, zaś najniższy w województwach opolskim i świętokrzyskim.

Pomimo prowadzonych systematycznych prac w zakresie rozbudowy, modernizacji i łączenia wodociągów, nadal odnotowuje się wyraźny stopień zróżnicowania sieci wodociągowej w poszczególnych województwach. W skali kraju najwyższy odsetek wodociągów (około 94 %) stanowiły urządzenia o małej lub bardzo małej wydajności (poniżej 1000 m³/dobę). Odsetek ten wahał się

Tabela 2.1. Odsetek wodociągów i ujęć w zależności od produkcji wody w 2007 r.

	Wydatność / produkcja wody [m ³ /dobę]				
	<100	100-1000	1000-10000	10000-100000	>100000
Wodociągi	57,12%	36,90%	5,44%	0,52%	0,03%
Ujęcia podziemne	31,70%	43,24%	23,77%	1,26%	0,03%
Ujęcia powierzchniowe	22,89%	39,44%	18,66%	15,85%	3,17%

od ok. 97 % w województwach: podlaskim, wielkopolskim i kujawsko-pomorskim, do około 83 % w województwie podkarpackim. Podobna sytuacja miała miejsce w latach ubiegłych. Wodociągi o znacznej wydajności (powyżej 10 000 m³/dobę) stanowiły zaledwie 0,5 % wszystkich skontrolowanych wodociągów (67 instalacji). Blisko jedna trzecia urządzeń tej grupy znajdowała się na południu kraju w województwach podkarpackim i śląskim. W roku 2007, podobnie jak w latach poprzednich, stacje sanitarno-epidemiologiczne skontrolowały wszystkie wodociągi o wydajności powyżej 1000 m³/dobę i ponad 99 % wodociągów o wydajności od 100 m³/dobę do 1000 m³/dobę. W przypadku wodociągów o bardzo małej wydajności (poniżej 100 m³/dobę) skontrolowano blisko 91 % instalacji, co wynika m.in. z bardzo dużej liczby urządzeń tego rodzaju (około 7 tysięcy).

Woda przeznaczona do spożycia, dostarczana za pośrednictwem wodociągów, czerpana jest z dwóch rodzajów ujęć: podziemnych i powierzchniowych. Zdecydowaną większość spośród wszystkich ujęć w Polsce (wg danych z 2007 r. ok. 98 %, w roku 2006 ok. 97 %) stanowią ujęcia podziemne. Co roku stacje sanitarno-epidemiologiczne kontrolują ponad 10 tysięcy ujęć wody pitnej (w 2007 r. – 10 237, w 2006 r. – 10 360). W roku 2007 skontrolowano ponad 85 % ujęć powierzchniowych oraz 72 % ujęć podziemnych znajdujących się w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Najwięcej ujęć, blisko połowa wszystkich skontrolowanych, znajdowała się w czterech województwach: pomorskim, wielkopolskim, warmińsko-mazurskim i mazowieckim.

W ciągu ostatnich 3 lat, liczba ujęć podziemnych podlegających ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej uległa systematycznemu zmniejszeniu (z 17 287 w 2005 r., poprzez 15 706 w 2006 r. do 13 926 w 2007 r.), natomiast liczba ujęć powierzchniowych pozostawała na tym samym poziomie.

Ujęcia wody powierzchniowej w latach 2006-2007 znajdowały się na obszarze 13 województw. Tego rodzaju ujęcia nie były eksploatowane na terenie 3 województw: lubelskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego. Najwięcej skontrolowanych ujęć wody powierzchniowej (ponad 92 % z ogólnej ich liczby) znajdowało się w województwach: małopolskim, dolnośląskim, podkarpackim i śląskim. Najwyższy odsetek ogółu ujęć stanowiły ujęcia o wydajności nie przekraczającej 1000 m³ na dobę. Bardzo duże ujęcia (o produkcji wody powyżej 1 mln m³ na dobę) stanowią zaledwie 3 % (9 ujęć) i znajdują się w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim i śląskim, zaopatrując w wodę m.in. największe aglomeracje kraju.

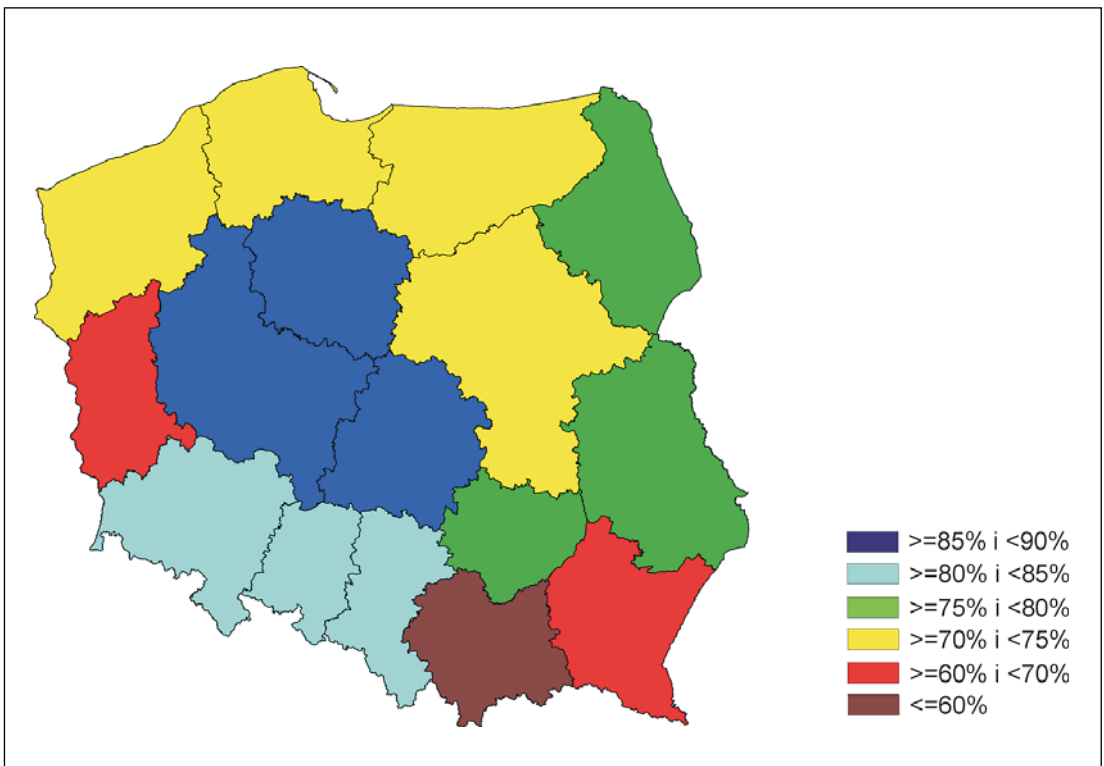
Ujęcia wody podziemnej znajdują się na terenie wszystkich województw, najwięcej w województwach: pomorskim, wielkopolskim, warmińsko-mazurskim i mazowieckim (na obszarze każdego z tych województw liczba obiektów przekracza 1000). Podobnie jak w przypadku ujęć powierzchniowych, najwięcej ujęć podziemnych stanowią ujęcia o wydajności do 1000 m³ na dobę (łącznie 65 % wszystkich ujęć). Trzy ujęcia o najwyższej wydajności (powyżej 100 000 m³ na dobę) zlokalizowane są w województwach lubuskim (1 ujęcie) i wielkopolskim (2 ujęcia).

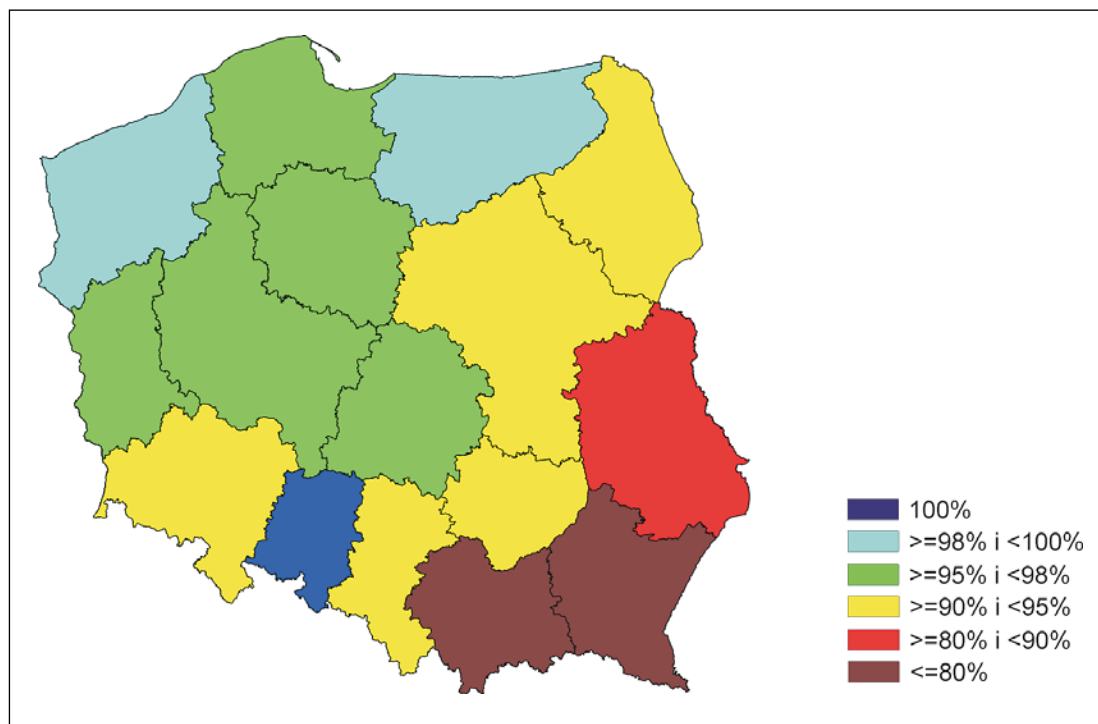
2.3. Ocena zaopatrzenia ludności w wodę

W 2007 roku w wodę pochodzącą z wodociągów zaopatrywanych było w Polsce łącznie ponad 44 tys. miejscowości (około 79 % wszystkich w kraju), w tym 99 % miast i 78 % obszarów wiejskich. Najwyższy odsetek zaopatrywanych w wodę wodociągową miejscowości odnotowywano w województwach: łódzkim, kujawsko-pomorskim i wielkopolskim (przekraczał tam 89 %), zaś najniższy w małopolskim (blisko 60 %).

Tabela 2.2. Odsetek zaopatrywanych w wodę miejscowości w Polsce w roku 2007

Województwo	Miasta	Obszary wiejskie	Łącznie w województwie
dolnośląskie	100,0%	84,3%	84,8%
kujawsko-pomorskie	100,0%	89,1%	89,3%
lubelskie	100,0%	74,8%	75,1%
lubuskie	100,0%	68,7%	69,6%
łódzkie	95,3%	89,6%	89,7%
małopolskie	96,4%	59,0%	59,7%
mazowieckie	100,0%	74,3%	74,5%
opolskie	100,0%	84,5%	84,8%
podkarpackie	97,8%	67,2%	67,8%
podlaskie	100,0%	77,6%	77,8%
pomorskie	100,0%	72,8%	73,2%
śląskie	100,0%	81,6%	82,4%
świętokrzyskie	100,0%	79,6%	79,8%
warmińsko-mazurskie	100,0%	72,2%	72,5%
wielkopolskie	99,1%	88,9%	89,1%
zachodniopomorskie	100,0%	73,5%	74,0%

**Ryc. 2.1. Odsetek miejscowości zaopatrywanych w wodę z instalacji wodociągowych w 2007 roku**



Ryc. 2.2. Zaopatrzenie ludności w wodę z instalacji wodociągowych w 2007 roku

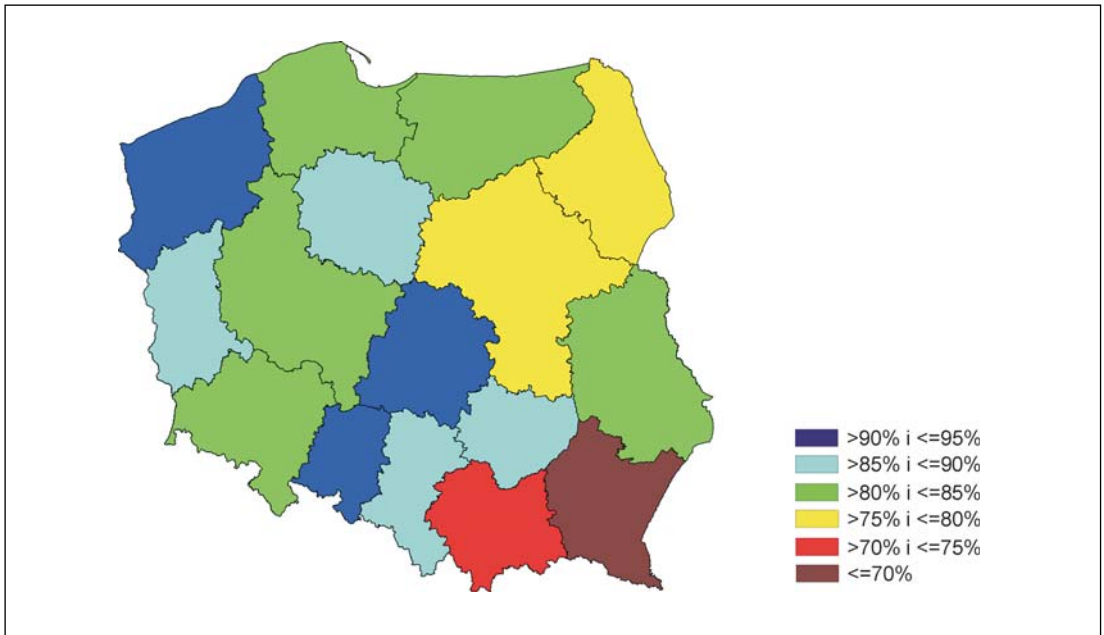
W 2007 roku, podobnie jak w roku ubiegłym, wodociągi dostarczały wodę dla ponad 35 mln ludzi, z których około 70 % mieszkało w miastach. Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę dostarczaną przez wodociągi (liczony w stosunku do ogólnej liczby ludności zaopatrywanej w wodę wodociągową) odnotowano w województwach: mazowieckim, śląskim i wielkopolskim.

Odmienne przedstawia się sytuacja w przypadku analizy liczby ludności zaopatrywanej w wodę wodociągową w odniesieniu do całkowitej liczby mieszkańców danego województwa. Z danych gromadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz zawartych w rocznikach statystycznych GUS wynika, że w województwie opolskim każdy mieszkaniec ma dostęp do wody wodociągowej. Wysoki odsetek ludności zaopatrywanej w wodę przez wodociągi (ponad 98 %) odnotowano w województwach zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim.

W przypadku wodociągów o wydajności od 100 do 1000 m³/dobę, od 1000 do 10 000 m³/dobę

oraz od 10 000 do 100 000 m³/dobę ich udział w zaopatrzeniu ludności w wodę przeznaczoną do spożycia był praktycznie jednakowy. Łącznie wodociągi z wyżej wymienionych grup zaopatrywały w wodę ponad 80 % ludności kraju – blisko 29 mln ludzi (w roku 2006 – 25 mln). Należy zaznaczyć, że 4 wodociągi o bardzo dużej wydajności (powyżej 100 000 m³/dobę), zlokalizowane w 4 województwach, zaopatrywały blisko 4,5 mln mieszkańców.

Woda spełniająca wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku była dostarczana do ok. 90 % odbiorców (prawie 32 mln ludzi). Wskaźnik ten był wyższy w przypadku miast, gdzie wynosił 92 %, podczas gdy na obszarach wiejskich – 86 %. Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę wodociągową spełniającą wymagania sanitarne zanotowano w województwach: opolskim, zachodniopomorskim i łódzkim (ponad 90 % ludności w każdym z województw).



Ryc. 2.3. Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom sanitarnym w 2007 roku

2.4. Ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia

W 2007 roku stacje sanitarno-epidemiologiczne zbadały ponad 90 tys. próbek wody pochodzącej z wodociągów, najwięcej w województwach: mazowieckim, pomorskim i wielkopolskim (ponad 8000 w każdym z nich), zaś najmniej w podlaskim i świętokrzyskim (poniżej 3000). W skali kraju zakwestionowano pod względem jakości około 22 % próbek wody, najwięcej w województwach pomorskim i lubelskim (ponad 30 %) zaś najmniej w małopolskim (poniżej 10 %).

Systematyczne badania pobranych próbek wody wykonywane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne pozwalają na ocenę instalacji wodociągowych pod względem sanitarnym. W 2007 roku, analogicznie jak w roku ubiegłym, wodę spełniającą wymagania sanitarne dostarczało 82 % skontrolowanych wodociągów, w tym 85 % w miastach i 81 % na wsi. W poszczególnych województwach odsetek urządzeń, które dostarczały wodę spełniającą wymagania wahał się od 70 % w województwie pomorskim do ponad 90 % w województwach małopolskim, śląskim i świętokrzyskim.

Zdecydowana większość urządzeń wodociągowych dostarczających wodę o nieodpowiedniej jakości zlokalizowana była na obszarach wiejskich (85 %). Jakość wody dostarczanej przez wodociągi była najczęściej kwestionowana ze względu na odbiegający od wymagań skład fizykochemiczny (90 % instalacji nie spełniających wymagań). Najwyższy odsetek wodociągów dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych odnotowano w województwach: pomorskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim (ponad 20 %), zaś najniższy w województwach: małopolskim, śląskim, świętokrzyskim, lubelskim i opolskim (odsetek nie przekroczył 10 %).

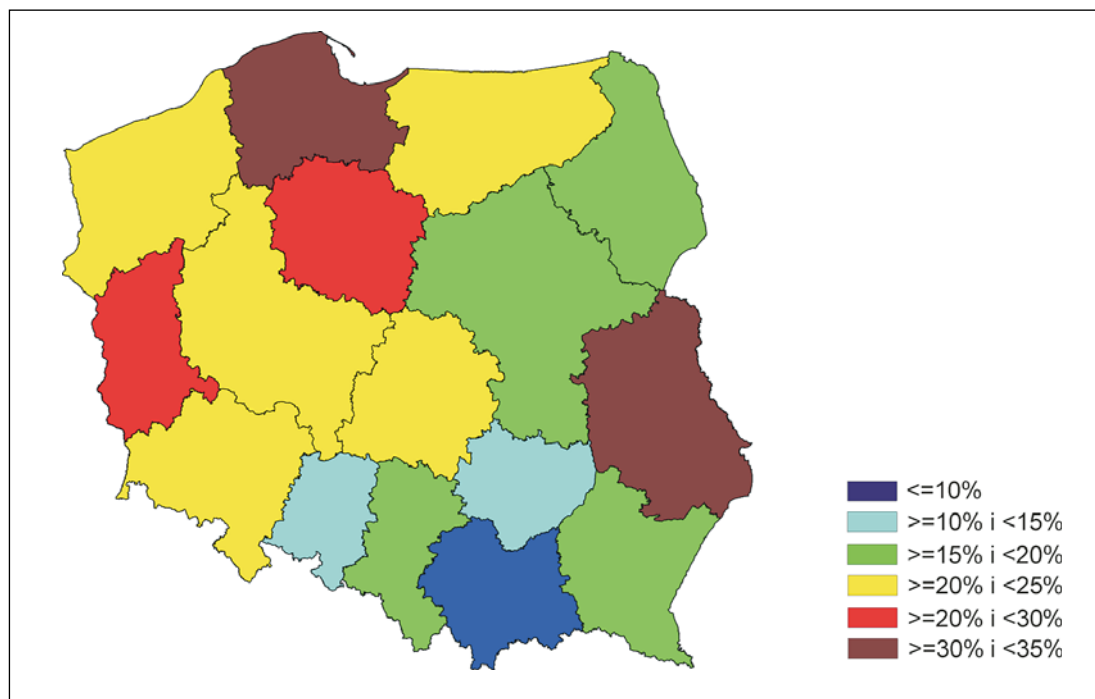
Instalacje wodociągowe zdyskwalifikowane ze względu na niewłaściwy skład bakteriologiczny dostarczanej wody stanowiły ok. 2 % ogółu skontrolowanych wodociągów (219, z czego 176 zaopatrujących obszary wiejskie i 43 wodociągi miejskie). Najwyższy odsetek wodociągów dostarczających wodę o niewłaściwym składzie bakteriologicznym stwierdzono w województwach dolnośląskim i lubuskim (ponad 5 % wodociągów), zaś najniższy w zachodniopomorskim i podlaskim (nie przekraczający 0,5 %).

Tabela 2.3. Liczba zbadanych próbek wody oraz procent próbek zakwestionowanych w roku 2007

Województwo	Produkcja wody [m ³ /dobę]										Łącznie	
	<100		100-1000		1000-10000		10000-100000		>100000			
	-	%	-	%	-	%	-	%	-	%	-	%
dolnośląskie	1598	29,1	2239	28,0	1767	23,3	899	6,9	-	-	6503	24,1
kujawsko-pomorskie	723	33,7	2520	26,8	697	26,5	719	10,0	-	-	4659	25,3
lubelskie	2395	26,5	1134	57,4	809	17,2	249	3,6	-	-	4587	31,3
lubuskie	1519	31,5	1028	29,8	343	13,1	150	2,7	-	-	3040	27,4
łódzkie	1580	26,5	4391	21,0	1521	15,8	490	3,5	-	-	7982	20,0
małopolskie	1042	12,0	1454	8,8	905	7,7	322	11,5	716	0,0	4439	8,1
mazowieckie	2450	29,1	5609	15,2	1478	10,4	329	19,5	1486	5,7	11352	16,5
opolskie	809	20,8	1641	15,1	874	11,7	223	0,9	-	-	3547	14,6
podkarpackie	830	24,0	1290	17,4	747	11,8	291	6,2	-	-	3158	16,8
podlaskie	647	24,7	1170	19,4	247	16,2	186	3,8	-	-	2250	19,3
pomorskie	4297	39,3	2374	29,1	1050	27,8	859	13,5	-	-	8580	32,5
śląskie	1012	22,6	2031	20,9	1744	17,3	1120	12,1	960	10,8	6867	17,4
świętokrzyskie	618	20,2	1053	15,7	331	13,0	329	0,0	-	-	2331	14,3
warmińsko-mazurskie	2850	29,8	1886	23,0	591	9,8	429	1,4	-	-	5756	23,4
wielkopolskie	1780	34,9	4155	24,7	1524	18,0	237	16,0	407	0,2	8103	24,2
zachodniopomorskie	4347	23,9	1729	21,6	737	14,5	651	10,9	-	-	7464	21,3
Łącznie	28497	28,6	35704	22,3	15365	16,6	7483	8,8	3569	5,3	90618	21,6

Tabela 2.4. Liczba wykonanych badań dla wybranych parametrów w roku 2007

Parametr	Ogólna liczba analiz	Liczba województw na terenie których badano dany parametr	Liczba analiz w województwie		Przekroczenia wartości normatywnych	
			Min.	Maks.	Liczba analiz	Procent
Enterokoki	53597	16	1602	5142	1323	2,47
Escherichia coli	74230	16	2153	10383	718	0,97
1,2-dichloroetan	224	4	2	110	1	0,45
Antymon	1204	5	39	430	2	0,17
Arsen	7665	16	256	960	50	0,65
Azotany	60809	16	1659	9165	565	0,93
Azotyny	60473	16	1518	9380	249	0,41
Benzen	2	1	2	2	0	0,00
Benzo(a)piren	4543	14	28	880	27	0,59
Bor	981	5	20	440	6	0,61
Bromiany	195	8	2	83	8	4,10
Chrom	9119	16	257	1079	6	0,07
Cyjanki	328	6	2	211	0	0,00
Fluorki	11868	16	263	1725	83	0,70
Kadm	9363	16	257	1267	53	0,57
Miedź	3056	15	6	769	2	0,07
Nikiel	3116	14	8	790	33	1,06
Ołów	9384	16	259	1265	100	1,07
Suma Pestycydów	367	5	8	207	2	0,54
Rtęć	1310	14	2	319	18	1,37
Selen	1463	6	20	478	5	0,34
Suma THM	6973	15	4	1102	1	0,01
Suma WWA	3874	14	5	878	10	0,26
Łącznie	324144				3262	1,01



Ryc. 2.4. Odsetek zakwestionowanych próbek wody w 2007 roku

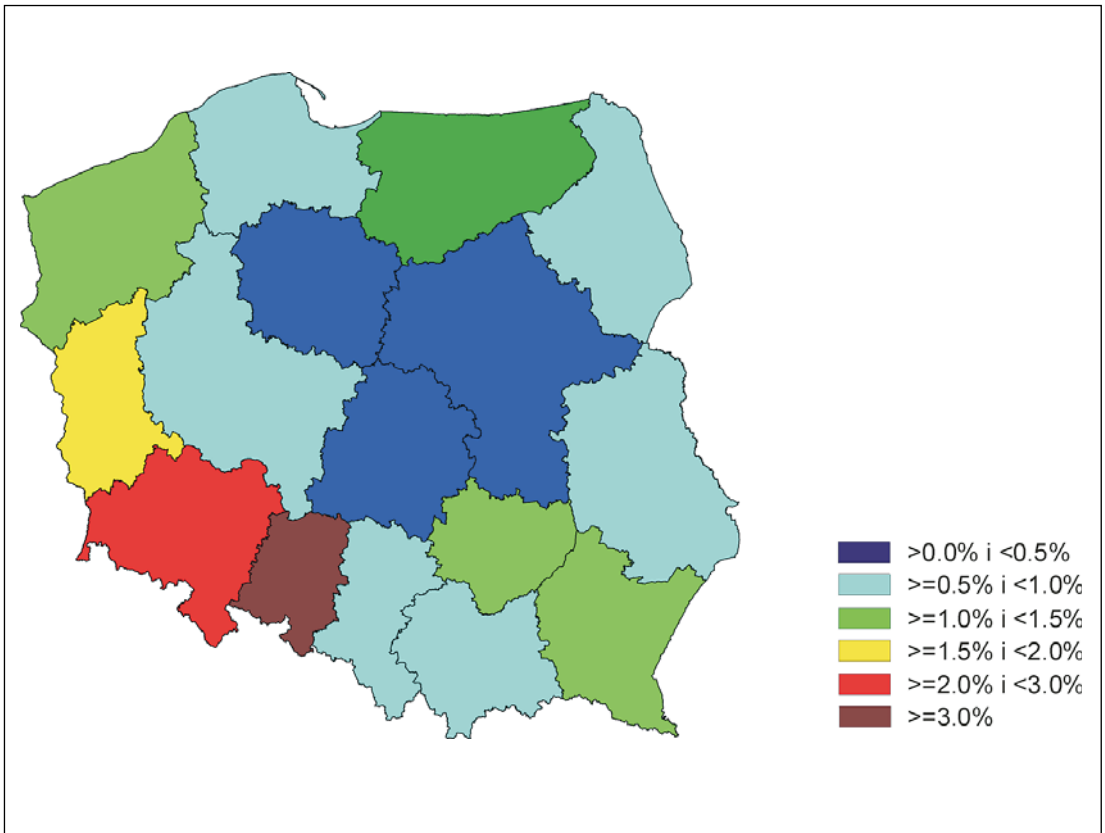
Tabela 2.5. Liczba wykonanych badań oraz procent analiz przekraczających wartości normatywne w poszczególnych województwach dla wybranych parametrów w roku 2007

Województwo	Parametr											
	Azotany		Benzo(a)piren		Kadm		Ołów		Enterokoki		E.Coli	
	liczba	% przekr	liczba	% przekr	liczba	% przekr	liczba	% przekr	liczba	% przekr	liczba	% przekr
dolnośląskie	3481	2,15	91	0,00	509	5,30	513	2,73	4727	2,75	5200	1,85
kujawsko-pomorskie	2518	0,16	201	0,00	359	0,28	364	4,40	2334	2,53	3337	0,69
lubelskie	3586	0,53	508	0,20	645	0,93	640	0,94	4416	2,26	5486	1,28
lubuskie	2178	1,84	63	0,00	300	0,67	294	0,34	1999	2,60	2693	0,41
łódzkie	5512	0,27	142	0,00	1267	0,55	1265	0,40	5142	2,88	6642	0,72
małopolskie	3914	0,89	28	0,00	409	0,00	404	0,00	2913	4,98	4377	4,25
mazowieckie	9165	0,35	712	1,83	742	0,40	748	0,53	4871	2,14	10383	0,42
opolskie	1659	4,22	173	2,89	257	0,00	259	0,00	1911	1,88	2650	0,19
podkarpackie	2306	1,04	238	0,42	304	0,33	304	0,00	1788	2,74	2497	1,84
podlaskie	2065	0,68	0	-	375	0,00	376	0,00	1602	0,81	2153	0,37
pomorskie	3792	0,71	404	0,25	403	0,25	403	0,00	5027	1,81	5209	0,56
śląskie	5481	0,91	347	0,86	730	0,14	731	2,87	4203	1,83	6067	0,74
świętokrzyskie	2001	1,40	310	0,00	311	0,32	314	1,59	1715	4,61	2281	0,96
warmińsko-mazurskie	3429	1,34	0	-	793	0,00	796	0,38	3023	1,12	4100	0,63
wielkopolskie	5334	0,71	880	0,34	933	0,21	937	0,75	3982	1,68	6078	0,61
zachodniopomorskie	4388	1,09	446	0,00	1026	0,10	1036	1,74	3944	3,52	5077	0,43

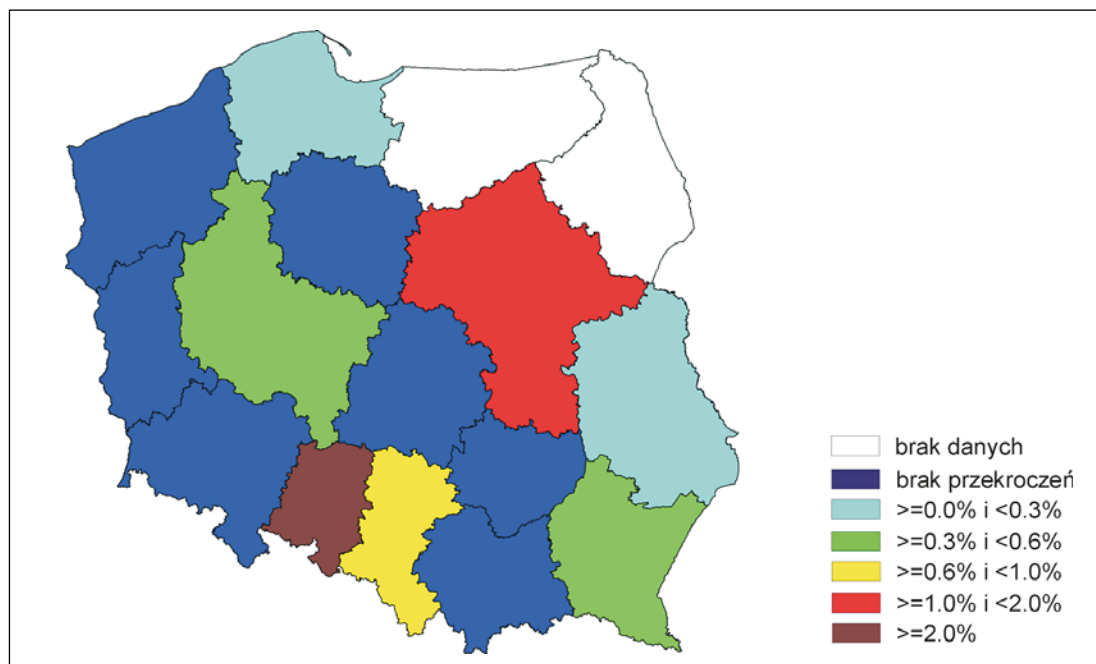
W celu dokonania oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia, w roku 2007 stacje sanitarno-epidemiologiczne wykonały ponad 1 mln badań dla łącznie ponad 100 parametrów. Dla 23 normowanych parametrów (określonych w załącznikach 1a i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007) w roku 2007 wykonano ponad 300 tys. badań, z czego największa liczba dotyczyła parametrów, mających szczegól-

nie duże znaczenie zdrowotne, tj.: E.Coli, Enterokoków, azotanów i azotynów, fluorków oraz metali ciężkich i WWA.

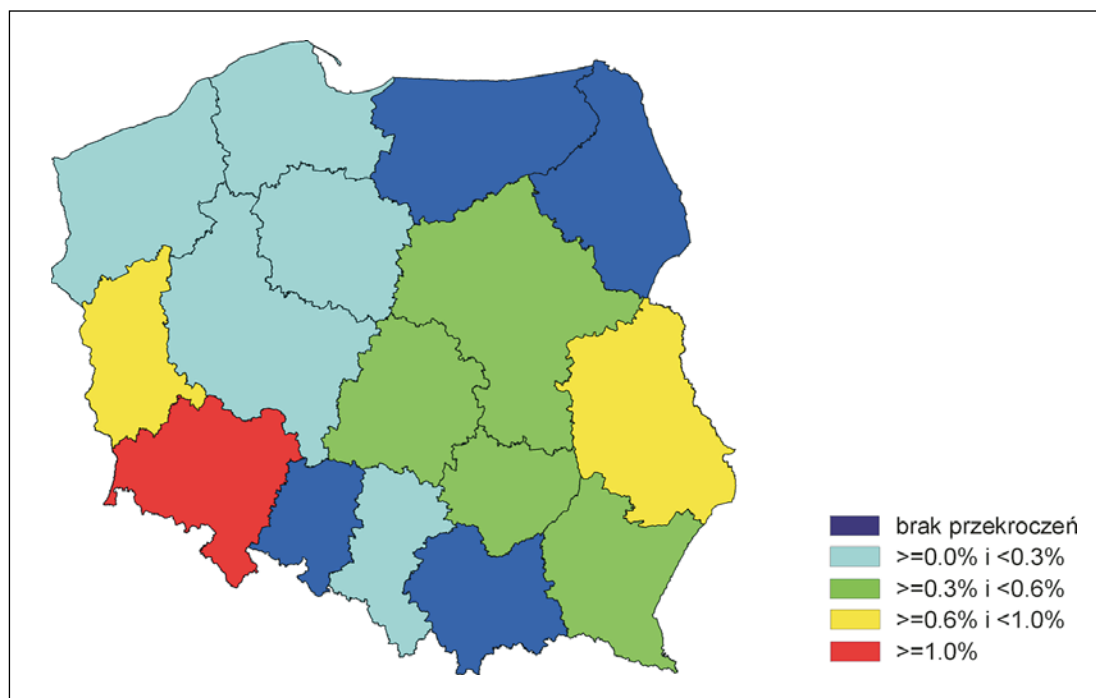
Na Ryc. 2.6-2.10 przedstawiono częstotliwość przekraczania w roku 2007 na obszarze województw wartości normatywnych dla wybranych 6 parametrów – 4 fizykochemicznych: azotanów, benzo(a)pirenu, kadmu, ołowiu oraz 2 mikrobiologicznych: Enerokoków i E.Coli.



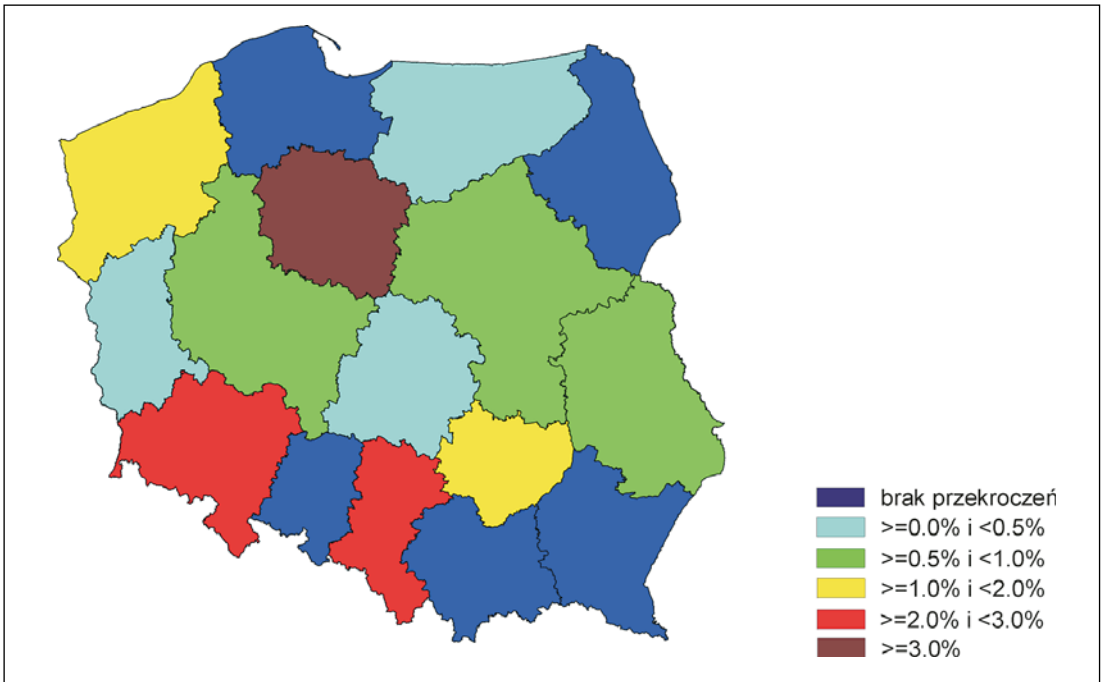
Ryc. 2.5. Częstość przekraczania wartości normatywnych określonych dla azotanów w roku 2007



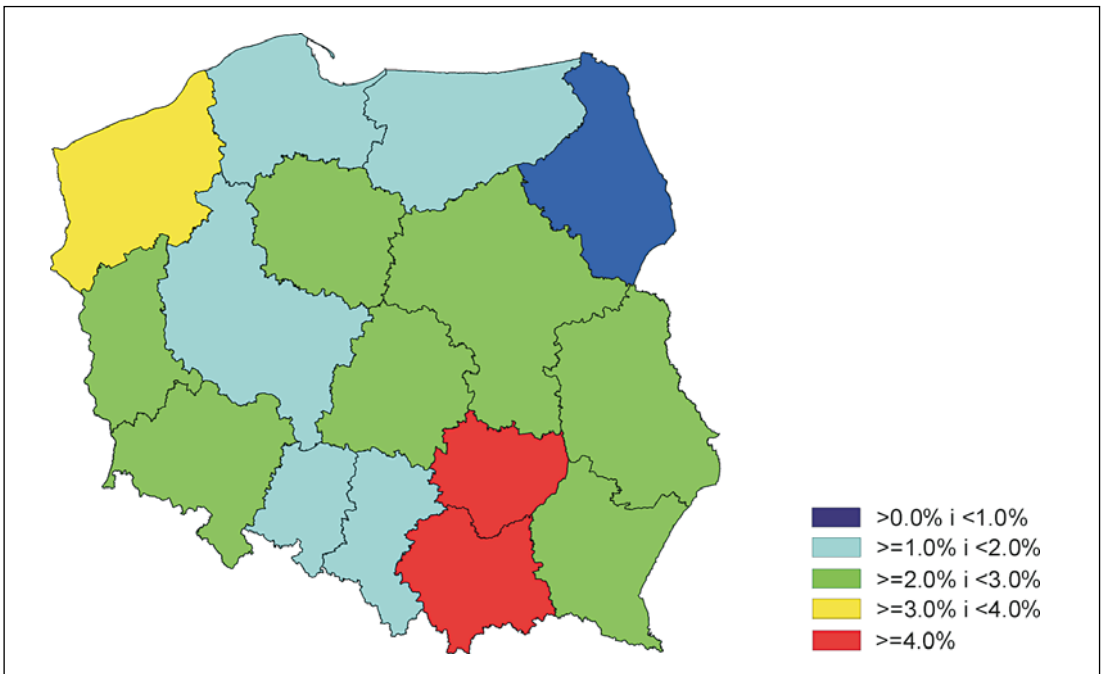
Ryc. 2.6. Częstość przekraczania wartości normatywnych określonych dla benzo(a)pirenu w roku 2007



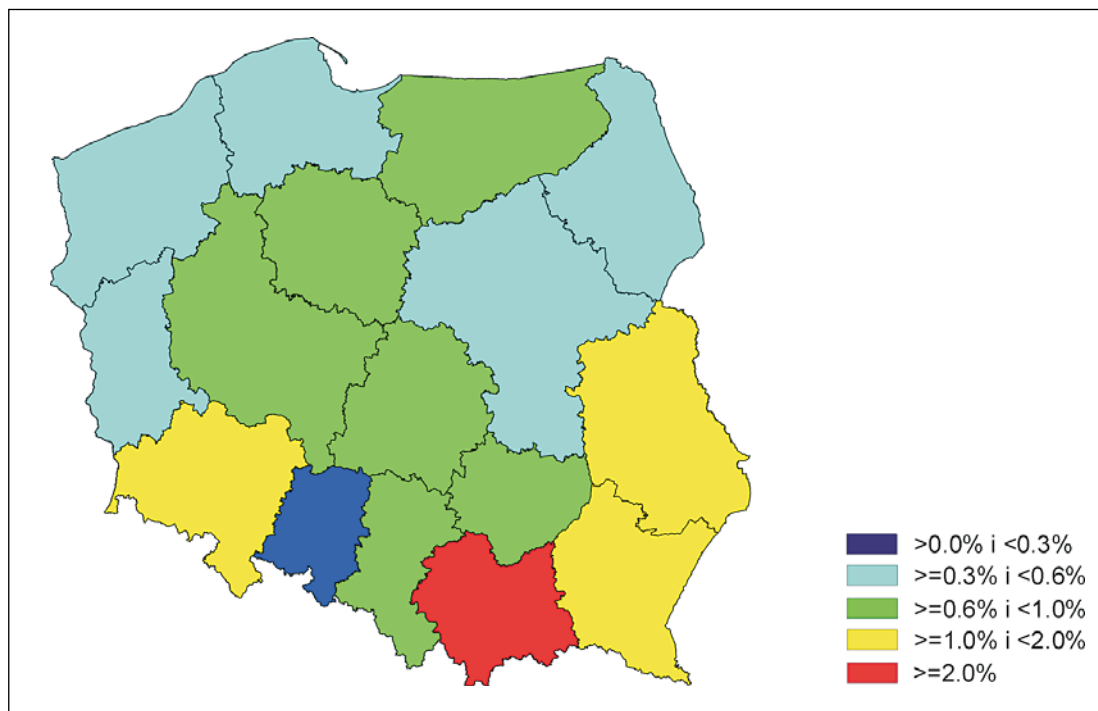
Ryc. 2.7. Częstość przekraczania wartości normatywnych określonych dla kadmu w roku 2007



Ryc. 2.8. Częstość przekraczania wartości normatywnych określonych dla ołowiu w roku 2007



Ryc. 2.9. Procent analiz przekraczających wartości normatywne określone dla Enterokoków w roku 2007



Ryc. 2.10. Procent analiz przekraczających wartości normatywne określone dla E.Coli w roku 2007

2.5. Podsumowanie i wnioski

1. Pomimo prowadzonych systematycznych prac w zakresie rozbudowy, modernizacji i łączenia wodociągów, nadal odnotowuje się wyraźny stopień zróżnicowania sieci wodociągowej w poszczególnych województwach. W skali kraju najwyższy odsetek wodociągów stanowiły urządzenia o małej lub bardzo małej wydajności (poniżej 1000 m³/dobę), zaopatrujące głównie obszary wiejskie. Bardzo duża liczba wodociągów tej klasy znacznie utrudnia prowadzenie skutecznego nadzoru sanitarnego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i praktycznie uniemożliwia skuteczną kontrolę wszystkich instalacji. Największe rozdrobnienie wodociągów występuje w województwach: warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i mazowieckim.

2. Woda przeznaczona do spożycia, dostarczana za pośrednictwem wodociągów, czerpana jest z dwóch rodzajów ujęć: podziemnych i powierzchniowych. Zdecydowaną większość spośród wszystkich ujęć w Polsce stanowią uję-

cia podziemne (około 98 %). Ujęcia wody powierzchniowej nie były eksploatowane na terenie 3 województw: lubelskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego.

3. W wodę dostarczaną przez wodociągi zaopatrywanych było w Polsce łącznie ponad 44 tys. miejscowości (99 % miast i 78 % obszarów wiejskich). Najwyższy odsetek zaopatrywanych w wodę wodociągową miejscowości odnotowano w województwach: łódzkim, kujawsko-pomorskim i wielkopolskim, zaś najniższy w małopolskim.

4. W 2007 roku wodociągi dostarczały wodę do ponad 35 mln ludzi, z czego około 70 % to mieszkańcy miast. Woda spełniająca wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dostarczana była do 32 mln ludzi. Odsetek ludności korzystającej z wody o odpowiedniej jakości w miastach wynosił 92 %, zaś na obszarach wiejskich 86 %.

5. W celu dokonania oceny wody przeznaczonej do spożycia stacje sanitarno-epidemiologiczne w 2007 roku pobrały ponad 90 tys. próbek

wody pochodzącej z wodociągów, wykonując ponad 1 mln badań dla ponad 100 parametrów, z czego pod względem jakości zakwestionowano około 22 % próbek wody (najwięcej w województwach pomorskim i lubelskim, zaś najmniej w małopolskim).

6. Analiza zanieczyszczenia mikrobiologicznego w oparciu o badania *E. Coli* i Enterokoków pokazuje, że najmniej zastrzeżeń budzi jakość zdrowotna wody na terenie województwa podlaskiego i warmińsko-mazurskiego, zaś najwięcej małopolskiego i świętokrzyskiego, co wskazuje na konieczność wzmożenia prac nad usprawnieniem lub modernizacją procesów dezynfekcji wody.

7. W przypadku zanieczyszczeń fizykochemicznych dla 4 rozważanych parametrów (azotanów, benzo(a)pirenu, kadmu i ołowiu) najmniejsze zastrzeżenia budzi jakość wody w województwie łódzkim (brak przekroczeń BaP, niewielki procent przekroczeń azotanów) i mazowieckim (niewiele przekroczeń z wyjątkiem BaP), zaś największe w opolskim (głównie ze względu na azotany i BaP) i dolnośląskim (azotany, kadm i ołów). Dla województw, w których jakość wody budzi największe zastrzeżenia, istnieje pilna potrzeba opracowania programów naprawczych.

III. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego

1. Informacje wstępne

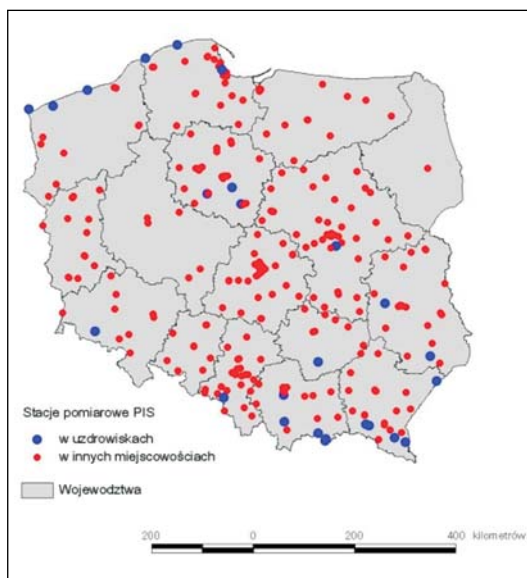
Ocena została opracowana na podstawie zbiorów danych przekazanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne do Państwowego Zakładu Higieny. W 2007 r., stacje sanitarno-epidemiologiczne prowadziły pomiary emisji zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora 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 6 czerwca 2002 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów niektórych substancji w powietrzu, alarmowych poziomów niektórych substancji w powietrzu oraz marginesów tolerancji dla dopuszczalnych poziomów niektórych substancji (Dz. U. Nr 87, poz. 798).

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 PZH dane z 1287 serii rocznych zawierających w sumie 201 546 wyników pomiarów stężeń zanieczyszczeń. Zanotowano spadek aktywności monitoringowej w porównaniu do stanu w 2006 r.

W wyniku przeprowadzonej weryfikacji ze zbioru krajowego usunięto serie zawierające



Ryc. 3.1. Stacje monitoringu jakości powietrza PIS czynne w latach 2006 - 2007.

zbyt małą liczbę pomiarów jednostkowych oraz zaktualizowano niektóre serie pomiarowe danymi uzupełniającymi uzyskanymi z wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Do opracowania oceny wstępnej wykorzystano dane z 1268 serii zawierających w sumie 201 879 wyników pomiarów jednostkowych.

2. Ogólna ocena poziomu zanieczyszczenia powietrza

2.1. Pył zawieszony ogółem

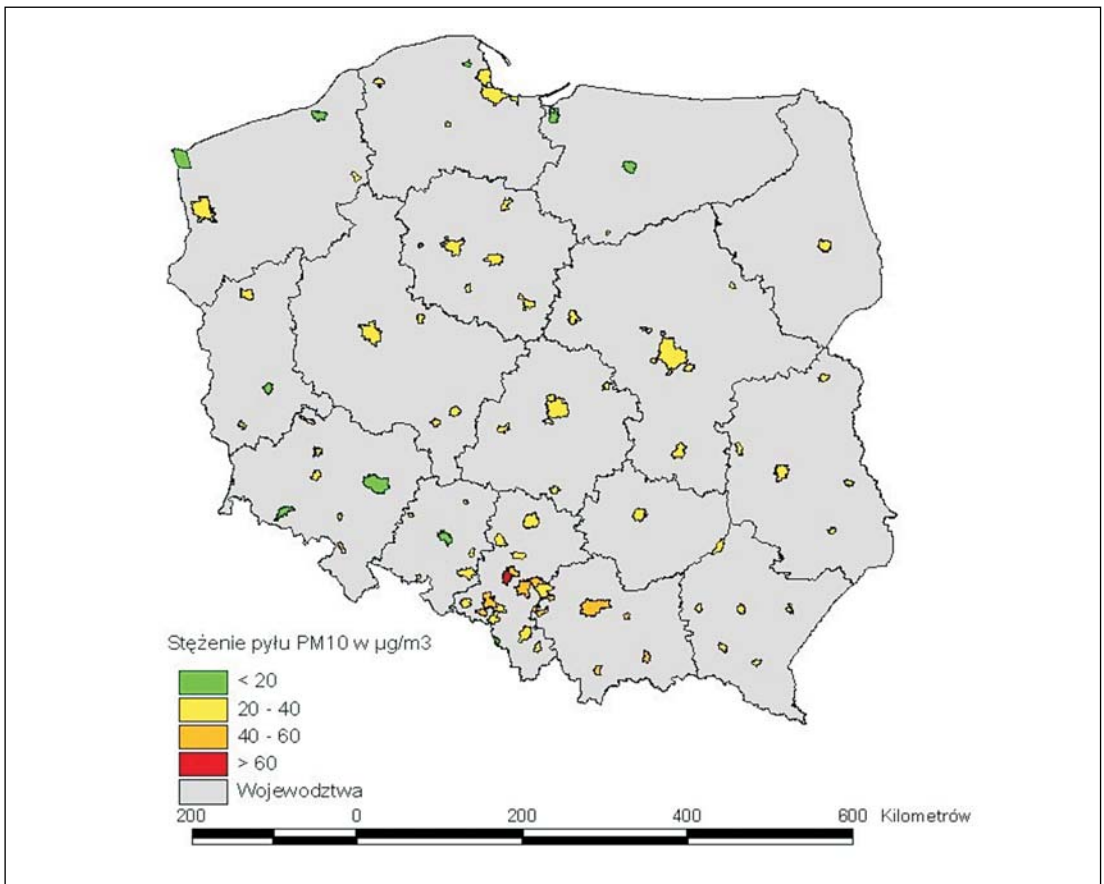
Pyły zawarte w powietrzu oddziałują na organizm ludzki przez układ oddechowy, a stopień ich szkodliwości związany jest ściśle ze średnicą ziaren. Za najbardziej szkodliwe uznawane są takie pyły, które mogą przedostawać się

do pęcherzyków płucnych. Za granicę szkodliwości przyjęto pył o wymiarach ziaren poniżej 10 μm . W ostatnich latach coraz większą wagę przywiązuje się do pomiarów stężenia frakcji pyłu o wymiarach ziaren poniżej 2,5 μm . Stopień niebezpieczeństwa, jaki powoduje narażenie na poszczególne pyły, zależy również od ich składu chemicznego i mineralogicznego. W krajach Unii Europejskiej odchodzi się od pomiarów stężenia pyłu ogółem, czyli pyłu bez separacji frakcji drobnych cząstek. W Polsce pomiary stężenia pyłu ogółem są wykonywane głównie na terenie województwa śląskiego równoległe z pomiarami stężenia pyłu PM10, przy użyciu tych samych poborników prób, oraz na terenie Ciechocinka. Z uwagi na brak dopuszczalnych wartości dla stężenia pyłu ogółem nie przeprowadzono szcze-

gółowej oceny poziomu zanieczyszczenia powietrza tym rodzajem pyłów. Najwyższą wartość stężenia średniorocznego zanotowano w 2007 r. na terenie Zabrza (74,6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

2.2. Pył zawieszony PM10

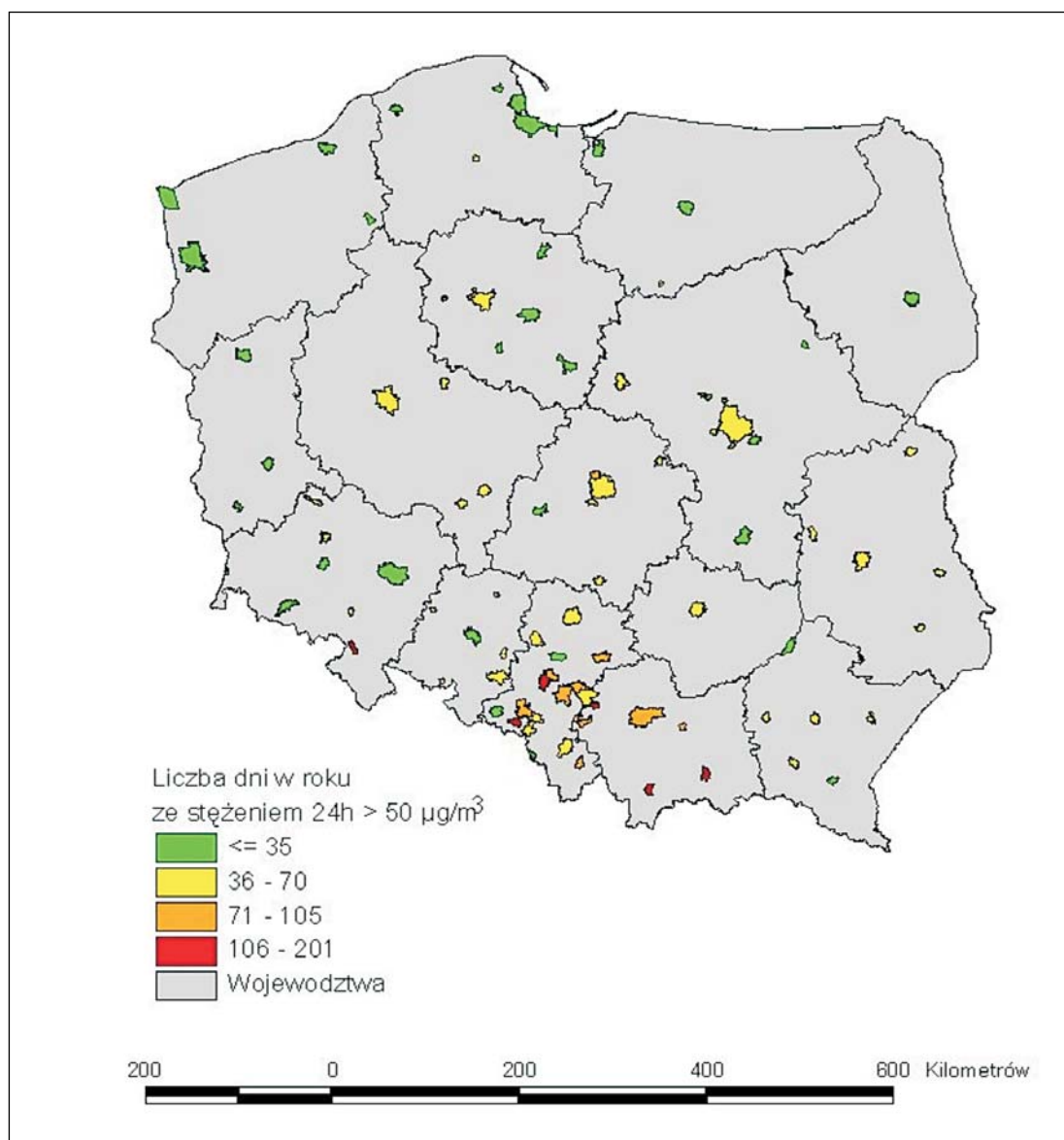
Ta frakcja pyłu zawieszonego jest obecnie podstawowym wskaźnikiem zanieczyszczenia powietrza pyłami na obszarze Unii Europejskiej. Wartości dopuszczalne ustanowione w Polsce są zgodne z dyrektywami unijnymi. Przy ocenie zdrowotnej jakości powietrza kierowano się docelowymi wartościami dopuszczalnymi: 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.



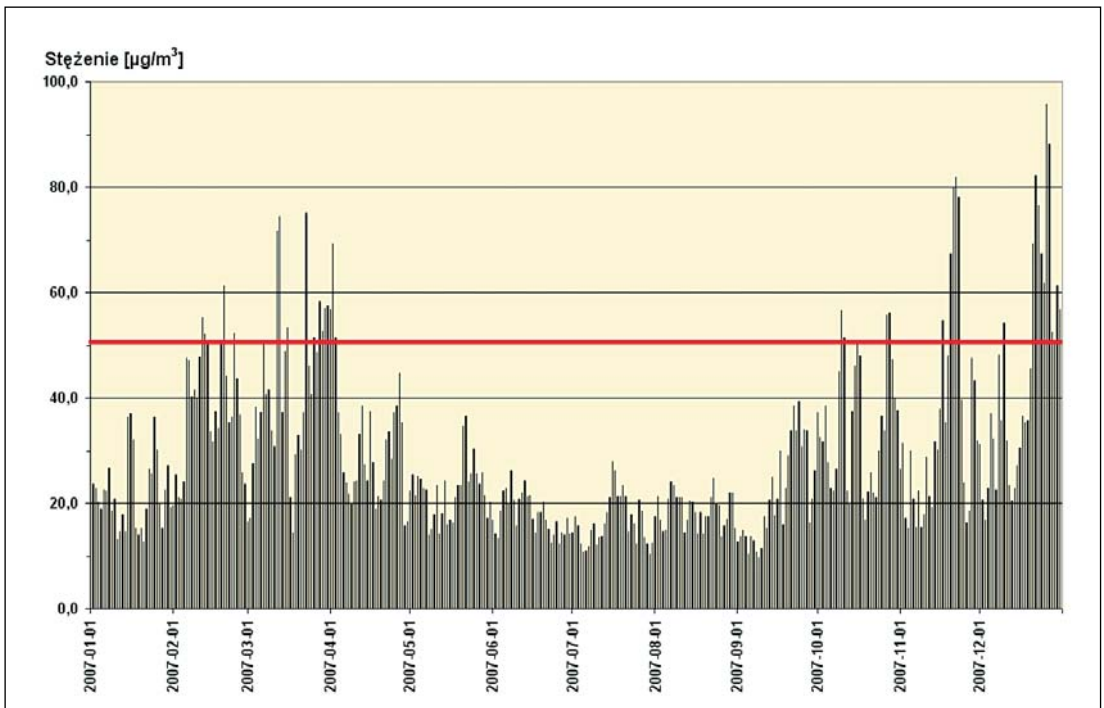
Ryc. 3.2. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia pyłu PM10 w gminach, w 2007 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

Pomiary stężenia 24h pyłu PM10 wykonywano na 104 stanowiskach, na terenie 16 województw i 97 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach. Na terenie monitorowanych jednostek administracyjnych zamieszkiwało ok. 10,1 mln ludności. Liczba wyników ogółem wyniosła 30 334; liczba wyników przekraczają-

cych wartość $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ – 3673 (12,1 %); co oznacza, że na monitorowanych obszarach, średnio w ciągu roku przez 44 dni stężenie przekraczało wartość dopuszczalną. Zmierzona wartość maksymalna $458 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wystąpiła w Nowym Targu w dniu 27.12.2007 r.



Ryc. 3.3. Maksymalne liczby dni w roku ze stężeniem 24h pyłu PM10 przekraczającym $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w gminach, w 2007 r.



Ryc. 3.4. Przebieg roczny stężenia pyłu PM10 w 2007 r. - wartości średnie dla stanowisk czynnych w danym dniu w sieci PIS.

Średnie roczne stężenie wahało się od $11,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Cieszynie do $63,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Zabrze. Na 17 stanowiskach na terenie 16 jednostek administracyjnych (1,71 mln mieszkańców) stężenie przekraczało wartość $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Na 58 stanowiskach pomiarowych działających na terenie 56 jednostek administracyjnych o łącznej liczbie mieszkańców ok. 5,42 mln liczba dni w roku ze stężeniem 24h przekraczającym wartość $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ była wyższa od 35 (wartość dopuszczalna).

Najbardziej niekorzystna sytuacja aerosanitarna wystąpiła w okresach: 12-13 marca, 20-23 listopada oraz 21-27 grudnia (Ryc. 3.4).

2.3. Pył zawieszony PM2.5

Pomiary stężenia 24-godzinne wykonywano na 3 stanowiskach (w Warszawie, Katowicach i Lublinie). Wykonano 671 pomiarów jednostkowych. Wartości średniego rocznego stężenia przekroczyły proponowaną przez ekspertów UE wartość dopuszczalną $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (od $20,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Lublinie do $25,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Warszawie). Mak-

symalne stężenie 24-godzinne (S_{24}) $155 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano w Katowicach. Najbardziej niekorzystna sytuacja aerosanitarna wystąpiła w okresie od 20 do 23 listopada w Katowicach ($S_{24} > 100 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

2.4. Pył zawieszony – pomiary reflektometryczne

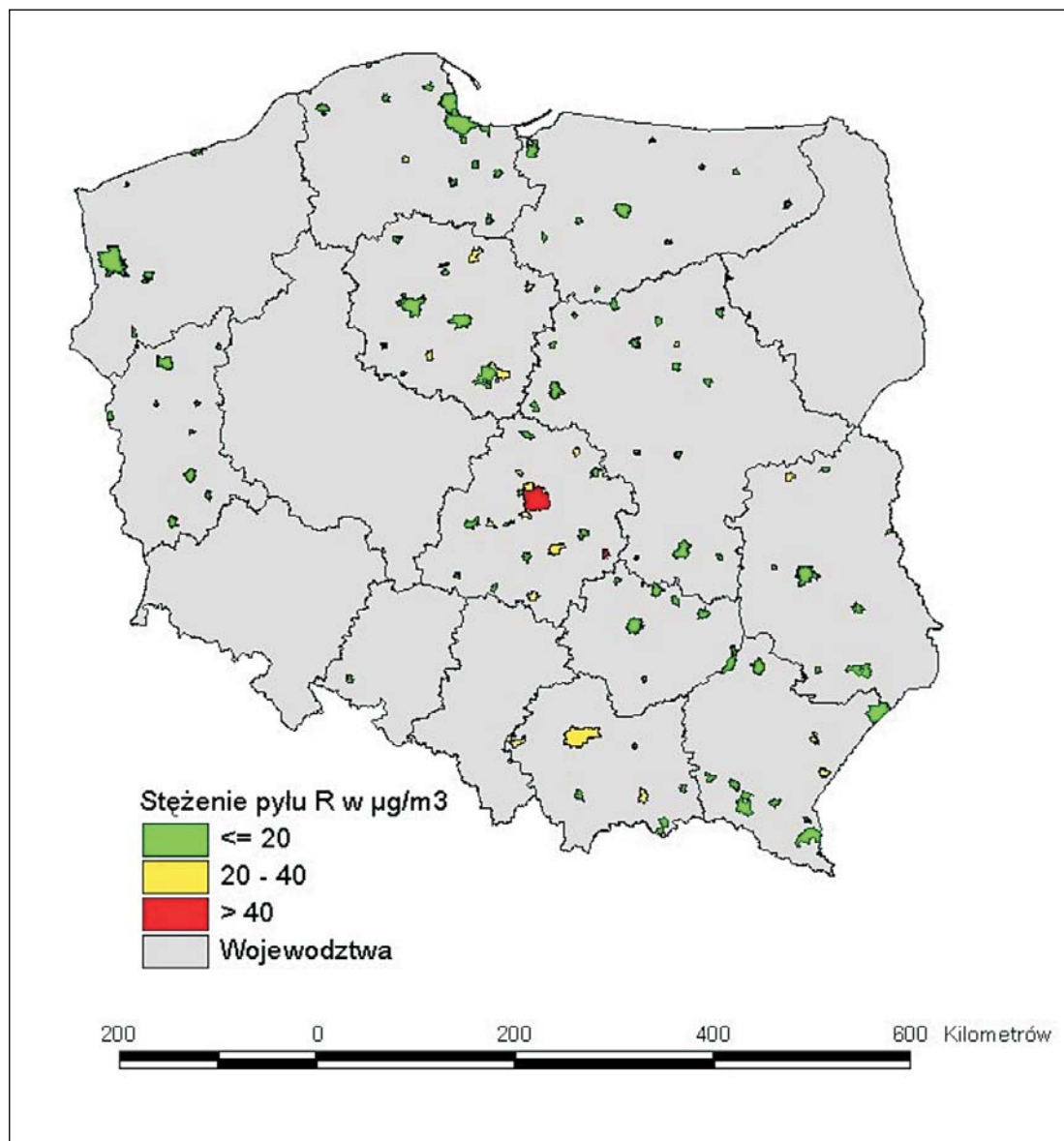
Oceny za 2007 rok dokonano na podstawie 38 756 danych ze 160 stanowisk pomiarowych zlokalizowanych na terenie 12 województw i 132 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach. Na terenie monitorowanych jednostek administracyjnych zamieszkiwało ok. 8,3 mln ludności. Zakres sieci pomiarowej stężenia pyłu R został ograniczony głównie ze względu na rozwój sieci pomiarów stężenia pyłu PM10 w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska (PMS).

Stężenie średnie roczne wahało się od $2,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Czarna) do $47,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Łódź-Śródmieście). Na 2 stanowiskach pomiarowych stwierdzono przekroczenia wartości $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Łódź-Śródmieście, Opoczno; 0,1 mln ludności). Najwyższą

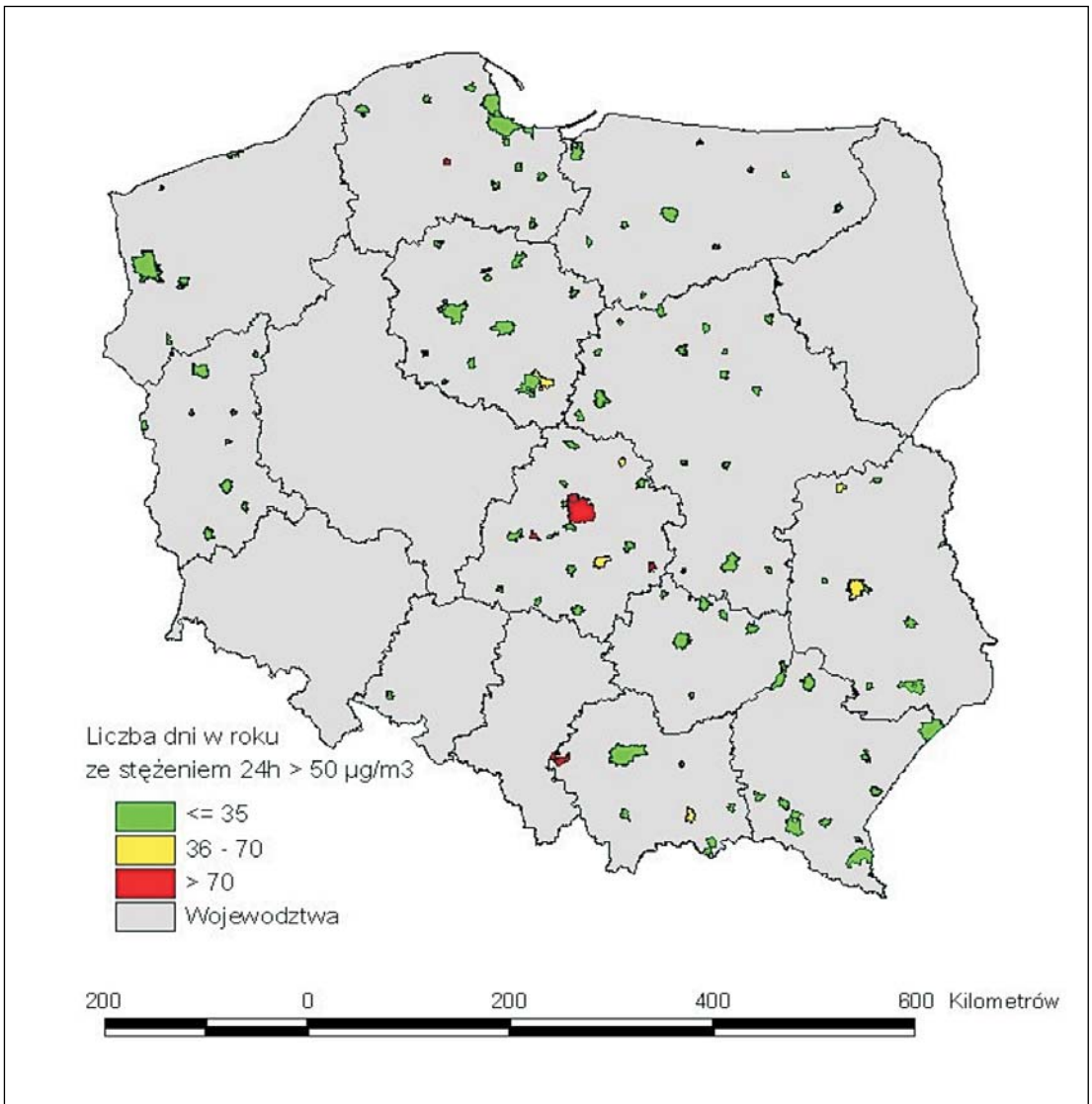
wartość stężenia 24-godzinnego zanotowano w Łodzi, w dniu 27 grudnia ($306 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Na 14 stanowiskach pomiarowych działających na terenie 13 jednostek administracyjnych

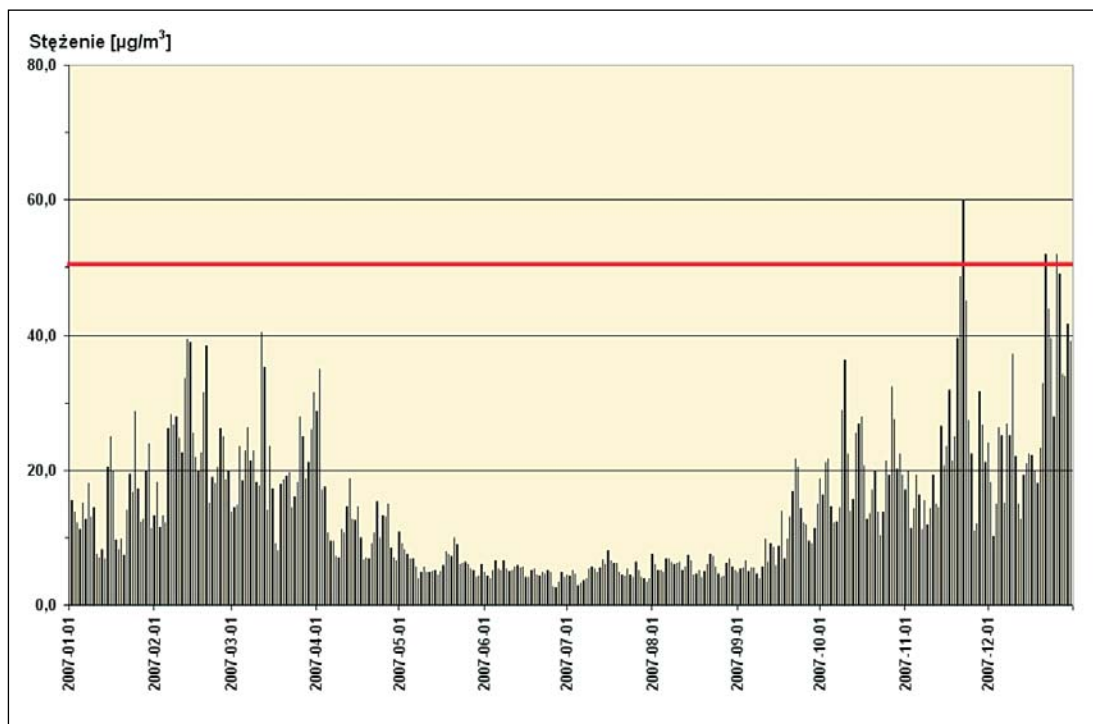
o łącznej liczbie mieszkańców ok. 1,0 mln liczba dni w roku ze stężeniem 24h przekraczającym wartość $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ była wyższa od 35 (wartość dopuszczalna).



Ryc. 3.5. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia pyłu R w gminach, w 2007 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$



Ryc. 3.6. Maksymalne liczby dni w roku ze stężeniem 24h pyłu R przekraczającym 50 µg/m³, w gminach, w 2007 r.



Ryc. 3.7. Przebieg roczny stężenia pyłu R w 2007 r. - wartości średnie dla stanowisk czynnych w danym dniu w sieci PIS

2.5. Dwutlenek siarki

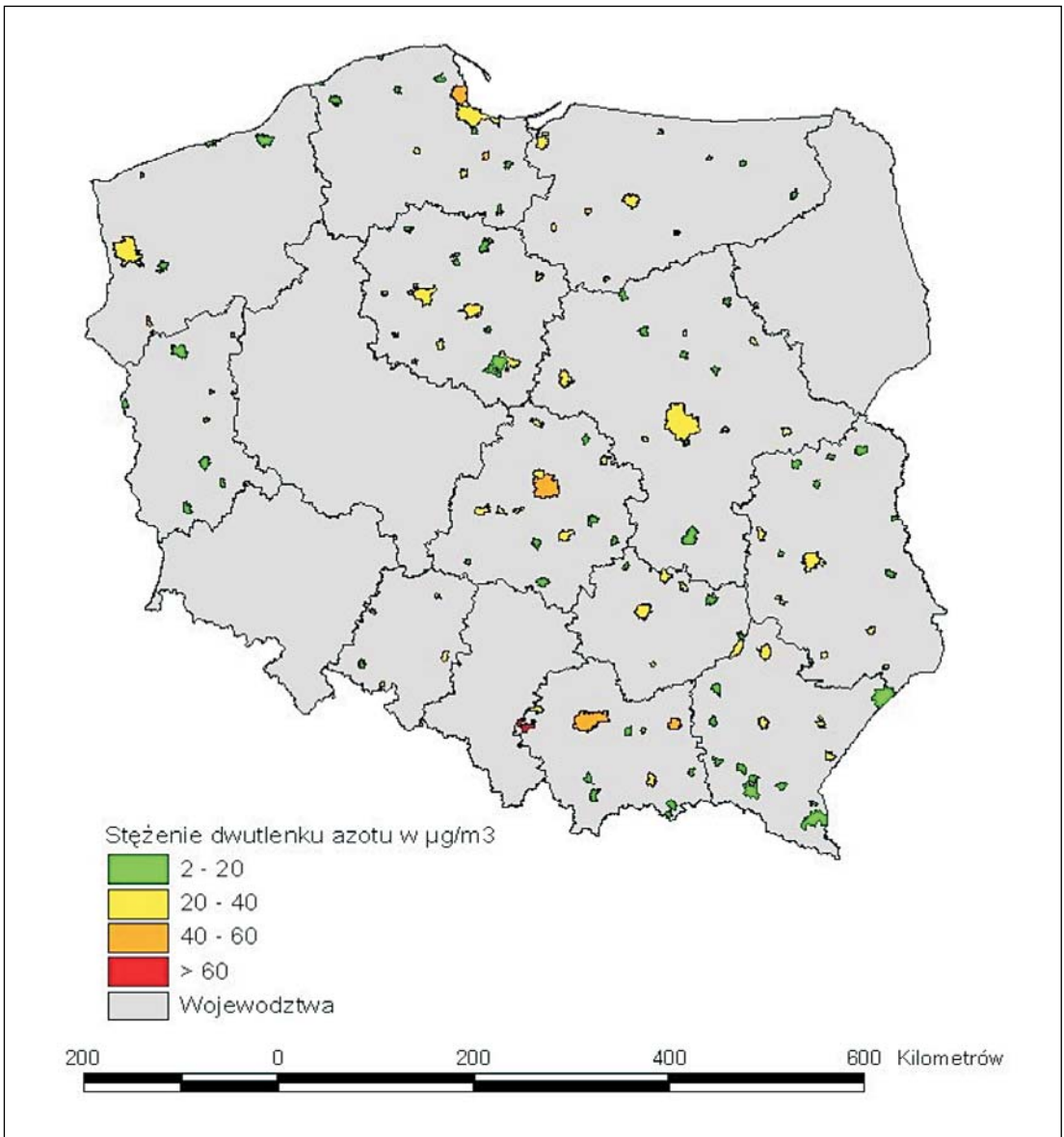
Oceny za 2007 rok dokonano na podstawie 40 947 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego ze 142 stanowisk pomiarowych zlokalizowanych na terenie 11 województw.

Wartości średniego rocznego stężenia wahały się od $0,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Warszawa-Śródmieście) do $29,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Chrzanów). Na pozostałych obszarach stężenie średnie roczne nie przekroczyło wartości $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Najwyższą wartość stężenia 24-godzinnego zanotowano w Chrzanowie, w dniu 22 grudnia ($177 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Na pozostałych obszarach nie notowano przekroczenia wartości dopuszczalnej $125 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.6. Dwutlenek azotu

Oceny za 2007 rok dokonano na podstawie 40 434 pomiarów 24-godzinnych wykonanych na 174 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 $63,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Oświęcim). Na 11 stanowiskach pomiarowych odnotowano wartości wyższe niż $40,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (w: Oświęcimiu, Łodzi, Krakowie, Kluczborku, Brzegu, Tarnowie, Myśluborzu, Ostródzie, Tczewie i Gdyni).



Ryc. 3.8. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia dwutlenku azotu w gminach, w 2007 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

2.7. Benzen

Oceny za 2007 rok dokonano na podstawie 2227 wyników pomiarów 24-godzinnych wykonanych na 36 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 5 województw i 27 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

Średnie roczne stężenie wahało się od $0,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Bydgoszczy do $13,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Zamościu i przekroczyło na 2 stanowiskach docelową wartość dopuszczalną $5,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.8. Ołów

Oceny za 2007 rok dokonano na podstawie 6506 wyników pomiarów (24-godzinnych oraz z prób zbiorczych) wykonanych na 77 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 16 województw i 71 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

Wartości średniego rocznego stężenia wahały się od $0,005 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Olsztyn) do $0,311 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Katowice) i nie przekraczały wartości dopuszczalnej.

2.9. Ozon

W 2007 r. nie prowadzono w sieci Państwowej Inspekcji Sanitarnej pomiarów stężenia ozonu troposferycznego, a w trakcie opracowania niniejszej oceny nie były dostępne zweryfikowane dane z PMS.

Z niezwyfikowanych danych Inspekcji Ochrony Środowiska zamieszczonych na stronach internetowych wynika, że najwyższe wartości stężenia 1-godzinnego, przekraczające $160 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano w trzeciej dekadzie kwietnia, głównie w południowo-zachodniej części kraju.

Brak oficjalnych danych z PMS uniemożliwia dokonanie oceny częstości przekraczania wartości dopuszczalnej dla 8-godzinnego stężenia ozonu.

2.10. Amoniak

Oceny za 2007 rok dokonano na podstawie 1073 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego wykonanych na 4 stanowiskach zlokalizowanych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego (Wieniec-Zdrój, Włocławek).

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $1,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Więńcu Zdroju do $3,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ we Włocławku. Wartość odniesienia $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nie została przekroczona.

2.11. Benzo(a)piren

Oceny za 2007 r. dokonano na podstawie 3237 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego lub w próbach zbiorczych wykonanych na 53 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 6 woje-

wództw i 45 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $0,0006 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Swinoujściu do $0,009 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Nakle nad Notecią. Wartość odniesienia $0,001 \mu\text{g}/\text{m}^3$ została przekroczona na 29 stanowiskach.

2.12. Fenol

Oceny za 2007 r. dokonano na podstawie 555 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego wykonanych na 3 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 2 województw i 3 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $3,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Tarnowie do $6,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Wyszku. Przekroczenia wartości odniesienia dla średniego rocznego stężenia $2,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano na wszystkich stanowiskach pomiarowych.

2.13. Fluor

Oceny za 2007 r. dokonano na podstawie 1158 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego wykonanych na 6 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 4 województw i 5 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

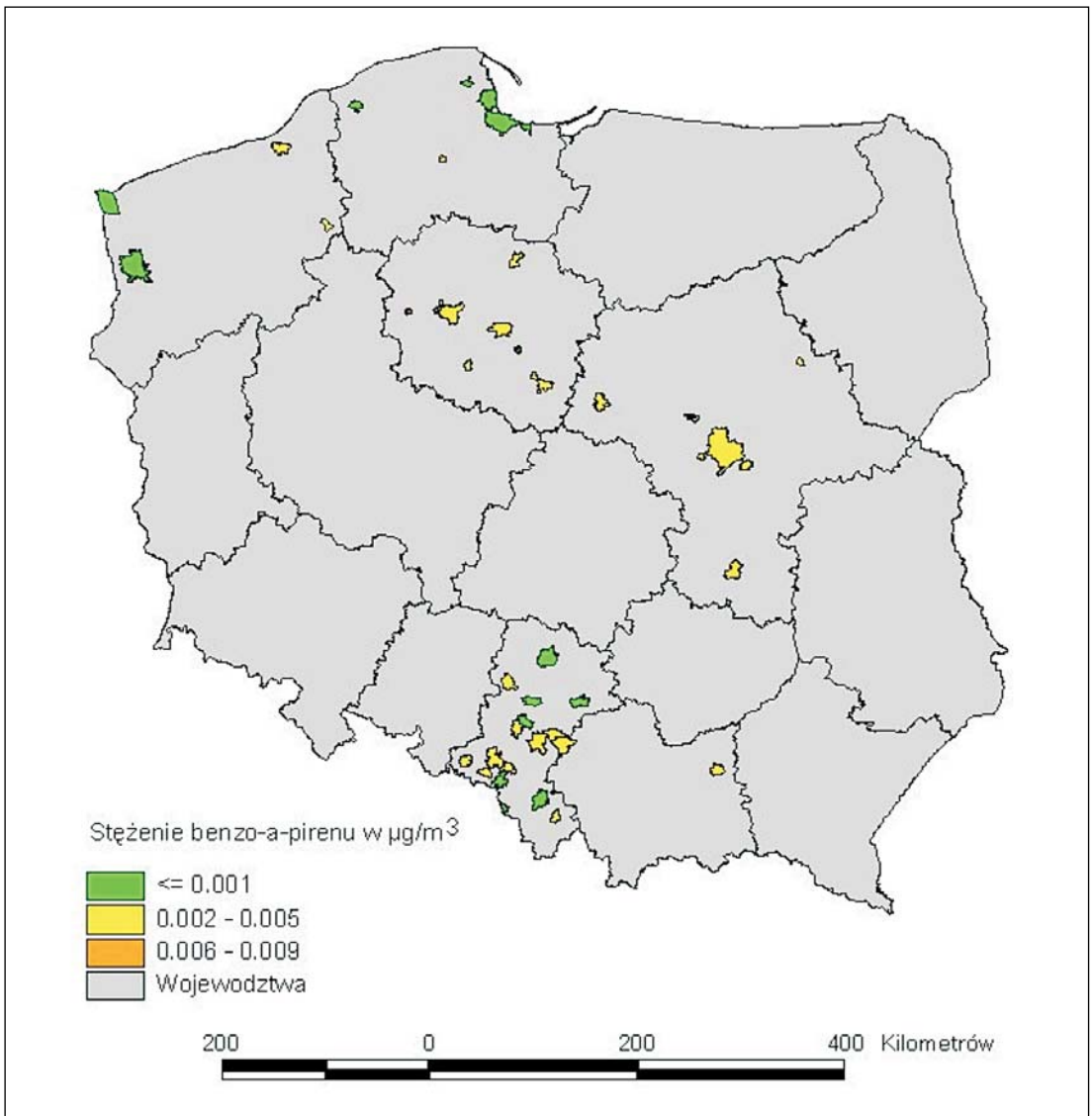
Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $0,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Inowrocławiu do $2,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Tarnobrzegu. Przekroczenie wartości odniesienia dla średniego rocznego stężenia $2,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano jedynie w Tarnobrzegu.

2.14. Formaldehyd

Oceny za 2007 r. dokonano na podstawie 9472 wyników pomiarów stężenia 24-godzinnego wykonanych na 38 stanowiskach zlokalizowanych na terenie 6 województw i 29 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $1,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Tarnowie do $64,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Wyszku.

Przekroczenia wartości odniesienia dla średniego rocznego stężenia $4,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ odnotowano na 22 stanowiskach pomiarowych. Najwyższe wartości zanotowano w Wyszku, Radomiu, Zwoleniu, Łodzi i Ciechanowie.



Ryc. 3.9. Maksymalne wartości średniego rocznego stężenia benzo-a-pirenu w gminach, w 2007 r., w $\mu\text{g}/\text{m}^3$

2.15. Inne zanieczyszczenia

Kadm

Do oceny wykorzystano dane z 78 stanowisk zlokalizowanych na terenie 16 województw i 71 gmin miejskich i dzielnic w 5 największych miastach.

Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $< 0,001 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Ostrowi Mazowieckiej

do $0,017 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Miasteczku Śląskim. Średnie roczne stężenie powyżej wartości odniesienia $0,01 \mu\text{g}/\text{m}^3$ zanotowano w Miasteczku Śląskim.

Mangan

Do oceny wykorzystano dane z 20 stanowisk zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $0,006 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Żywcu do $0,072 \mu\text{g}/\text{m}^3$

w Zawierciu (poniżej wartości odniesienia $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Miedź

Do oceny wykorzystano dane z 22 stanowisk zlokalizowanych na terenie 2 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $0,004 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Olsztynie do $0,243 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Katowicach (poniżej wartości odniesienia $0,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Nikiel

Do oceny wykorzystano dane z 74 stanowisk zlokalizowanych na terenie 15 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $< 0,001 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Ciechocinku do $0,022 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Warszawie. Wartość odniesienia $0,025 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nie została przekroczona.

Ksylan

Do oceny wykorzystano dane z 13 stanowisk zlokalizowanych na terenie 4 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $1,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Puławach do $7,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Bydgoszczy. Wartość odniesienia $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nie została przekroczona.

Toluen

Do oceny wykorzystano dane z 15 stanowisk zlokalizowanych na terenie 4 województw. Zanotowano wartości średniego rocznego stężenia od $1,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Nałęczowie do $7,9 \mu\text{g}/\text{m}^3$ w Bydgoszczy (poniżej wartości odniesienia $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

3. Ocena jakości powietrza na obszarach ochrony uzdrowiskowej

Oceny jakości powietrza w uzdrowiskach w 2007 r. roku dokonano w oparciu o 15 818 wyników zawartych w 108 seriach pomiarowych z terenu 24 czynnych lub planowanych uzdrowisk, w tym:

- 18 serii pomiarowych liczących 3420 wyników pomiarów 24-godzinnych stężenia dwutlenku siarki,
- 20 serii pomiarowych liczących 4365 wyników pomiarów 24-godzinnych stężenia dwutlenku azotu,
- 19 serii pomiarowych liczących 3843 wyniki pomiarów 24-godzinnych stężenia pyłu R,

- 4 serie pomiarowe liczące 994 wyniki pomiarów 24-godzinnych stężenia pyłu PM₁₀,
- 2 serie pomiarowe liczące 368 wyników pomiarów 24-godzinnych stężenia pyłu ogółem.

Zanotowano przekroczenie wartości dopuszczalnej dla średniego rocznego stężenia pyłu PM₁₀ w Jastrzębiu Zdroju oraz wartości odniesienia dla benzo(a)pirenu w Inowrocławiu.

4. Ocena porównawcza poziomu zanieczyszczenia powietrza w latach 2006-2007

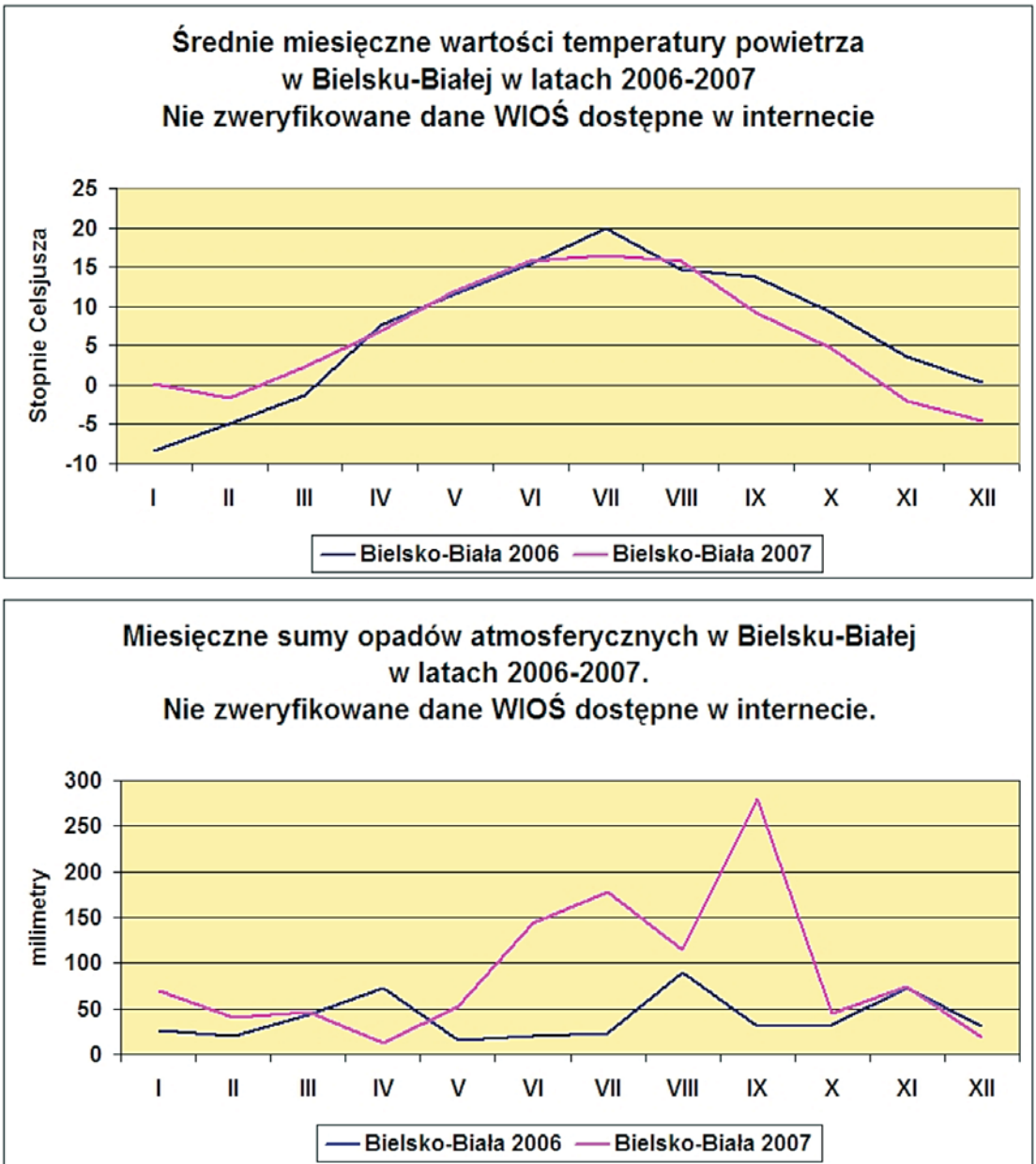
Oceny porównawczej poziomu zanieczyszczenia powietrza w latach 2006-2007 dokonano w oparciu o dane z serii pomiarowych wykonanych na stanowiskach czynnych bez przerwy w analizowanym okresie.

Z danych przedstawionych w Tabeli 3.3 wynika, że w 2007 r. odnotowano wyraźny spadek średniego rocznego stężenia dla 30 z 34 badanych wskaźników zanieczyszczenia powietrza. Przyczyny tego zjawiska należy upatrywać przede wszystkim w bardziej korzystnych z punktu widzenia emisji i rozpraszania zanieczyszczeń powietrza warunkach meteorologicznych panujących w Polsce w 2007 r. w porównaniu z sytuacją w 2006 r., co ilustruje Ryc. 3.9.

Podsumowanie i wnioski

1. Na podstawie przedstawionych wyników można sformułować następujące wnioski dotyczące zmian poziomu zanieczyszczenia powietrza w Polsce w latach 2006-2007:

- w porównaniu do stanu z 2006 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 2007 r., tak jak i w latach



Ryc. 3.10. Średnie miesięczne wartości temperatury powietrza oraz miesięczne sumy opadów atmosferycznych zanotowane na automatycznej stacji meteorologicznej w Bielsku-Białej w latach 2006-2007.

poprzednich, na terenie województwa śląskiego, mimo 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. Pewnej poprawie uległ poziom zanieczyszczenia powietrza na terenie uzdrowisk.

4. W świetle aktualnych standardów jakości powietrza najpoważniejszy problem aerosanitarny stwarzają w Polsce zanieczyszczenia energetyczne oraz ozon troposferyczny (zanieczyszczenie wtórne). Stężenie tych zanieczyszczeń w znacznej mierze zależy od warunków meteorologicznych. Najwyższe wartości stężenia zanieczyszczeń energetycznych występują

w okresach z ujemną temperaturą powietrza, niską prędkością wiatru i brakiem opadów atmosferycznych (w 2007 r. kilka takich epizodów wystąpiło w listopadzie i grudniu), natomiast najwyższe wartości stężenia ozonu występują w okresie wiosenno-letnim przy suchej i bezwietrznej pogodzie (w 2007 r. takie epizody wystąpiły w trzeciej dekadzie kwietnia i w maju). Brak oficjalnych danych o stężeniu ozonu w 2007 r. nie pozwolił na dokonanie pełnej oceny tego ważnego z punktu zagrożenia zdrowia wskaźnika.

5. Stwierdza się w dalszym ciągu przekroczenie wartości odniesienia dla takich substancji jak: benzo(a)piren, kadm, fenol i formaldehyd na monitorowanych obszarach.

Tabela 3.1. Charakterystyka sieci monitoringu jakości powietrza Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2007 r. Dane zweryfikowane.

KOD	NAZWA		LST	LPOM	LBG	LBW	SAMIN	SAMAX	MIASTO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
007	Amoniak	µg/m ³	4	1073	2	1	1,3	3,1	Włocławek
010	Arsen	µg/m ³	22	2204	21	5	0,001	0,039	Bydgoszcz
011	Benzen	µg/m ³	36	2227	27	5	0,4	13,1	Zamość
012	Benzo(a)piren	µg/m ³	53	3237	45	6	0,001	0,009	Nakło nad Notecią
014	Chlor	µg/m ³	1	242	1	1	0,4	0,4	Bydgoszcz
020	Chlorowodór	µg/m ³	1	239	1	1	5,3	5,3	Bydgoszcz
021	Chrom	µg/m ³	27	957	24	2	0,000	0,019	Żywiec
026	Dwutlenek siarki	µg/m ³	178	40947	142	11	0,2	29,4	Chrzanów
027	Fenol	µg/m ³	3	555	3	2	3,1	6,5	Wyszków
028	Fluor	µg/m ³	6	1158	5	4	0,4	2,3	Tarnobrzeg
029	Formaldehyd	µg/m ³	38	9472	29	6	1,3	64,0	Wyszków
032	Kadm	µg/m ³	78	6517	71	16	0,000	0,017	Miasteczko Śląskie
034	Ksylen	µg/m ³	13	988	11	4	1,5	7,1	Bydgoszcz

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
036	Miedź	µg/m ³	22	1022	20	2	0,004	0,243	Katowice
040	Ołów	µg/m ³	77	6506	71	16	0,005	0,311	Katowice
044	Rtęć	µg/m ³	2	558	2	1	0,000	0,003	Olsztyn
049	Tlenek węgla	µg/m ³	1	288	1	1	847,8	847,9	Sanok
051	Toluen	µg/m ³	15	1089	13	4	1,5	7,9	Bydgoszcz
215	Etylobenzen	µg/m ³	1	51	1	1	1,0	1,0	Biała Podlaska
286	Mangan	µg/m ³	20	464	18	1	0,006	0,072	Zawiercie
321	Nikiel	µg/m ³	74	6312	68	15	0,000	0,022	Warszawa - Praga-Południe
400	Substancje smołowe	µg/m ³	5	113	5	1	10,0	19,6	Gdynia
500	Dwutlenek azotu	µg/m ³	174	40434	140	12	2,1	63,7	Oświęcim
602	Benzo(a)antracen	µg/m ³	29	574	27	3	0,001	0,009	Wodzisław Śląski
606	Benzo(ghi)perylen	µg/m ³	29	574	27	3	0,000	0,004	Wodzisław Śląski
607	Chryzen	µg/m ³	29	574	27	3	0,001	0,021	Wodzisław Śląski
609	Fluoranten	µg/m ³	20	237	18	1	0,000	0,006	Wodzisław Śląski
612	Benzo(b)fluoranten	µg/m ³	9	337	9	2	0,001	0,004	Szczecinek
613	Benzo(k)fluoranten	µg/m ³	9	337	9	2	0,000	0,002	Szczecinek
614	Dibenzo(ah)antracen	µg/m ³	9	337	9	2	0,000	0,004	Szczecinek
901	PM10	µg/m ³	104	30334	97	16	11,2	63,7	Zabrze
902	Pył R	µg/m ³	160	38756	132	12	2,2	47,2	Łódź-Śródmieście
903	Pył zawieszony ogólnym	µg/m ³	16	2564	14	2	17,0	74,6	Zabrze
904	Pył PM2.5	µg/m ³	3	671	3	3	20,6	25,6	Warszawa - Ochota

LST – liczba stanowisk pomiarowych; LPOM – liczba pomiarów; LBG – liczba gmin monitorowanych; LBW – liczba województw, na terenie których prowadzono pomiary, SAMIN – minimalna wartość średniego rocznego stężenia, SAMAX – maksymalna wartość średniego rocznego stężenia.

Tabela 3.2. Średnie roczne stężenie pyłu, dwutlenku siarki i dwutlenku azotu na terenie uzdrowisk w 2007 r.

Lp.	Uzdrowisko	Pył			Dwutlenek siarki	Dwutlenek azotu
		Ogółem	R	PM10		
		µg/m ³				
1	Cieplice	-	-	17,2	-	-
2	Lądek Zdrój	-	-	-	-	-
3	Polanica Zdrój	-	-	-	-	-
4	Kudowa Zdrój	-	-	-	-	-
5	Szczawno Zdrój	-	-	-	-	-
6	Trzebnica	-	-	-	-	-
7	Inowrocław Zdrój	-	-	21,0	1,0	14,0
8	Wieniec Zdrój	-	10,2	-	0,8	9,2
9	Ciechocinek	22,9	-	-	-	3,0
10	Nałęczów	-	8,5	-	1,1	18,8
11	Krasnobród	-	6,6	-	3,9	-
12	Swoszowice	-	23,1	-	13,9	24,4
13	Jerzmanowice	-	-	-	-	-
14	Krynica	-	9,4	-	0,9	14,6
15	Muszyzna	-	15,6	-	1,6	13,0
16	Piwniczna	-	-	-	-	7,5
17	Rabka	-	12,6	-	0,9	11,5
18	Wysowa	-	-	-	-	-
19	Konstancin	-	13,0	-	0,2	17,7
20	Iwonicz Zdrój	-	3,2	-	4,0	7,2
21	Rymanów Zdrój	-	5,0	-	4,2	8,7
22	Komańcza	-	-	-	-	-
23	Czarna	-	2,2	-	5,2	3,6
24	Polańczyk	-	3,3	-	3,0	4,6
25	Horyniec Zdrój	-	10,9	-	2,6	12,9
26	Sopot	-	8,0	-	3,4	20,2
27	Ustka	-	8,2	-	0,8	13,4
28	Łeba	-	7,6	-	4,4	9,7
29	Ustroń	-	-	-	-	-
30	Jastrzębie Zdrój	43,9	-	38,1	-	-
31	Busko Zdrój	-	4,4	-	2,2	26,3
32	Solec Zdrój	-	-	-	-	-
33	Kołobrzeg	-	2,6	-	-	7,8
34	Kamień Pomorski	-	3,0	-	-	7,4
35	Świnoujście	-	-	12,9	-	-

Tabela 3.3. Średnie roczne stężenie zanieczyszczeń, w $\mu\text{g}/\text{m}^3$, na stanowiskach czynnych bez przerwy w latach 2006 – 2007

Kod	Nazwa	Jednostka	Liczba stanowisk	Sa 2006	Sa 2007	Różnica
007	Amoniak	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	3	3,10	1,60	-1,50
010	Arsen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	18	7,00	6,61	-0,39
011	Benzen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	36	2,41	2,06	-0,35
012	Benzo(a)piren	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	44	6,39	2,09	-4,30
014	Chlor	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	1	1,12	0,38	-0,74
020	Chlorowodór	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	1	4,96	5,27	0,31
021	Chrom	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	27	5,59	8,15	2,56
026	Dwutlenek siarki	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	174	5,16	3,33	-1,83
027	Fenol	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	3	4,86	4,44	-0,42
028	Fluor	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	5	1,07	0,98	-0,09
029	Formaldehyd	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	38	7,85	6,23	-1,62
032	Kadm	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	69	2,97	1,77	-1,20
034	Ksylen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	13	4,22	3,51	-0,71
036	Miedź	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	22	124,73	90,55	-34,18
040	Ołów	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	67	59,37	51,24	-8,13
044	Rtęć	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	2	0,00	0,00	0,00
049	Tlenek węgla	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	1	898,57	847,81	-50,76
051	Toluen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	13	4,01	3,56	-0,45
215	Etylobenzen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	1	0,09	0,99	0,90
286	Mangan	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	20	28,65	26,10	-2,55
321	Nikiel	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	64	5,27	5,16	-0,11
400	Substancje smołowe	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	5	16,91	13,01	-3,90
500	Dwutlenek azotu	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	171	23,34	20,99	-2,35
602	Benzo(a)antracen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	25	12,88	2,92	-9,96
606	Benzo(ghi)perylen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	25	7,04	1,64	-5,40
607	Chryzen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	25	28,56	5,96	-22,60
609	Fluoranten	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	20	18,95	2,00	-16,95
612	Benzo(b)fluoranten	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	5	5,20	1,60	-3,60
613	Benzo(k)fluoranten	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	5	1,80	0,80	-1,00
614	Dibenzo(ah)antracen	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	5	1,00	0,00	-1,00
901	PM10	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	103	37,72	29,33	-8,39
902	Pył R	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	158	18,48	13,26	-5,22
903	Pył zawieszony ogółem	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	16	54,62	41,99	-12,63
904	Pył PM2.5	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	1	38,82	25,62	-13,20

Sa 2006 – średnie roczne stężenie w 2006 r., Sa 2007 – średnie roczne stężenie w 2007 r.

IV. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

Na podstawie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały w 2007 roku zapobiegawczy nadzór sanitarny polegający w szczególności na zajmowaniu stanowisk w zakresie sanitarno-higienicznym w sprawach:

- projektów planów zagospodarowania przestrzennego województw,
- projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego,
- warunków zabudowy i zagospodarowania terenu,
- dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
- przedsięwzięć przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach zgody na realizację przedsięwzięcia, zwanej dalej „decyzją o środowiskowych uwarunkowaniach”,
- wniosków dotyczących konieczności wykonania raportu o oddziaływaniu inwestycji na środowisko i jego zakresu na etapie uzyskiwania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach,
- odstępstw od przepisów określających warunki techniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy,
- obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ.

W ww. zakresie wydano w 2007 r. ogółem 229 778 uzgodnień i opinii sanitarnych (w 2006 r. – 265 833), w tym pozytywnych – 192 657 (w 2006 r. – 217 029).

Powyższe zadania były wykonywane przez wydzielone komórki organizacyjne zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Zapobiegawczy nadzór sanitarny sprawowali także rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych.

Działali oni na podstawie uprawnień, nadanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, upoważniających jedynie do uzgadniania dokumentacji projektowej. Liczba wydanych przez rzeczoznawców opinii wyniosła 40 612, w tym 36 798 pozytywnych (w 2006 r. – 37 791, w tym 37 767 pozytywnych).

Należy podkreślić, że działalność pionu zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ma na celu zapewnienie właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w realizowanych obiektach, takich jak szpitale, obiekty żywieniowo-żywnościowe, zakłady pracy, a także zapewnienie, aby projektowane obiekty, po ich zrealizowaniu nie powodowały zagrożenia i uciążliwości dla ludzi zamieszkałych i przebywających w ich sąsiedztwie.

Przykładem inwestycji opiniowanych, czy uzgadnianych w 2007 r. pod względem sanitarno-zdrowotnym na terenie kraju przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej były przedsięwzięcia dotyczące m.in. takich obiektów jak:

- 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.

Ważnym elementem w działalności pionu zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowej Inspekcji Sanitarnej było uzgadnianie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz opiniowanie wojewódzkich

planów zagospodarowania przestrzennego. Podstawą uzgodnień i opiniowania planów są opracowania – prognozy oddziaływań na środowisko, które dołączane są do planów.

Miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego stanowią podstawę do późniejszego wydawania przez właściwe organy decyzji o pozwoleniu na budowę inwestycji.

Mając na uwadze ochronę zdrowia publicznego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach uzgodnień i opinii, o których mowa wyżej, zwracały szczególną uwagę na zagadnienia takie, jak np.:

- właściwa gospodarka wodno-ściekowa, w tym zaopatrzenie ludności w wodę do spożycia o odpowiedniej jakości i ilości,
- prawidłowe usuwanie, gromadzenie i unieszkodliwianie odpadów (w tym szczególnie niebezpiecznych) w sposób nie zagrażający życiu i zdrowiu ludzi,
- ochrona ludności przed nadmiernym hałasem, zanieczyszczeniem powietrza oraz promieniowaniem niejonizującym, poprzez egzekwowanie rozwiązań technicznych, które zapewniają spełnienie norm określających najwyższe dopuszczalne stężenia i natężenia czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku.

Ponadto w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania zabudowy przemysłowej na otoczenie zwracano uwagę na oddzielenie obszarów przeznaczonych pod budownictwo mieszkaniowe od obszarów przemysłowych.

Mając na uwadze konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu, przy zajmowaniu stanowiska organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracały także uwagę na planowane rozwiązania techniczne w aspekcie m.in.:

- zabezpieczenia ludzi przed uciążliwością związaną z hałasem (lotniska, miejska komunikacja, zakłady usługowe, przemysłowe, itp.) poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań technicznych, takich jak ekrany akustyczne, czy okna o podwyższonej izolacyjności akustycznej,
- zabezpieczenia ludzi przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym oraz jonizującym poprzez zastosowanie np. odpowiednich osłon,
- zabezpieczenia ludzi przed wpływem zanieczyszczonego powietrza emitowanego

przez uciążliwe zakłady poprzez zastosowanie odpowiednich urządzeń, takich jak emitory i urządzenia pochłaniające substancje szkodliwe dla zdrowia,

- zagwarantowania odpowiednich warunków pobytu ludzi w budynkach poprzez zastosowanie m.in. właściwych pod względem zdrowotnym materiałów budowlanych, a także zapewnienia prawidłowej funkcji oraz programu pomieszczeń z punktu widzenia wymagań sanitarnohigienicznych.

W 2007 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uzgodniły 2467 miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego (w 2006 r. – 577).

W oparciu o ustawę z dnia 27 kwietnia 2001 r. – *Prawo ochrony środowiska* (Dz.U. z 2008 r. Nr 25, poz. 150) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w trybie art. 106 Kodeksu postępowania administracyjnego, dokonywały w 2007 r. uzgodnień przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko.

W 2007 roku wydano 38 665 opinii dotyczących konieczności opracowania raportu oddziaływania na środowisko (w 2006 r. – 22 764).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowisko przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach w 22 494 przypadkach (w 2006 r. – 6785), w tym w 22 194 przypadkach – pozytywne (w 2006 r. – 6760).

W procesie inwestycyjnym na etapie użytkowania decyzji o pozwoleniu na budowę organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej opiniują na podstawie ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane* (Dz.U. z 2006 r. Nr 156, poz. 1118, z późn. zm.) projekty budowlane pozostałych inwestycji; w tym zakresie wydano w 2007 r. 21 059 opinii sanitarnych (w 2006 r. – 19 221), w tym pozytywnych – 19 418 (w 2006 r. – 18 354).

W trakcie uzgadniania lub opiniowania dokumentacji projektowej zwracano szczególną uwagę na takie zagadnienia, jak zapewnienie właściwych warunków sanitarno-zdrowotnych w miejscach pobytu ludzi (zamieszkania i przebywania), a także odpowiednich warunków pracy osobom zatrudnionym w zakładach pracy.

Na etapie projektu budowlanego – pion zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajmuje również stanowisko w stosunku do wniosków dotyczących udzielenia zgody na odstąpienie od przepisów określających warunki techniczne,

jakie muszą spełniać budynki oraz na odstępstwa od przepisów określających wymogi bezpieczeństwa i higieny pracy (m.in. w zakresie wysokości pomieszczeń, zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego). W tym zakresie – w uzgodnieniu z Państwową Inspekcją Pracy w przypadku zagłębienia pomieszczeń poniżej terenu, braku oświetlenia naturalnego – zostało wydanych w 2007 r. 4586 decyzji administracyjnych (w 2006 r. – 3633).

Pion zapobiegawczego nadzoru sanitarnego uczestniczył w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych. W 2007 r. skontrolowano pod względem sanitarnohigienicznym 22 585 inwestycji (w 2006 r. – 22 927), wydając w tym zakresie stosowne opinie lub decyzje, w tym 22 109 pozytywnych (w 2006 r. – 22 513).

W 21 przypadkach zgłoszone zostały sprzeczności wobec dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, w 2007 r. przeprowadzono ogółem 27 674 kontrole i wizje lokalne (w 2006 r. – 30 064), w tym obiektów w trakcie budowy – 2467 (w 2006 r. – 3138).

Podsumowanie

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

jak również obiektów budowlanych przekazywanych do użytkowania.

W 2007 r., w stosunku do 2006 r., odnotowano ok. 14 % spadek liczby wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej opinii sanitarnych ogółem – do poziomu porównywalnego z 2005 r. Również w przypadku działalności kontrolnej prowadzonej w zakresie nadzoru zapobiegawczego (kontrole i wizje lokalne, w tym obiektów w trakcie budowy) można mówić o tendencji spadkowej w stosunku do lat ubiegłych.

Zanotowano ponad czterokrotny wzrost liczby stanowisk zajmowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej związanych z planami zagospodarowania przestrzennego, jak również zaobserwowano bardzo znaczący wzrost liczby stanowisk związanych z uzgadnianiem przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko (70 % wzrost liczby opinii dotyczących konieczności opracowania raportu oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko oraz trzykrotny wzrost liczby dokonanych uzgodnień przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach).

Liczba opinii sanitarnych o dokumentacjach projektowych, wydanych w 2007 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, działających w oparciu o uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego, wzrosła w stosunku do 2006 r. o ok. 7 %.

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

V. Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej

1. Wprowadzenie

Bieżący nadzór sanitarny Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad obiektami użyteczności publicznej dotyczy licznych i różnorodnych obiektów, co powoduje zróżnicowanie wymagań sanitarnych, jakim powinny odpowiadać obiekty należące do poszczególnych kategorii, w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osobom z nich korzystającym. Spośród ujętych w ewidencji 96 986 obiektów użyteczności publicznej w 2007 r. skontrolowano 73 275 obiektów (75,5 %). Jako niezadowalający oceniono stan sanitarny 2313 obiektów (3,2 %). W przypadku 1951 obiektów stwierdzono jednocześnie nieodpowiedni stan techniczny (2,7 %). W porównaniu z rokiem wcześniejszym liczba skontrolowanych obiektów uległa zmniejszeniu o 6145 placówek. W niewielkim stopniu obniżył się także odsetek obiektów objętych kontrolą – z 76,1 % w 2006 r. do 75,5 % w 2007 r. Tendencja spadkowa, zarówno w stosunku do liczby obiektów ujętych w wykazie, jak i placówek, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego, obserwowana jest od kilku lat (Ryc. 5.1).

W porównaniu z rokiem 2006 odnotowano poprawę stanu sanitarnego skontrolowanych placówek o 0,8 % (4,0 % do 3,2 %).

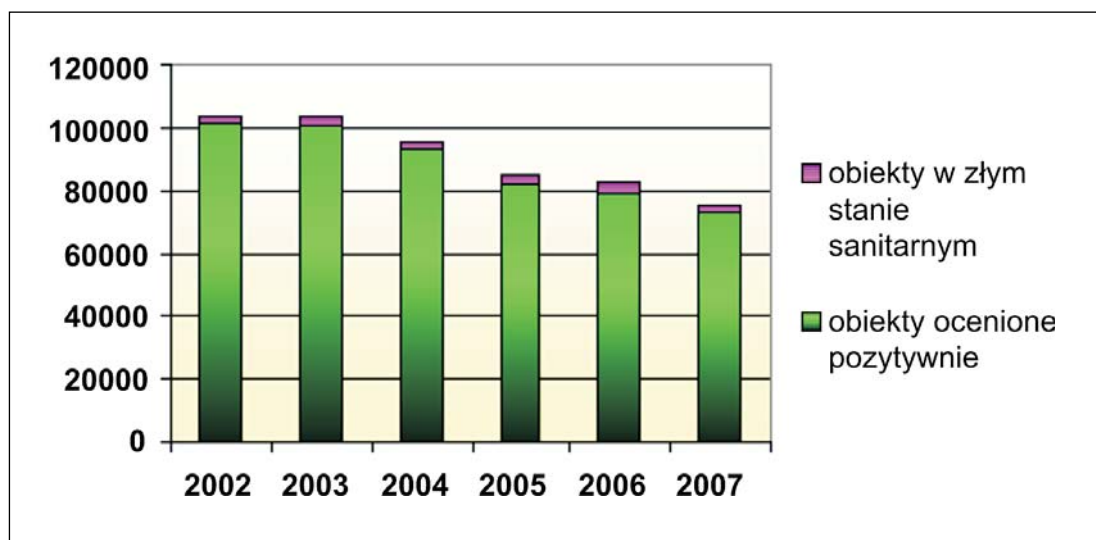
Zdecydowana większość skontrolowanych obiektów użyteczności publicznej znajdowała się na obszarze miast (52 790 obiektów, co stanowi 72 % ogółu skontrolowanych na obszarze kraju); na terenach wiejskich kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 20 485 placówkach. Odsetek skontrolowanych obiektów użyteczności publicznej był nieco wyższy w miastach (77,7 % ujętych w ewidencji na tym obszarze), niż na wsi (70,4 % zewidencjonowanych). Uchybienia w zakresie stanu sanitarnego również częściej stwierdzano w obiektach na terenie miast (3,4 % skontrolowanych), podczas

gdy na wsi obiekty takie stanowiły 2,7 % objętych kontrolą sanitarną.

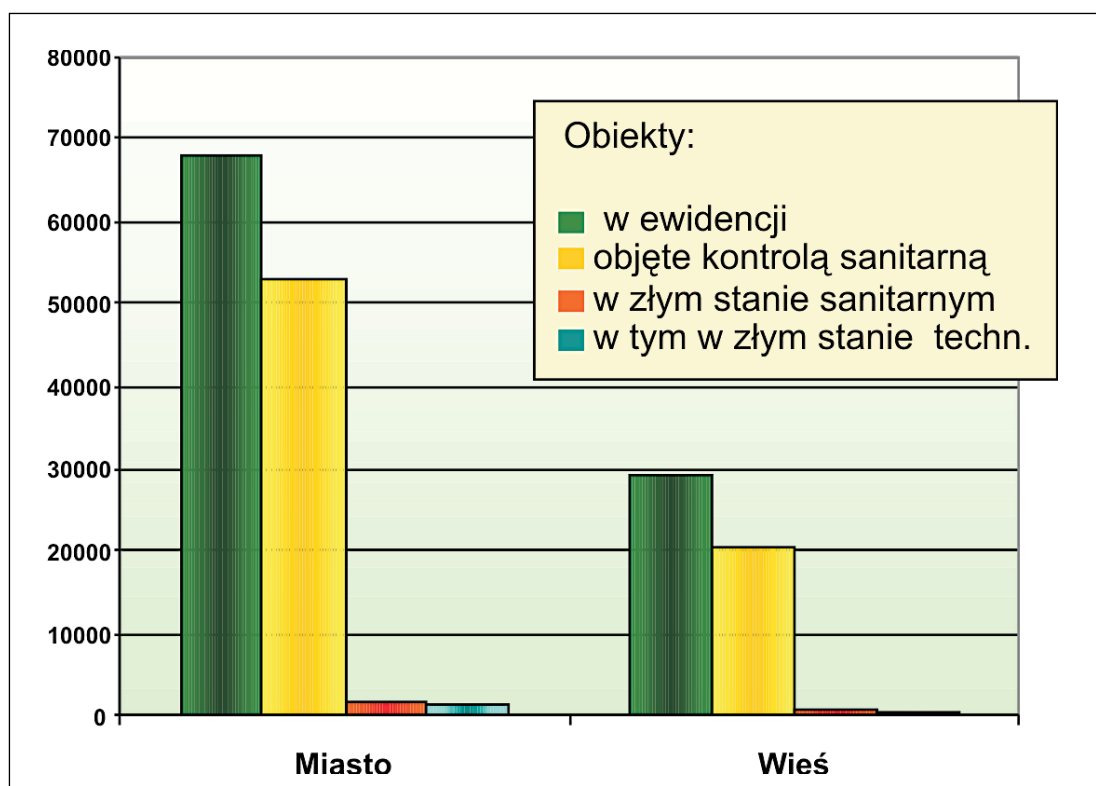
Liczebność obiektów zewidencjonowanych i skontrolowanych wykazuje dość znaczne różnice między poszczególnymi województwami, co obrazuje Ryc. 5.3. Obiekty te są najliczniejsze w województwach o największej liczbie ludności i największych obszarowo: śląskim (13 164), dolnośląskim (10 597), wielkopolskim (9691), mazowieckim (9254) oraz małopolskim (7914). Najwięcej obiektów użyteczności publicznej wykazanych w ewidencji znajduje się w województwie śląskim, gdzie jest ich ponad 5 razy więcej niż w województwie opolskim (2412), czy podlaskim (2651). Województwo śląskie było także województwem, w którym największa liczba obiektów została poddana kontroli stanu sanitarnego (9647, co stanowi 73,2 % zewidencjonowanych). Odsetek obiektów poddanych kontroli sanitarnej był nieco niższy w województwach, w których liczba obiektów zewidencjonowanych jest najliczniejsza i wahał się w granicach 58,8 %–67,9 %. Osiągał on natomiast najwyższe wartości w województwach, gdzie liczba ujętych w ewidencji obiektów jest mniejsza, jak w kujawsko-pomorskim (99,7 %), lubelskim (87,1 %), łódzkim (87,0 %), pomorskim (85,9 %).

Odnotowano także wyraźne różnice między województwami, dotyczące odsetka, jaki wśród skontrolowanych obiektów użyteczności publicznej stanowiły te, których stan sanitarny oceniono jako niedostateczny. Wskaźnik ten wahał się od 10,4 % w województwie dolnośląskim do 0,5 % w województwie lubuskim, 0,7 % w województwie lubelskim i 0,8 % w województwie pomorskim (ryc. 5.3).

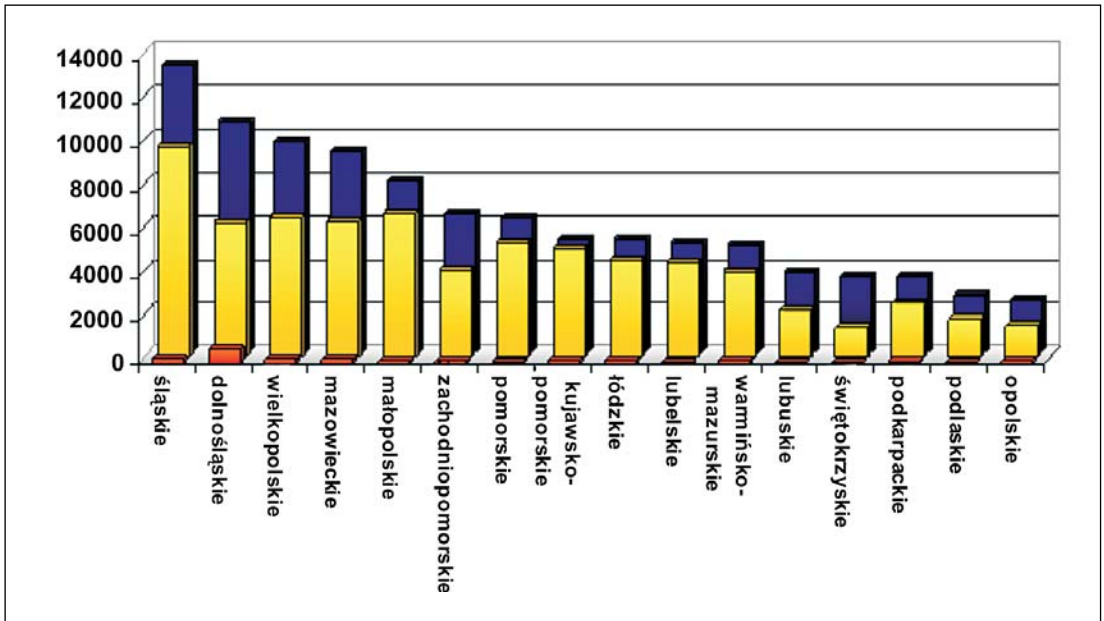
Wśród obiektów użyteczności publicznej objętych nadzorem sanitarnym najliczniejszą grupę stanowiły zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące kompleksowo ww. usługi (44,2 %).



Ryc. 5.1. Liczba obiektów użyteczności publicznej objętych kontrolą stanu sanitarnego w latach 2002-2007.



Ryc. 5.2. Obiekty objęte kontrolą sanitarną w 2007 r. w mieście i na wsi.



Ryc. 5.3. Obiekty użyteczności publicznej wykazane w ewidencji i objęte kontrolą sanitarną w poszczególnych województwach w 2007 r.

Mniej liczne były hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie, stanowiące łącznie 11,0 % skontrolowanych placówek. Udział pozostałych grup obiektów wśród ogółu skontrolowanych był znacznie mniejszy i wynosił odpowiednio: dla terenów rekreacyjnych – 2,7 %, ustępów publicznych – 2,4 %, basenów kąpielowych – 1,8 %, domów pomocy społecznej – 1,9 %, dworców i stacji kolejowych – 1,6 %, dworców autobusowych – 0,5 %, noclegowni dla bezdomnych – 0,3 %, przejść granicznych ogółem – 0,1 %. Znaczną grupę (33,5 % skontrolowanych) stanowiły natomiast obiekty użyteczności publicznej nie należące do żadnej z wymienionych wyżej kategorii, określane jako obiekty inne.

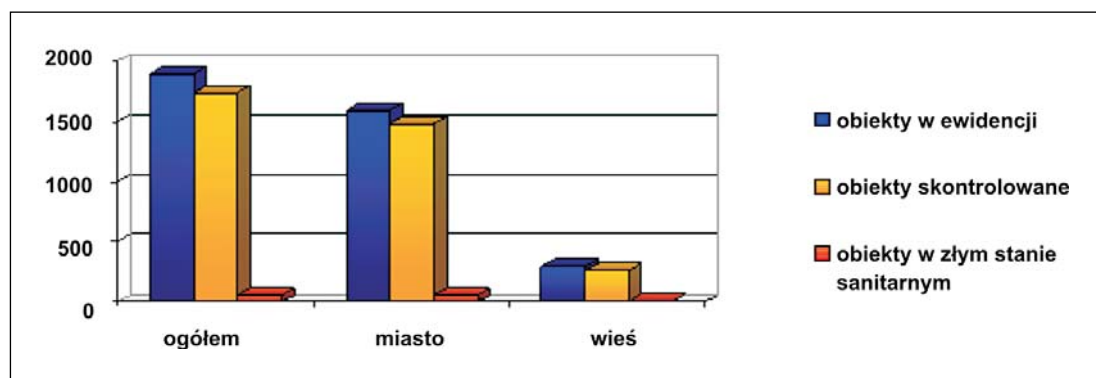
Wzmierzony nadzór sanitarny dotyczył przede wszystkim tych obiektów użyteczności publicznej, w przypadku których warunki sanitarno-higieniczne miały największe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. W grupach tych odsetek placówek objętych kontrolą sanitarną był największy i wynosił odpowiednio: w przypadku basenów krytych 95,6 % i odkrytych 90 % obiektów pozostających w ewidencji, dworców auto-

busowych – 97,1 %, portów lotniczych – 94,1 %, hoteli – 93,1 %, drogowych i morskich przejść granicznych odpowiednio: 92,3 % i 90,5 %, noclegowni – 91,5 %, ustępów publicznych – 92 %, domów pomocy społecznej – 90 %, przystani promów morskich i morskich statków pasażerskich – 100 %.

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. Spośród ogółu 1893 ujętych w ewidencji obiektów tej grupy, w 2007 r. skontrolowano 1741 (92 %), oceniając negatywnie stan sanitarny 57 (3,3 %). Zdecydowaną większość skontrolowanych ustępów publicznych stanowiły obiekty na terenie miast (1473 – 84,6 % ogółu objętych kontrolą w skali kraju), spośród których 51 (3,5 %) charakteryzowało się złym stanem sanitarnym. Na wsi na 268 skontrolowanych obiektów jedynie 6 (2,3 %) zostało ocenione jako niespełniające wymogów sanitarnych.



Ryc. 5.4. Ustępy publiczne nadzorowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2007 r.

W porównaniu z rokiem 2006, na niezmiennym poziomie utrzymał się odsetek skontrolowanych obiektów. Odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym nieznacznie się obniżył – z 3,4 % w 2006 r. do 3,3 % w 2007 r.

Wśród objętych kontrolą obiektów przeważały ustępy stałe skanalizowane, stanowiące 87,5 % skontrolowanych. Negatywna ocena sanitarna dotyczyła 3,4 % skontrolowanych obiektów tej podgrupy.

Mniej liczne były ustępy stałe nie skanalizowane, stanowiące 3,6 % skontrolowanych. Negatywną ocenę sanitarną otrzymało 4,6 % obiektów objętych kontrolą w tej kategorii, a w przypadku obiektów położonych na terenie miast wskaźnik ten był jeszcze wyższy i wynosił blisko 7 % skontrolowanych. Niewielki odsetek ustępów publicznych skontrolowanych pod względem sanitarnym stanowiły ustępy publiczne tymczasowe skanalizowane (4,7 % ogółu objętych kontrolą) i nie skanalizowane (4,2 % skontrolowanych). Stan sanitarny oceniono jako niedostateczny odpowiednio w przypadku 1,2 % oraz 1,4 % skontrolowanych obiektów w obu powyższych podgrupach. W każdej z nich blisko połowę ustępów publicznych, w których przeprowadzono kontrolę sanitarną, stanowiły obiekty położone na terenach wiejskich. Należy podkreślić, że wszystkie z nich zostały ocenione pozytywnie pod względem sanitarnym.

Stwierdzane uchybienia i nieprawidłowości, będące powodem negatywnej oceny stanu sanitarnego w omawianej grupie obiektów, często wynikały z ich nieodpowiedniego stanu technicznego i obejmowały uszkodzenia okła-

dzin ceramicznych, zabrudzenia ścian i sufitów, zniszczenia stolarki drzwiowej i okiennej, zniszczone pisuary, brak doprowadzenia bieżącej ciepłej wody do umywalk, niedostateczną ilość środków czystości i środków dezynfekcyjnych, a zwłaszcza niezadawalający stan czystości pomieszczeń i urządzeń. W części obiektów odnotowano poprawę stanu sanitarno-technicznego i standardu wyposażenia w porównaniu z rokiem poprzednim. Przeprowadzone działania obejmowały głównie odnowienie ścian, w tym ułożenie płytek ceramicznych, ułatwiających utrzymanie pomieszczeń w czystości, wymianę armatury sanitarnej, zapewnienie wentylacji mechanicznej, ponadto zainstalowanie pojemników na mydło w płynie, suszarek lub pojemników z ręcznikami jednorazowymi. Coraz więcej obiektów jest także przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Analizując stan sanitarny obiektów tej grupy w poszczególnych województwach należy stwierdzić, że największa liczba ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej i skontrolowanych pod względem sanitarnym ustępów publicznych znajdowała się na terenie województw: małopolskiego (192 skontrolowane obiekty), pomorskiego (185), zachodniopomorskiego (174), wielkopolskiego (159) oraz śląskiego (152), najmniej natomiast w województwach: podlaskim (27 obiektów), opolskim (36), lubuskim (45) i świętokrzyskim (53). W pojedynczych województwach skontrolowano mniej niż 80 % pozostających w ewidencji ustępów publicznych (lubuskie 78,9 %, zachodniopomorskie 79,1 %). W 10 województwach wskaźnik ten przekraczał

90 %, a w 4 spośród nich skontrolowano stan sanitarny wszystkich obiektów tej grupy pozostających w ewidencji (województwa: lubelskie, łódzkie, opolskie, podlaskie). Najwyższy odsetek obiektów, których stan sanitarny oceniono jako niedostateczny, odnotowano w województwach: dolnośląskim (13,8 % ogółu ustępów publicznych skontrolowanych w województwie), opolskim i świętokrzyskim (po 7,5 %), najniższy zaś – w województwach: pomorskim (0,5 %), lubelskim (1,1 %), małopolskim (1,6 %) i zachodniopomorskim (1,7 %).

Ogólnie biorąc, przy niewielkim wzroście liczby zewidencjonowanych i objętych kontrolą sanitarną ustępów publicznych, procentowy udział obiektów o złym stanie sanitarnym był nieznacznie niższy w porównaniu z rokiem wcześniejszym. Korzystnym zjawiskiem było także obserwowane po raz pierwszy od kilku lat zwiększenie liczby obiektów tej grupy oraz odnotowana w większości województw poprawa standardu technicznego części obiektów, połączona z przystosowaniem ich do potrzeb osób niepełnosprawnych.

2.2. Domy pomocy społecznej

Spśród pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej 1498 domów pomocy społecznej w 2007 r. przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 1359 placówek tego typu (90,7 %). Blisko dwie trzecie z nich stanowiły obiekty znajdujące się w miastach (873 obiekty – 64,2 %), na wsi natomiast zlokalizowane było 486 placówek (35,8%). Procentowy udział obiektów, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego był zbliżony w obu grupach (odpowiednio 90,1 % i 91,9 %), natomiast niedostateczny stan sanitarny częściej stwierdzano w placówkach na terenach wiejskich (5,1 % skontrolowanych w porównaniu z 3,1 % w miastach). Ogółem w skali kraju niezadowolający stan sanitarny stwierdzono w przypadku 52 skontrolowanych domów pomocy społecznej, co stanowiło 3,8% objętych kontrolą placówek tej grupy (Ryc.5.5).

Porównując powyższe dane ze wskaźnikami dotyczącymi roku wcześniejszego należy zauważyć, że liczba domów pomocy społecznej ujętych w ewidencji zwiększyła się o 81 placówek. Na prawie niezmiennym poziomie natomiast pozostała liczba placówek, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego – wzrosła

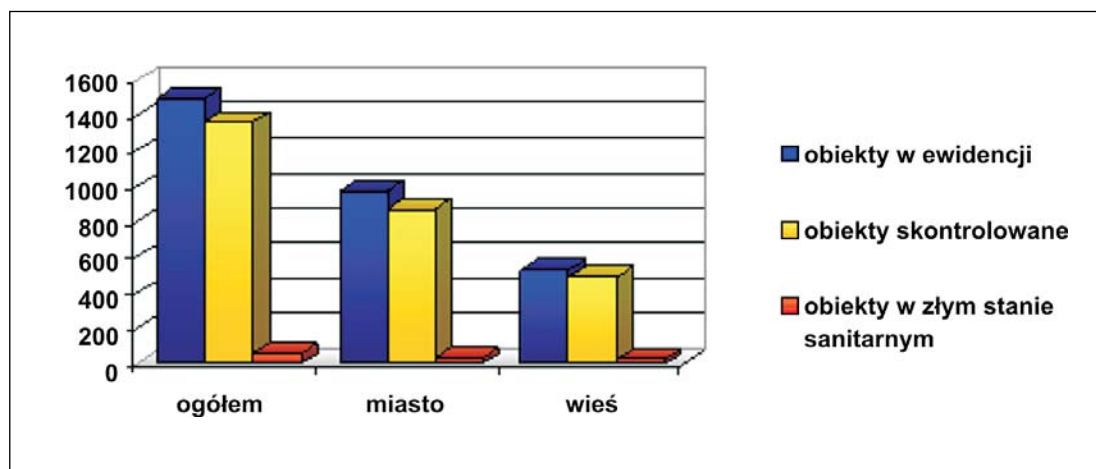
ona z 1349 do 1359, czego skutkiem był spadek odsetka obiektów skontrolowanych z 95,2 % w 2006 r. do 90,7 % w 2007 r. Podkreślenia wymaga natomiast odnotowana poprawa stanu sanitarnego skontrolowanych placówek, wyrażająca się mniejszym odsetkiem obiektów ocenionych negatywnie pod tym względem – z 4,6 % skontrolowanych w 2006 r. do 3,8 % w 2007 r.

Najwięcej skontrolowanych pod względem sanitarnym domów pomocy społecznej znajdowało się na terenie województw: śląskiego (168), mazowieckiego (161) i małopolskiego (145), najmniej zaś w województwie lubuskim (29).

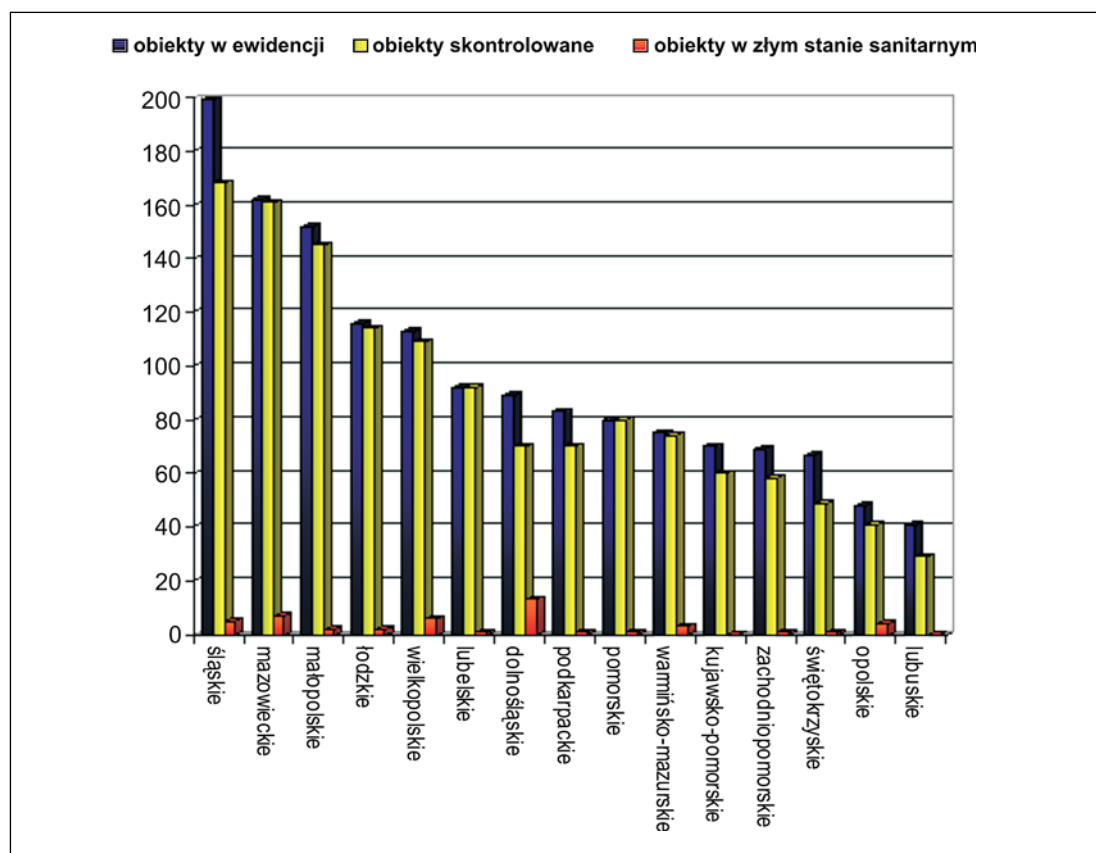
W omawianej grupie placówek przeważają obiekty zapewniające całodobową opiekę, całodzienne wyżywienie, często także oferujące udział w programach rehabilitacyjnych lub/i terapii zajęciowej. Stan sanitarno-techniczny większości skontrolowanych placówek oceniono jako dobry. Zastrzeżenia budziły najczęściej obiekty mieszczące się w starych, wyeksploatowanych budynkach, w których trudno o zapewnienie funkcjonalności pomieszczeń. Sytuację częściowo poprawiają prowadzone w wielu placówkach prace remontowe, w tym przystosowujące pomieszczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych poprzez montaż dźwigów osobowych i przebudowę węzłów sanitarnych.

Zdecydowana większość domów pomocy społecznej jest podłączona do sieci wodociągowej i kanalizacyjnej. W niektórych wydzielono gabinety zabiegowe oraz pomieszczenia wyposażone w specjalistyczny sprzęt, umożliwiające udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych oraz z zakresu fizjo- i hydroterapii. Część obiektów posiada własne pralnie bielizny, zachowujące rozdzielność dróg bielizny czystej i brudnej, jednak coraz liczniejsze placówki korzystają z usług pralni zewnętrznych. W większości skontrolowanych domów pomocy społecznej nie stwierdzano nieprawidłowości w zakresie gospodarki odpadami, w tym medycznymi. Na ogół nie stwierdzano też zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości placówek i ich otoczenia. Wystarczające było również zaopatrzenie w środki czystości i preparaty dezynfekcyjne, a sposób ich przechowywania nie budził zastrzeżeń.

Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami w stanie sanitarno-technicznym skontrolowanych placówek były: zniszczone i brudne ściany i sufity oraz uszkodzona stolarka drzwiowa



Ryc. 5.5. Domy pomocy społecznej pozostające w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, objęte kontrolą stanu sanitarnego i ocenione negatywnie pod względem sanitarnym w 2007 r.



Ryc. 5.6. Domy pomocy społecznej w poszczególnych województwach w 2007 r.

wa i okienna w pomieszczeniach mieszkalnych, sanitariatach i ciągach komunikacyjnych, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń, wyeksploatowane i zniszczone wyposażenie pomieszczeń mieszkalnych. W pojedynczych przypadkach zastrzeżenia wzbudzało nie zachowanie oddzielnych dróg transportu bielizny czystej i brudnej. Stan sanitarny omawianej grupy obiektów przedstawiał się najlepiej w województwach kujawsko-pomorskim i lubuskim, gdzie wszystkie skontrolowane placówki zostały ocenione pozytywnie. W województwie lubelskim, podkarpackim, pomorskim i zachodniopomorskim jako niedostateczny oceniono stan sanitarny pojedynczych placówek. Obiekty o złym stanie sanitarnym były natomiast najliczniejsze w województwach: dolnośląskim (13 placówek spośród 70 skontrolowanych – 18,5%), mazowieckim (7 na 161 skontrolowanych – 4,3%), podlaskim (5 na 39 skontrolowanych – 12,8%), wielkopolskim 6 na 109 skontrolowanych – 5,5%), opolskim (4 na 41 skontrolowanych – 9,8%).

2.3. Noclegownie

Liczba zewidencjonowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiektów tej grupy wykazuje od kilku lat tendencję wzrostową, która utrzymywała się także w 2007 r. W ewidencji ujęto łącznie 212 noclegowni dla bezdomnych, co oznacza wzrost liczby placówek tego rodzaju w stosunku do roku poprzedniego o 32. Kontrolą stanu sanitarnego objęto łącznie 194 obiektów (91,5% pozostających w ewidencji), co również oznacza wzrost w porównaniu z rokiem wcześniejszym, kiedy skontrolowano 162 noclegownie. Podobnie jak w latach ubiegłych, przeważały wśród nich placówki znajdujące się w miastach (167 noclegowni – 86,1% ogółu skontrolowanych).

Największa liczba objętych nadzorem sanitarnym noclegowni skupiała się na terenie trzech województw – śląskiego (39), mazowieckiego (39) oraz pomorskiego (23). Stanowiły one łącznie blisko połowę wszystkich objętych nadzorem obiektów tej grupy. Najmniej skontrolowanych noclegowni znajdowało się w województwach: świętokrzyskim i opolskim (po 1 obiekcie), podlaskim (2 obiekty) oraz opolskim (3 placówki). Zwraca uwagę objęcie kontrolą stanu sanitarnego znacznego odsetka zewidencjonowanych placówek.

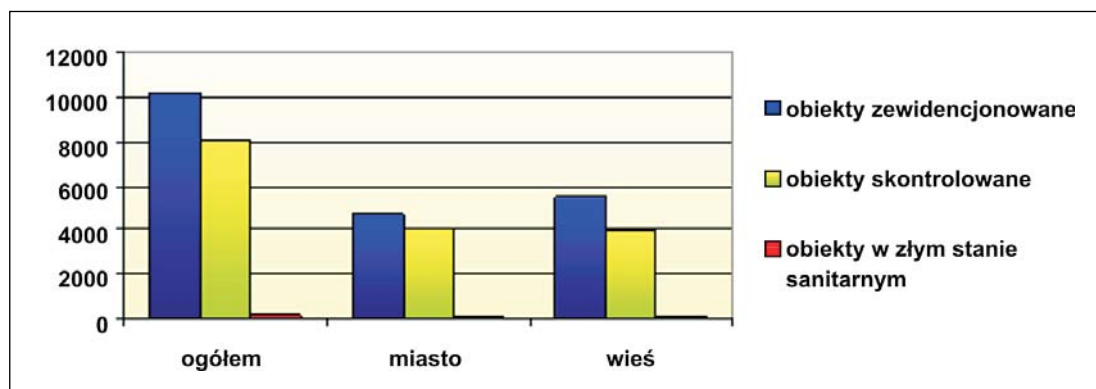
W ośmiu województwach (lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim) przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego we wszystkich ujętych w ewidencji obiektach tej grupy.

W skali kraju negatywnie oceniono stan sanitarny 6 spośród 194 skontrolowanych noclegowni (3,1%). Oznacza to znaczną poprawę w porównaniu z rokiem wcześniejszym, kiedy za niedostateczny uznano stan sanitarny 11 placówek.

Noclegownie, zapewniające osobom bezdomnym schronienie w porze nocnej, są zasadniczo placówkami o niskim standardzie technicznym, wyposażonymi w podstawowe sprzęty, jak łóżka, stoliki, krzesła, szafki ubraniowe. Placówki te posiadają pomieszczenia sanitarne, podręczne kuchenki i urządzenia do prania, ponadto wydzielone miejsca do przechowywania środków czystości i środków dezynfekcyjnych. O stan bieżącej czystości pomieszczeń dbają z reguły sami mieszkańcy pod nadzorem kierownictwa. W zdecydowanej większości placówek stan sanitarny oceniono jako zadowalający, stwierdzając zachowanie należytego stanu bieżącej czystości i higieny. W placówkach, 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, kujawsko-pomorskim, mazowieckim (2 obiekty), śląskim i wielkopolskim. W pozostałych województwach wszystkie skontrolowane noclegownie nie budziły zastrzeżeń pod względem sanitarnym.

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

Powyższa grupa obiektów usługowych, w myśl ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz. U. 2004 r., Nr 223, poz. 2268 z późn. zm.), obejmuje poza hotelami także motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, domy wczasowe, schroniska, pola biwakowe oraz inne niż wymienione wyżej obiekty, świadczące usługi hotelarskie. Do tych ostatnich należą hotele pracownicze, hotele asystenckie, pokoje



Ryc. 5.7. Obiekty świadczące usługi hotelarskie w 2007 r.

noclegowe (hotelowe) PKS, bazy socjalno-noclegowe. Grupa ta obejmuje zatem obiekty znacznie zróżnicowane, zarówno biorąc pod uwagę warunki techniczne i standard wyposażenia, jak i zakres oraz poziom świadczonych usług.

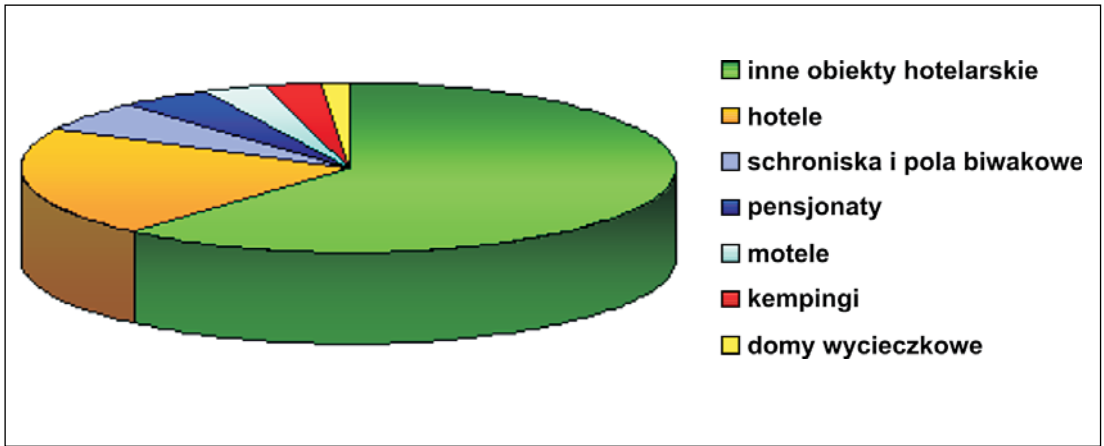
Łącznie w 2007 r. w ewidencji znajdowało się 10 221 obiektów tej grupy, z czego kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 8028 (78,5 %). Negatywnie oceniono stan sanitarny 189 skontrolowanych obiektów (2,4 %). Liczba objętych kontrolą sanitarną obiektów tej grupy znajdujących się w mieście i na wsi była zbliżona (odpowiednio 4051 i 3977). Analogicznie przedstawiał się również w przypadku miast i terenów wiejskich udział obiektów o złym stanie sanitarnym w ogólnej liczbie skontrolowanych placówek (po 2,4 %).

Podstawowymi elementami uwzględnianymi przy ocenie stanu sanitarnego placówek świadczących usługi hotelarskie było: zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia, odprowadzanie 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.

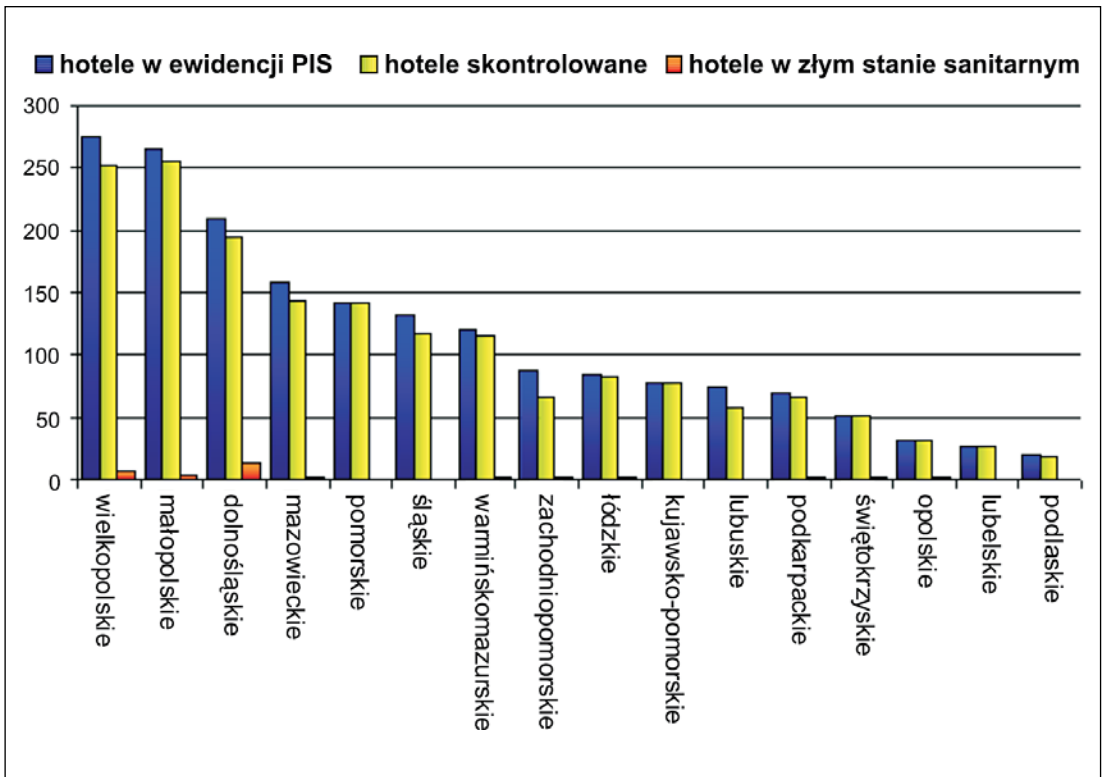
Wśród ogółu objętych kontrolą sanitarną obiektów hotelarskich najliczniejszą grupę stanowiły placówki zdefiniowane jako inne obiekty świadczące usługi hotelarskie (61,4 %). Drugą co do liczebności grupą były hotele (21,1 %).

Pozostałe podgrupy obiektów były mniej liczne, a ich udział w ogólnej liczbie skontrolowanych obiektów świadczących usługi hotelarskie wynosił: schronisk i pól biwakowych – 5,9 %, pensjonatów – 4,5 %, moteli – 3,0 %, kempingów – 2,6 %, domów wycieczkowych – 1,5 % (Ryc. 5.8).

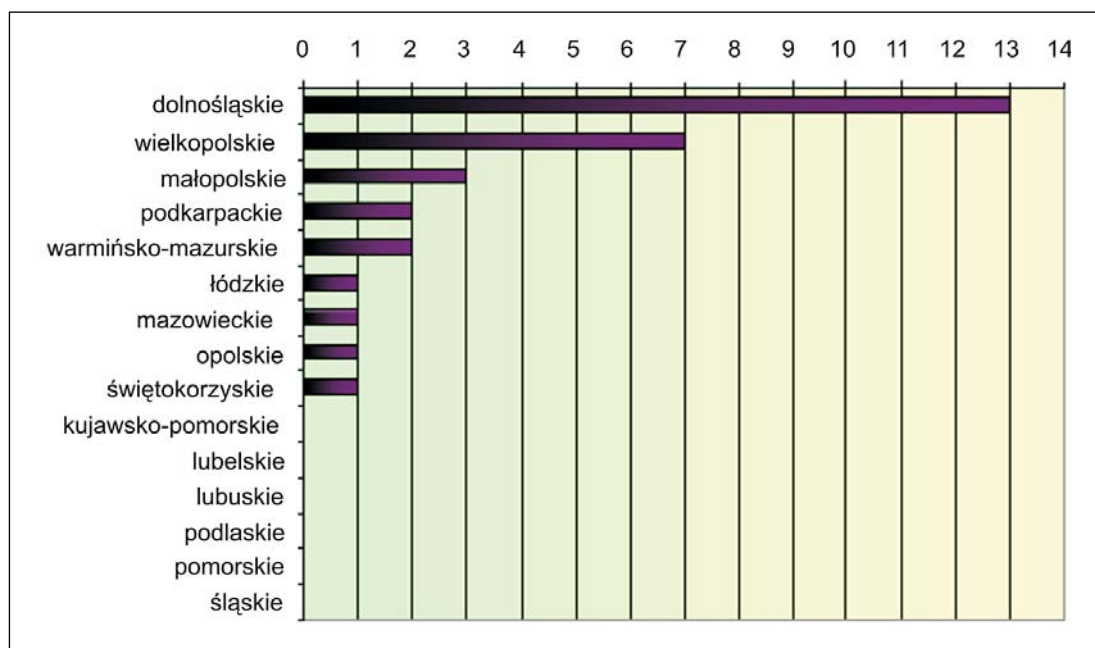
W 2007 r. przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego 1697 hoteli, co stanowiło 93,7 % obiektów tej grupy pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Przeważały wśród nich obiekty znajdujące się na terenie miast (1287 hoteli – 75,8 % ogółu skontrolowanych). Placówki objęte kontrolą stanowiły 93,1% ujętych w ewidencji. Analogiczną wartość wskaźnika odnotowano w przypadku miast i terenów wiejskich. Jako niedostateczny oceniono stan sanitarny ogółem 1,9 % skontrolowanych placówek, przy czym w przypadku terenów wiejskich wskaźnik ten wynosił 2,4 %, natomiast w miastach – 1,7 %. W większości województw odnotowano wzrost liczby obiektów o wysokim standardzie technicznym i jakości świadczonych usług, których stan sanitarny nie budził zastrzeżeń. Negatywna ocena stanu sanitarnego dotyczyła pojedynczych obiektów w poszczególnych województwach. Jej powodem był najczęściej niewłaściwy stan ścian, sufitów i podłóg w pomieszczeniach mieszkalnych, sanitariatów i ciągach komunikacyjnych, nieprawidłowości w gospodarce odpadami komunalnymi, nieprawidłowości w postępowaniu z bielizną czystą i brudną, niedostateczna ilość środków czystości i sprzętu porządkowego, niewystarczająca dbałość o stan bieżącej czystości pomieszczeń.



Ryc. 5.8. Rodzaje obiektów hotelarskich objętych kontrolą sanitarną w 2007 r.



Ryc. 5.9. Nadzór sanitarny nad hotelami w 2007 r.: hotele pozostające w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, objęte kontrolą sanitarną oraz w złym stanie sanitarnym.



Ryc. 5.10. Liczba hoteli ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym w poszczególnych województwach w 2007 r.

Najwięcej hoteli ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym znajdowało się w województwach dolnośląskim (13 obiektów – 6,7 % skontrolowanych) oraz wielkopolskim (7 obiektów – 2,8 % skontrolowanych). Należy jednak zaznaczyć, że były to zarazem województwa, w których liczba pozostających w ewidencji i objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej hoteli była największa – wynosiła ona w województwie wielkopolskim 276 obiektów, z czego kontrolę sanitarną przeprowadzono w 253, a w województwie dolnośląskim – 209 hoteli przy 194 objętych kontrolą (Ryc. 5.9). W sześciu województwach – kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, podlaskim, pomorskim, śląskim – stan sanitarny wszystkich skontrolowanych hoteli oceniony został pozytywnie (Ryc. 5.10).

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, co częściowo może wynikać z większego udziału nowo oddawanych do użytku obiektów o wyższym standardzie. Dotyczyło to:

- moteli – spośród skontrolowanych 240 moteli (124 w mieście, 116 na wsi) zły stan sanitarny stwierdzono w 1 obiekcie (0,4 %). W większości województw skontrolowano wszystkie obiekty tej grupy, pozostające w ewidencji,
- pensjonatów – na 366 placówek, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego (235 w miastach, 131 na wsi) w 3 został on oceniony jako niedostateczny (0,8 %),
- kempingów – z ocenianych pod względem sanitarnym 209 obiektów (108 w mieście, 101 na wsi) w 1 przypadku stan sanitarny został za niezadowolający (0,5 %). Należy podkreślić pozytywną ocenę stanu sanitarnego powyższych obiektów w regionach najbardziej uczęszczanych przez turystów, gdzie ilość kempingów jest największa (województwo małopolskie – 39 skontrolowanych i ocenianych pozytywnie, pomorskie – 52, warmińsko-mazurskie – 30, zachodniopomorskie – 16),
- domów wycieczkowych – 2 ze skontrolowanych 123 obiektów nie spełniały wymagań sanitarnych (1,6 %).

W przypadku odrębnej podgrupy, jaką stanowią schroniska i pola biwakowe, budził zastrzeżenia stan sanitarny 12 spośród 468 skontrolowanych placówek.

Wszelkie obiekty hotelarskie inne niż wyżej wymienione zaliczono do odrębnej grupy, w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmującej 6657 placówek. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono łącznie w 4925 obiektach (73,9 %) należących do tej grupy. W przypadku 138 placówek (2,8 % skontrolowanych) stan sanitarny został oceniony jako niezadowolający. Wskaźnik ten był nieco niższy w przypadku obiektów świadczących usługi hotelarskie na terenie miast, gdzie na 2114 skontrolowanych obiektów, 66 nie spełniało wymagań sanitarnych (3,1 %). Na wsi na 2811 skontrolowanych obiektów negatywnie oceniono stan sanitarny 72 (2,6 %).

Z uwagi na dokonaną w 2007 r. zmianę sposobu gromadzenia i prezentacji danych, dotyczących nadzoru sanitarnego nad obiektami hotelarskimi, bezpośrednie odniesienie wskaźników obrazujących stan sanitarny placówek tej grupy do danych z lat wcześniejszych nie jest możliwe. Analizując dane za 2007 r. należy natomiast podkreślić:

- znaczny odsetek obiektów objętych kontrolą sanitarną – skontrolowano ponad 90 % placówek pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- stosunkowo nieliczne przypadki negatywnej oceny stanu sanitarnego obiektów świadczących usługi hotelarskie w większości województw. Dotyczy to zwłaszcza hoteli, moteli, pensjonatów, kempingów,
- odnotowany w większości województw wzrost liczby obiektów hotelarskich o wysokim standardzie.

2.5. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi

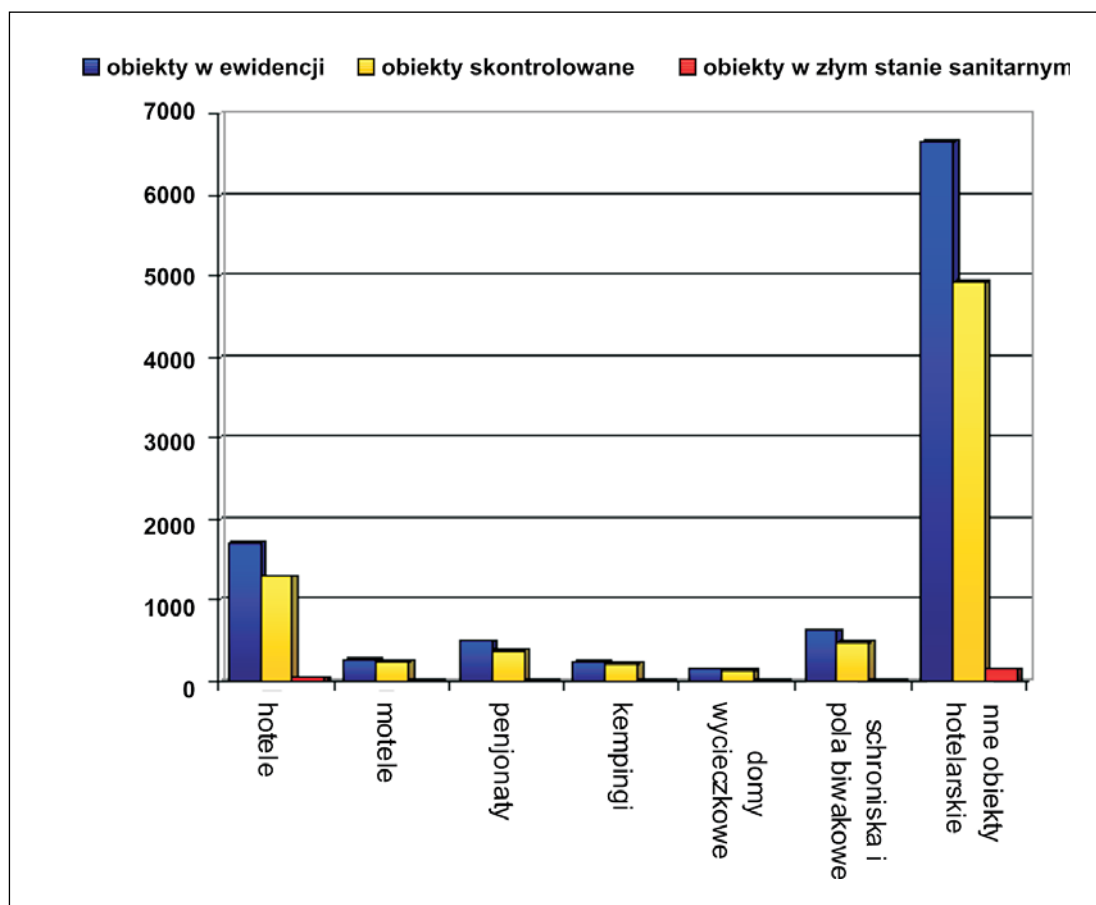
Placówki należące do tej grupy stanowiły najbardziej liczną grupę obiektów użyteczności publicznej objętych nadzorem sanitarnym. Właściwa realizacja nadzoru sanitarnego w przypadku tej grupy obiektów wiąże się z szeregiem problemów, z uwagi na ich znaczną liczebność, dużą zmienność obiektów w ewidencji (wiele zakładów jest zamykanych, lecz jednocześnie otwiera-

ne są nowe) oraz trudności w dostosowaniu wielu obiektów do wymagań sanitarno-higienicznych, wprowadzonych przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2004 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej* (Dz. U. Nr 31, poz. 273). Jakkolwiek coraz więcej zakładów spełnia wymagania ww. rozporządzenia, w części obiektów, głównie mieszczących się w starych budynkach, ich wdrożenie natrafia na trudności techniczne.

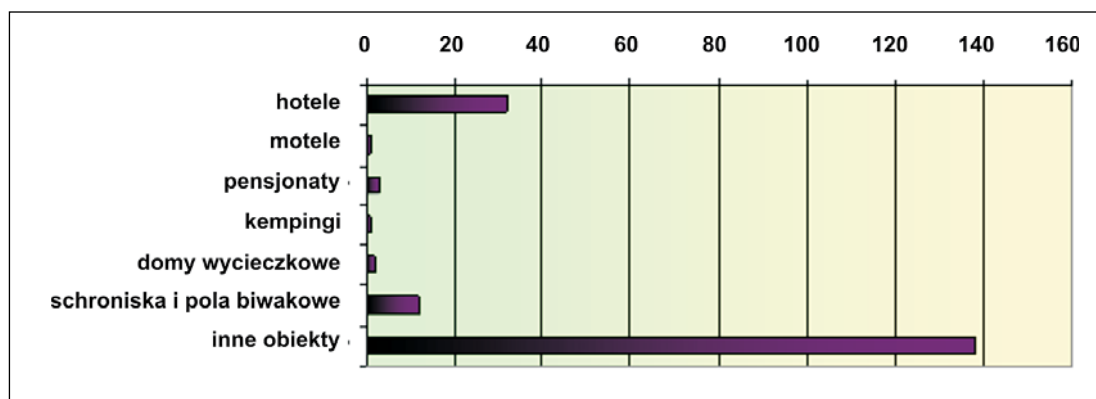
Spośród ujętych w ewidencji 39 196 obiektów w 2007 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 32 319 zakładach (82,5 %). Negatywnie pod względem sanitarnym oceniono łącznie 1270 skontrolowanych placówek (3,9 %). Zdecydowana większość zakładów pozostających w nadzorze sanitarnym znajdowała się na terenie miast (28 364 – 87,8 % ogółu skontrolowanych). Udział zakładów ocenionych niedostatecznie był w przypadku miast nieznacznie mniejszy niż w grupie ogólnej (3,8 %). Na wsi objęto oceną sanitarną 3955 obiektów, uznając stan sanitarny za niedostateczny w 181 przypadkach (4,5 %). Porównując powyższe wskaźniki z danymi z roku wcześniejszego należy zauważyć znaczny wzrost liczby placówek pozostających w ewidencji (o 2858 obiektów) oraz równoczesny, aczkolwiek nieco mniejszy, wzrost liczby placówek objętych kontrolą sanitarną (o 461 obiektów). Zwraca jednak uwagę przede wszystkim znaczny spadek liczby obiektów o złym stanie sanitarnym, których w 2007 r. stwierdzono 1270 (3,9 % skontrolowanych), podczas gdy w 2006 r. – 2053 (6,4 %).

Wśród skontrolowanych obiektów omawianej grupy przeważały zakłady fryzjerskie (58,1 %). Drugą co do liczebności podgrupą były zakłady świadczące łącznie więcej niż jedną z usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej, stanowiące 18,5 % skontrolowanych. Mniej liczne były zakłady kosmetyczne (13,2 %), zakłady odnowy biologicznej (9,9 %) oraz zakłady tatuażu (0,3 %). Ocena sanitarna każdej z powyższych kategorii przedstawiała się następująco:

- zakłady fryzjerskie – kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 18 781 zakładach (84,0 % pozostających w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej), oceniając go negatywnie w 797 przypadkach (4,2 % skontrolowanych). Wśród skontrolowa-



Ryc. 5.11. Nadzór sanitarny nad poszczególnymi grupami rodzajowymi obiektów świadczących usługi hotelarskie w 2007 r.



Ryc. 5.12. Liczba obiektów w złym stanie sanitarnym w poszczególnych grupach rodzajowych obiektów świadczących usługi hotelarskie

- ných zakładów przeważały obiekty znajdujące się w miastach (15 686 – 83,5 %), których stan sanitarny rzadziej uznawano za niedostateczny – ocena taka dotyczyła 645 obiektów (4,1 %). Spośród 3095 placówek skontrolowanych na terenach wiejskich, 152 (4,9 %) charakteryzowały się niewłaściwym stanem sanitarnym. Do najczęstszych uchybień stwierdzanych w obiektach należących do omawianej grupy należało: wielokrotne używanie tej samej bielizny i sprzętu fryzjerskiego do obsługi klientów, niewłaściwie prowadzona dezynfekcja sprzętu i narzędzi, brak segregacji odzieży wierzchniej i ochronnej. Zastrzeżenia dotyczące stanu technicznego obiektów obejmowały zniszczone i wyeksploatowane wyposażenie, ubytki w posadzkach i wykładzinach podłogowych oraz okładzinach ceramicznych ścian, brak sanitariatu, brak wydzielonego miejsca lub nieprawidłowe przechowywanie środków czystości i sprzętu porządkowego,
- zakłady kosmetyczne – kontrolą stanu sanitarnego objęto 4265 obiektów spośród 5676 ujętych w ewidencji (75,1 %), uznając za niedostateczny stan 134 zakładów (3,1 %). Bliższe 95 % skontrolowanych zakładów znajdowało się w miastach (4037 obiektów), gdzie wskaźnik procentowy zakładów w złym stanie sanitarnym był nieznacznie niższy (3,07 %), niż na wsi (4,4 %). W placówkach tych szczególnie istotne jest wyposażenie w sprzęt jednorazowy, zapewnienie odpowiedniej sterylizacji sprzętu naruszającego ciągłość tkanek oraz właściwego postępowania z odpadami medycznymi, stosowanie preparatów kosmetycznych z aktualną datą ważności, zaopatrzenie w środki czystości i preparaty dezynfekcyjne,
 - zakłady tatuażu i kolczykowania – stanowiły stosunkowo niewielką grupę skontrolowanych zakładów, liczącą 106 obiektów (89,1 % ujętych w ewidencji). Wszystkie obiekty objęte kontrolą stanu sanitarnego znajdowały się na terenie miast. W zakładach tych największe znaczenie ma stosowanie sterylizacji sprzętu oraz prawidłowa jego sterylizacja i postępowanie z odpadami medycznymi. Z powodu uchybień w tym zakresie negatywnie oceniono stan 5 obiektów (4,7 % skontrolowanych),
 - zakłady odnowy biologicznej, świadczące usługi z zakresu pielęgnacji ciała i oferujące zabiegi relaksacyjne, ujędrniające, oczyszczające, wzmacniające mięśnie, odchudzające i modelujące sylwetkę, masażu, aerobiku, fitness – spośród 3193 objętych kontrolą obiektów tej grupy za niedostateczny uznano stan sanitarny 112 (3,5 %). Ponad 95 % skontrolowanych zakładów znajdowało się na terenie miast. W przypadku znacznej większości zakładów stan bieżącej czystości pomieszczeń i sprzętów nie budził zastrzeżeń, przypadki stwierdzonych uchybień dotyczyły niewystarczającej wentylacji w pomieszczeniach solarium oraz zniszczonych i brudnych ścian i sufitów, a także stolarki drzwiowej i okiennej,
 - zakłady świadczące łącznie więcej niż jedną z usług fryzjerskich, kosmetycznych odnowy biologicznej i tatuażu – w grupie tej skontrolowano 5974 obiekty spośród 6926 znajdujących się w ewidencji (86,3 %). Zdecydowana większość obiektów skupiona była w miastach (92 % skontrolowanych). Za niedostateczny uznano stan sanitarny 222 obiektów (3,7 % skontrolowanych).
- W przypadku obiektów należących do omawianej grupy występuje znaczne zróżnicowanie ich liczebności pomiędzy poszczególnymi województwami. Najwięcej skontrolowanych pod względem sanitarnym zakładów znajdowało się na obszarze województwa śląskiego – 4237 obiektów, z czego zły stan sanitarny stwierdzono w 176 (4,2 %). Niewiele mniejszą ich liczbę skontrolowano w województwie mazowieckim – 3981 zakładów, oceniając negatywnie stan sanitarny 155 (3,9 %). Obiekty omawianej grupy były natomiast najmniej liczne w województwie świętokrzyskim, gdzie kontrolą objęto 552 zakłady, stwierdzając niedostateczny stan sanitarny w 48 (8,7 %). Najwięcej zakładów o złym stanie sanitarnym znajdowało się w województwie dolnośląskim, gdzie zaklasyfikowano tak 310 obiektów (12,7 % skontrolowanych).
- Wprowadzona w 2007 r. zmiana sposobu klasyfikacji zakładów w omawianej grupie oraz gromadzenia i prezentacji danych obrazujących ich stan sanitarny uniemożliwia dokonywanie ścisłych porównań z latami wcześniejszymi. Nie ulega jednak wątpliwości poprawa stanu sanitarnego zakładów tej grupy rozpatrywanej

łącznie, wyrażająca się znacznym spadkiem ilości obiektów o złym stanie sanitarnym (z 2053 w 2006 r. do 1270 w 2007 r.), przy jednoczesnym wzroście liczby zakładów objętych kontrolą. Należy podkreślić odnotowaną w wielu województwach poprawę w zakresie stanu sanitarnego omawianych zakładów, wynikającą w dużej mierze z dostosowania coraz liczniejszych placówek usługowych do wymagań sanitarnych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2004 r. Ponadto nowo otwierane obiekty zwykle charakteryzują się wysokim standardem wykończenia i wyposażenia, dbałością o estetykę i czystość pomieszczeń i urządzeń, odpowiednim wyposażeniem w sprzęt jednorazowy, środki czystości oraz preparaty do dezynfekcji. Wśród personelu natomiast upowszechnia się znajomość zasad postępowania zapewniających odpowiednią higienę usług, w tym procedur dotyczących sterylizacji sprzętu naruszającego ciągłość powłok ciała oraz dotyczących postępowania z odpadami.

2.6. Obiekty komunikacji publicznej

Powyższa grupa obejmuje różnorodne obiekty związane z obsługą osób podróżujących komunikacją publiczną. Należą do niej dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, porty lotnicze, przystanie promów morskich i morskich statków pasażerskich, promów w żegludze śródlądowej oraz rekreacyjnych i sportowych jednostek pływających. Ogółem spośród 1893 obiektów tej grupy pozostających w ewidencji skontrolowano 1710 (90,3 %), negatywnie oceniając stan sanitarny 154 z nich (9,0 %).

Najliczniejszą kategorią w omawianej grupie stanowią dworce i stacje kolejowe, charakteryzujące się od lat znacznym udziałem obiektów o złym stanie sanitarnym. Powodem tego są m.in. problemy finansowe PKP, a także specyficzna struktura organizacyjna tego przedsiębiorstwa, utrudniająca ustalenie strony postępowania i tym samym skuteczne egzekwowanie spełnienia podstawowych wymagań sanitarnych. W 2007 r. kontrolą sanitarną objęto 1198 spośród 1363 dworców i stacji kolejowych wykazanych w ewidencji (87,9 %). Znaczna ich część, od lat dewastowana i nie remontowana, nie zapewniała podróżnym odpowiednich warunków. Najczęściej stwierdzane uchybienia w zakresie stanu sanitarno-technicznego obejmowały:

brudne ściany, sufity i posadzki w poczekalniach i tunelach przejść na perony – z ubytkami w powierzchni, śladami dewastacji, zaciekami, odpadającym tynkiem; zniszczoną stolarkę drzwiową i okienną, uszkodzone i brudne ławki dla podróżnych, wybite szyby, zniszczone kosze na odpady, uszkodzone wiaty na peronach, zły stan urządzeń sanitarnych. Ogółem jako niedostateczny oceniono stan sanitarny 133 skontrolowanych dworców kolejowych (11,1 %).

Lepiej przedstawiał się stan sanitarny dworców autobusowych, w przypadku których na 402 skontrolowane obiekty negatywnie oceniono pod tym względem 21 (5,2 %). Najwięcej zastrzeżeń dotyczyło zniszczeń wyposażenia oraz stanu bieżącej czystości poczekalni i pomieszczeń sanitarnych. W niektórych województwach, m. in. w śląskim, odnotowano poprawę stanu tej grupy obiektów.

Kontrolą sanitarną objęto prawie wszystkie (poza jednym) z 17 działających na obszarze kraju portów lotniczych, oceniając pozytywnie stan wszystkich obiektów. Nie budził także istotnych zastrzeżeń stan skontrolowanych przystani pasażerskiej żeglugi morskiej i śródlądowej oraz przystani rekreacyjnych jednostek pływających, w przypadku których żadna z 94 skontrolowanych nie została oceniona negatywnie.

Nadzorem sanitarnym objęto także środki transportu publicznego, przeprowadzając ogółem 10 185 kontroli sanitarnych. Często były one podejmowane w ramach interwencji lub zorganizowanych, zaplanowanych akcji. Największą grupę środków transportu, objętych kontrolą sanitarną stanowiły wagony pociągów ekspresowych, pociągów szybkich oraz pociągów innego typu (2542), samochody do przewozu zwłok i szczątków (1830), samochody do przewozu chorych (855), autobusy turystyczne (518), tramwaje i trolejbusy (279). Wśród stwierdzonych nieprawidłowości przeważały drobne uchybienia sanitarno-porządkowe, które były doraźnie usuwane. Ogółem zły stan sanitarny kontrolowanych środków transportu stwierdzono w 396 przypadkach (3,9 %). Ocena taka najczęściej dotyczyła tramwajów i trolejbusów (22,9 %) oraz wagonów pociągów „Eurocity” i „Intercity” (16,3 %).

2.7. Przejścia graniczne

W 2007 r. skontrolowano ogółem 98 przejść granicznych spośród 129 pozostających w ewi-

dencji (75,9 %). Przeważały wśród nich drogowe przejścia graniczne (48 skontrolowanych obiektów), których stan sanitarny nie budził istotnych zastrzeżeń i we wszystkich przypadkach został oceniony pozytywnie. Także wszystkie skontrolowane pod względem sanitarnym przejścia graniczne lotnicze (11 obiektów) i morskie (19) otrzymały pozytywną ocenę.

Za niedostateczny uznano natomiast stan sanitarny 4 przejść granicznych małego ruchu turystycznego, znajdujących się na terenie województwa podkarpackiego i obsługujących mały ruch graniczny oraz piesze szlaki turystyczne. Nie posiadają one infrastruktury sanitarno-technicznej, doprowadzonej wody ani kanalizacji, a ich wyposażenie ogranicza się do budki lub kontenera dla służb granicznych.

2.8. Tereny rekreacyjne

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty, przeznaczone do odpoczynku poza obrębem budynków, jak parki, skwery z wydzielonymi miejscami do odpoczynku, ośrodki rekreacji przy akwenach wodnych oraz wydzielone tereny do zabaw dla dzieci, jak ogródki jordanowskie, place zabaw i piaskownice. Ogółem w 2007 r. skontrolowano 1948 takich obiektów, co stanowiło 56,3 % ujętych w ewidencji. Negatywnie oceniono stan sanitarny 31 obiektów (1,6 % skontrolowanych), z czego 27 znajdowało się na terenie województwa dolnośląskiego. W 12 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 w 2007 r. o 709 zmniejszyła się ilość obiektów objętych kontrolą. W niewielkim stopniu wzrosła ilość obiektów o złym stanie sanitarnym – z 23 w 2006 r. (0,8 % skontrolowanych) do 31 w 2007 r. (1,6 %).

2.9. Inne obiekty użyteczności publicznej

Grupa ta obejmuje różnorodne obiekty użyteczności publicznej, inne niż wyżej wymienione, w przypadku których zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich są-

siedztwie. W skład grupy tej wchodzi w większości województw apteki i hurtownie leków, cmentarze i domy przedpogrzebowe, 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, łaźnie. Kontrolą stanu sanitarnego objęto 24 534 obiektów tej grupy spośród 37 055 pozostających w ewidencji (66,2 %). Oceniony on został negatywnie w 490 skontrolowanych placówkach (2,0 %). W miastach, gdzie znajdowało się 57 % obiektów objętych nadzorem, wskaźnik ten był nieco wyższy (2,3 %), niż na wsi (1,6 %). Najwięcej zastrzeżeń w przypadku tej grupy obiektów dotyczyło zakładów karnych, poprawczych oraz schronisk dla nieletnich, najlepiej natomiast oceniane były apteki oraz cmentarze.

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. Ogółem w 2007 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostawały 1422 kąpieliska, co oznacza, że w porównaniu z rokiem wcześniejszym ich liczba zmniejszyła się o 58 obiektów. Jest to związane głównie z wykreśleniem z ewidencji 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.

Kontrolą sanitarną w 2007 r. objęto 1396 kąpielisk (98,2 % obiektów pozostających w ewidencji). Przeważały wśród nich kąpieliska niezorganizowane (1036 kąpielisk – 74,2 % skontrolowanych) oraz kąpieliska śródlądowe (1270 kąpielisk – 91 % skontrolowanych). Kąpieliska zorganizowane, z reguły uczęszczane przez większą liczbę kąpielących się i wyżej oceniane pod względem sanitarnym, stanowiły 25 % skontrolowanych obiektów. Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem liczyła 126 obiektów (9 % ogółu skontrolowanych), jednak ich znaczenie sanitarne było duże, z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim. Wszystkie znajdujące się w ewidencji kąpieliska morskie zostały skontrolowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Pomiędzy poszczególnymi województwami zachodziły znaczne różnice co do liczby kąpielisk czynnych na ich terenie. Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województw: pomorskiego (249), warmińsko-mazurskiego (229), kujawsko-pomorskiego (122), wielkopolskiego (113) i zachodniopomorskiego (112). Stanowiły one łącznie 59,1 % ogółu skontrolowanych kąpielisk. Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: opolskim (21), podkarpackim (30) i dolnośląskim (35).

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami należała ocena jakości wody, prowadzona zgodnie z wymogami 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. W przypadku obiektów uczęszczanych przez niewielką liczbę osób korzystających z kąpeli, częstotliwość poboru i badania próbek mogła być mniejsza, 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.

Wśród kąpielisk objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2007 r. negatywnie oceniono ogółem stan sanitarny 283 skontrolo-

wanych obiektów (20,3 %). Znacznie korzystniej przedstawiał się stan sanitarny kąpielisk zorganizowanych, z których 50 (13,9 % skontrolowanych) charakteryzowało się niewłaściwym stanem sanitarnym, podczas gdy w przypadku kąpielisk niezorganizowanych ocena taka dotyczyła 233 obiektów (22,5 %). Lepiej był także oceniany stan kąpielisk morskich, z których tylko 11 było w złym stanie sanitarnym (8,7 %), niż śródlądowych, gdzie negatywnie oceniono pod względem sanitarnym 272 obiektów (21,4 %).

Negatywna ocena stanu sanitarnego kąpielisk wynikała głównie z nieodpowiedniej jakości wody, co najczęściej było spowodowane przekroczeniem dopuszczalnych wartości wskaźników fizykochemicznych. Zjawisko takie stwierdzono łącznie w 197 kąpieliskach objętych kontrolą (14,1 %), przy czym najczęściej dotyczyło ono kąpielisk śródlądowych (192 kąpieliska – 15,1 %) oraz niezorganizowanych (165 kąpielisk – 15,9 % skontrolowanych w tej grupie). Przekroczenie wymagań w zakresie wskaźników mikrobiologicznych jakości wody odnotowano ogółem w 134 kąpieliskach (9,6 % skontrolowanych). Również w tym przypadku wśród obiektów, wśród których stwierdzono przekroczenia wskaźników dominowały kąpieliska śródlądowe (124 obiekty – 9,7% skontrolowanych w tej grupie) oraz niezorganizowane (105 – 10,1 %). Należy zauważyć, że zjawisko to w znacznej części przypadków dotyczyło kąpielisk spełniających oba powyższe kryteria, czyli niezorganizowanych kąpielisk śródlądowych.

W porównaniu z rokiem wcześniejszym:

- zmniejszyła się liczba kąpielisk pozostających w ewidencji z 1480 do 1422 oraz kąpielisk skontrolowanych z 1467 do 1396,
- odnotowano wzrost liczby kontroli sanitarnych w kąpieliskach zorganizowanych – z 318 skontrolowanych w 2006 r. do 360 w 2007 r. Jednocześnie kontrolę sanitarną przeprowadzono w nieco mniejszej liczbie kąpielisk niezorganizowanych – spadek z 1149 w 2006 r. do 1036 w 2007 r.,
- zmniejszyła się liczba skontrolowanych kąpielisk śródlądowych – z 1342 w 2006 r. do 1270 w 2007 r., natomiast na tym samym poziomie utrzymała się liczba objętych kontrolą sanitarną kąpielisk morskich (126 w 2007 r. – wzrost o 1 obiekt w porównaniu z rokiem wcześniejszym),

- w 2007 r. negatywnie oceniono stan sanitarny 283 skontrolowanych kąpielisk (20,3 %), podczas gdy przed rokiem ocena taka dotyczyła 258 obiektów (17,4 %). Podobnie jak przed rokiem, zły stan sanitarny stwierdzano najczęściej w przypadku kąpielisk niezorganizowanych – w 2006 r. 222 obiektów, stanowiących 19,1 % skontrolowanych, w 2007 r. – 233 obiektu (22,4 %),
- w stosunku do roku 2006 nieco gorzej przedstawiała się jakość wody w kąpieliskach zorganizowanych, która przed rokiem nie spełniała wymagań w 36 obiektach (11,2 %), a w 2007 r. w 50 (13,8 %). Niewielką poprawę w tym zakresie odnotowano natomiast w kąpieliskach morskich, w przypadku których przed rokiem negatywnie oceniano jakość wody w 12 obiektach (9,6 % skontrolowanych w tej grupie), podczas gdy w 2007 r. w 11 (8,7 %).

Powyższe dane wskazują, że nadal w stosunkowo znacznej grupie kąpielisk stwierdza się nieodpowiednią jakość wody. Wynika to głównie z nieuregulowanej gospodarki ściekowej, w tym dopływu z 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.

Stan sanitarny kąpielisk w poszczególnych województwach również był zróżnicowany. Ogółem najwięcej kąpielisk ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym stwierdzono na obszarze województw: pomorskiego (98 – 39,4 % skontrolowanych), mazowieckiego (33 – 38,8 %), warmińsko-mazurskiego (29 – 12,7 %), łódzkiego (28 – 59,5 %) i śląskiego (22 – 28,2 %). W przypadku kąpielisk morskich, podobnie jak w latach wcześniejszych, negatywnie oceniono stan wszystkich 6 obiektów położonych w województwie warmińsko-mazurskim oraz 5 w województwie pomorskim. Wszystkie kąpieliska morskie na terenie województwa zachodniopomorskiego zostały natomiast ocenione pozytywnie pod względem sanitarnym.

3.2. Baseny kąpielowe

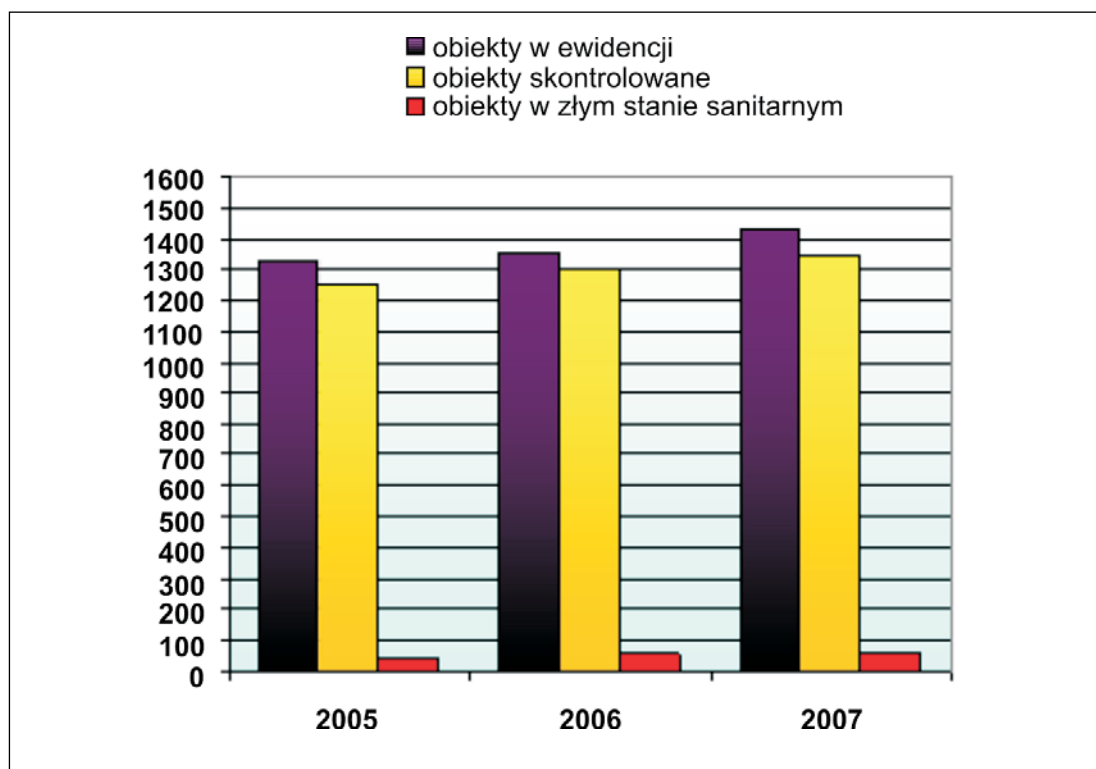
Baseny kąpielowe, z uwagi na związane z korzystaniem z nich ryzyko zakażeń, wymagają szczególnego nadzoru sanitarnego, który

obejmuje jakość wody w niecce basenowej, w tym kontrolę skuteczności jej dezynfekcji, wentylację i oświetlenie pomieszczeń, zwłaszcza hali basenowej, oraz warunki higieniczne panujące w obiekcie, włączając w to poczekalnie, 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, minibaseny z hydromasażem, zjeżdżalnie itp. W ocenie uwzględniane są również: zaopatrzenie w wodę, sposób jej uzdatniania, gospodarka ściekowa oraz postępowanie z odpadami komunalnymi, a ponadto zaopatrzenie, przechowywanie i postępowanie z preparatami do uzdatniania i dezynfekcji wody, a także sprzętem myjącym i środkami czystości.

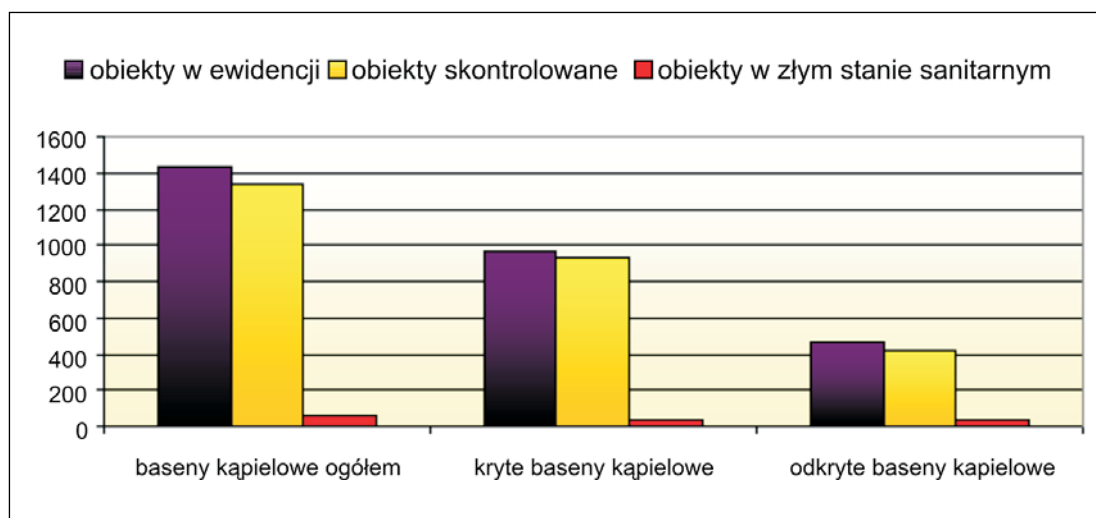
Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego nad obiektami basenowymi, a właściwa jej realizacja natrafia na trudności, wynikające z braku szczegółowych regulacji prawnych, określających wymagania, jakim woda taka powinna odpowiadać oraz sposobu ich kontroli i oceny. W pobieranych próbkach wody basenowej badane są wskaźniki mikrobiologiczne (*E. coli*, gronkowce koagulododatnie, ogólna liczba bakterii w temp. 36°C), a ponadto parametry fizykochemiczne, w tym wolny chlor, chlorki, amoniak, pH.

Od kilku lat w kraju odnotowuje się corocznie wzrost liczby obiektów basenowych. W 2007 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostawały łącznie 1431 baseny kąpielowe, co w porównaniu z rokiem wcześniejszym oznacza wzrost o 73 obiekty. Większa niż przed rokiem była także liczba basenów kąpielowych, w których przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego – 1342 w porównaniu z 1304 w roku 2006. Należy zaznaczyć, że baseny kąpielowe należą do obiektów w największym stopniu objętych kontrolą sanitarną – w 2007 r. skontrolowane zostało 94,2 % obiektów znajdujących się w ewidencji. W 5 województwach: lubelskim, lubuskim, podlaskim, świętokrzyskim i wielkopolskim kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono we wszystkich ujętych w ewidencji basenach kąpielowych.

Wśród basenów kąpielowych objętych kontrolą stanu sanitarnego w 2007 r. przeważały baseny kryte (całoroczne). Grupa ta liczyła łącznie 927 obiektów (69,1 % ogółu skontrolowa-



Ryc. 5.13. Liczba basenów kąpielowych ogółem: pozostających w ewidencji, objętych kontrolą sanitarną i w złym stanie sanitarnym w latach 2005-2007



Ryc. 5.14. Baseny kąpielowe w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, objęte nadzorem sanitarnym oraz w złym stanie sanitarnym w 2007 r. – zestawienie basenów kąpielowych ogółem, basenów krytych i odkrytych.

nych basenów kąpielowych), z czego większość – 783 obiekty, a więc blisko 85 % – znajdowała się w miastach (ponad pięciokrotnie więcej niż na wsi). W porównaniu z ogółem skontrolowanych obiektów basenowych rozpatrywanych łącznie, w grupie krytych basenów kąpielowych większy był procentowy udział obiektów objętych kontrolą stanu sanitarnego, który wynosił 95,6 % pozostających w ewidencji placówek. Kryte baseny kąpielowe były także lepiej oceniane pod względem sanitarnym w porównaniu z ogółem obiektów basenowych. Negatywnie oceniono stan sanitarny 30 skontrolowanych obiektów (3,3 %). W 26 przypadkach ocena taka dotyczyła basenów zlokalizowanych w miastach (3,32 % skontrolowanych na tym terenie), w 4 – obiektów znajdujących się na terenach wiejskich (2,8 % skontrolowanych).

W grupie basenów odkrytych (sezonowych) w 2007 r. skontrolowano pod względem sanitarnym 415 obiektów (90,0 % obiektów tej grupy pozostających w ewidencji). Również w przypadku tej grupy basenów, obiekty zlokalizowane w miastach (275) były bardziej liczne niż na terenach wiejskich (140), jednakże różnica nie była tu już tak duża, jak w przypadku basenów krytych. Podobnie jak w grupie basenów całorocznych, w grupie basenów odkrytych negatywnie oceniono stan sanitarny 30 basenów, jednak z uwagi na znacznie mniejszą liczebność omawianej grupy, oznacza to większy udział procentowy obiektów o złym stanie sanitarnym, który wynosił 7,2 % skontrolowanych. W przypadku obiektów znajdujących się na terenie miast wskaźnik ten wynosił 6,9 %, a na terenach wiejskich 7,9 %.

W grupie krytych basenów kąpielowych z uwagi na obserwowany w ostatnich latach wzrost liczebności oraz specyficzne wymagania sanitarne wyodrębniono kompleksy rekreacyjne, w skład których wchodzi baseny kąpielowe oraz różnorodne urządzenia wodne, zwiększające atrakcyjność kąpeli, tzw. parki wodne. Łącznie w 2007 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujęto 36 takich obiektów, z czego 33 znajdowały się w miastach. Wszystkie objęto kontrolą stanu sanitarnego, oceniając jako niedostateczny stan jednego obiektu.

Większość basenów kąpielowych zaopatrywana jest w wodę z sieci wodociągowych oraz wyposażona w automatyczne systemy oczyszczania, dezynfekcji i cyrkulacji wody, zapewniające auto-

matyczną 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 niefekcyjnych basenów nie budził 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.

Negatywna ocena stanu sanitarnego basenów kąpielowych dotyczyła w 2007 r. łącznie 60 obiektów (4,5 % skontrolowanych), przy czym w miastach wskaźnik ten wynosił 4,2 %, a na wsi 5,3 %. Zły stan sanitarny częściej stwierdzano w przypadku basenów odkrytych (7,2 % skontrolowanych obiektów), niż całorocznych (3,3 %). Powodem niedostatecznej oceny stanu sanitarnego były najczęściej nieodpowiednia jakość wody w niefekcyjnych, w tym zwłaszcza pod względem mikrobiologicznym, co powodowało zwykle konieczność wymiany wody w basenie i zwiększenia intensywności dezynfekcji. Do innych przyczyn należały: zły stan techniczny i uszkodzenia niefekcyjnych basenów, 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, zniszczone szafki na odzież w szatniach, 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 (251), małopolskiego (147), dolnośląskiego (140), zachodniopomorskiego (124), najmniej natomiast było ich w województwach świętokrzyskim (30) oraz podlaskim (31). Najwięcej basenów kąpielowych w złym stanie sanitarnym stwierdzono w województwach: dolnośląskim (17 – 12,1 % skontrolowanych),

zachodniopomorskim (10 – 8,1 %), wielkopolskim (7 – 8,5%) oraz opolskim (6 – 12,0 %). W 4 województwach – kujawsko-pomorskim, lubuskim, małopolskim i pomorskim – stan sanitarny wszystkich skontrolowanych obiektów basenowych oceniony został pozytywnie.

4. Podsumowanie

1. Nadzór sanitarny, sprawowany nad obiektami użyteczności publicznej nie wykazał w 2007 r. zagrożeń o zasadniczym znaczeniu dla zdrowia ludności.
2. W porównaniu z rokiem wcześniejszym, w 2007 r. o ponad 6000 zmniejszyła się ilość obiektów objętych nadzorem sanitarnym. Tendencję taką obserwuje się od kilku lat. Nieco lepiej był natomiast oceniany był stan sanitarny pozostałych w nadzorze obiektów,
- który został uznany za niedostateczny w przypadku 3,2 % ogółu skontrolowanych placówek (w 2006 r. – 4 %).
3. Przeprowadzone kontrole wskazują na poprawę stanu sanitarnego zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakładów świadczących łącznie powyższe usługi. Lepiej oceniany był także stan noclegowni dla bezdomnych.
4. Nieco częściej w porównaniu z rokiem wcześniejszym za niedostateczny uznawano stan sanitarny kąpielisk, wynikający z nieodpowiedniej jakości wody. Ocena taka dotyczyła ogółem 283 kąpielisk (20,3 % skontrolowanych).
5. W przypadku pozostałych grup obiektów objętych kontrolą stan sanitarny nie wykazywał zasadniczych zmian w porównaniu z rokiem wcześniejszym.

VI. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej

1. Wprowadzenie

W 2007 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 39 538 obiektach służby zdrowia spośród 68 448 ujętych w ewidencji (57,8 %).

Kontrole objęły:

- zakłady opieki zdrowotnej, stanowiące najliczniejszą grupę placówek będących pod nadzorem sanitarnym – skontrolowano 18 291 obiektów (80,5 % zewidencjonowanych),
- praktyki lekarskie i pielęgniarskie, w tym:
 - indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2537 obiektów (31,4 %),
 - indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 5985 obiektów (34,3 %),
 - grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 236 obiektów (72,6 %),
 - indywidualne praktyki lekarzy dentyistów – skontrolowano 7118 obiektów (67,9 %),
 - indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyistów – skontrolowano 3182 obiektów (55,5 %),
 - grupowe praktyki lekarzy dentyistów – skontrolowano 223 obiekty (74,3 %),
 - indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 575 obiektów (51,9 %),
 - indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 119 obiektów (65%),
 - grupowe praktyki pielęgniarek i położnych – skontrolowano 196 obiektów (63,6 %),
- inne obiekty nie będące zakładami opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne – skontrolowano 1076 obiektów (61,7 %).

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 2003-2007

Rodzaj placówki	Rok	Liczba skontrolowanych obiektów	% obiektów objętych ewidencją
Zakłady opieki zdrowotnej ogółem	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	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	2007	39 538	57,8
	2006	38 094	59,6
	2005	38 659	64,3
	2004	40797	68,8
	2003	41132	71,6

2. Stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej

2.1. Zakłady opieki zdrowotnej ogółem

W 2007 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 18 291 obiektach tej grupy, co stanowi 80,5 % ujętych w ewidencji. Była to najliczniejsza grupa skontrolowanych obiektów, stanowiąca blisko połowę ogółu placówek służby zdrowia objętych nadzorem sanitarnym (46,3 %). Liczba obiektów, w których przeprowadzono kontrolę zwiększyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym o 625 placówek, jednakże odsetek obiektów skontrolowanych uległ zmniejszeniu z 84,0 % w 2006 r. do 80,5 % w 2007 r. Wśród skontrolowanych jednostek przeważały zakłady znajdujące się na obszarze miast (76,1 % wszystkich skontrolowanych) oraz placówki niepubliczne (75,5 %).

Ogólna ocena stanu sanitarnego skontrolowanych placówek była zbliżona do stwierdzanej w latach poprzednich. Stan sanitarny oceniono negatywnie w 735 obiektach, co stanowiło 4,0 % ogółu skontrolowanych w tej grupie. Wskaźnik ten praktycznie nie uległ zmianie w porównaniu z rokiem ubiegłym, kiedy wynosił 4,1 %. Podobnie jak w latach poprzednich, nieco lepiej oceniane były obiekty na terenie miast, gdzie negatywnie oceniono stan 3,7 % skontrolowanych placówek, podczas gdy na wsi wskaźnik ten wynosił 4,8 % (przed rokiem 5,5 %). Odnotowano jednocześnie pogłębienie się różnic w stanie sanitarnym placówek publicznych i niepublicznych. W przypadku niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej za niezadowolający uznano stan sanitarny 3,0 % skontrolowanych placówek (w 2006 r. – 3,4 %). Stan sanitarny publicznych zakładów opieki zdrowotnej został natomiast

oceniony negatywnie w przypadku 7,2 % placówek, co oznacza jego wyraźne pogorszenie w stosunku do roku 2006 (5,9 %). Różnice te były jeszcze bardziej widoczne przy porównaniu stanu sanitarnego publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na obszarze miast, gdzie negatywnie oceniono stan sanitarny jedynie 2,6 % skontrolowanych placówek niepublicznych i aż 7,6 % publicznych. Wynika to głównie z faktu, że wśród placówek niepublicznych więcej jest obiektów nowych, mniejszych, w przypadku których łatwiej o odpowiednią funkcjonalność pomieszczeń i dostosowanie ich do obowiązujących wymagań. Ponadto obiekty te częściej są modernizowane i poddawane renowacji.

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 wzmocnionym nadzorem sanitarnym. W 2007 r. kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono ogółem w 796 szpitalach spośród 808 wykazanych w ewidencji (98,5 %), a więc kontroli poddano prawie wszystkie czynne placówki zarówno w miastach, jak i na terenach wiejskich. Wśród objętych nadzorem sanitarnym szpitale przewa-

Tabela 6.2. Zakłady opieki zdrowotnej w złym stanie sanitarnym w 2007 r. (% ogółu skontrolowanych obiektów)

zoz		Miasto	Wieś	Ogółem
Publiczne	skontrolowano	3118	1353	4471
	w złym stanie sanitarnym	238 (7,6 %)	85 (6,3 %)	323 (7,2 %)
Nie publiczne	skontrolowano	10 804	3 016	13 820
	w złym stanie sanitarnym	284 (2,6 %)	128 (4,2 %)	412 (3,0 %)
Ogółem	skontrolowano	13 922	4 916	18 291
	w złym stanie sanitarnym	522 (3,7 %)	213 (4,8 %)	735 (4,0 %)

żały placówki publiczne, stanowiące około 80 % ogółu skontrolowanych. Za niedostateczny uznano stan sanitarny 137 skontrolowanych obiektów, co stanowiło 17,2 % objętych kontrolą. Oznacza to zwiększenie się liczby takich placówek w porównaniu z rokiem ubiegłym, kiedy negatywna ocena sanitarna dotyczyła 116 placówek (14,6 % ogółu skontrolowanych). Należy przy tym dodać, że w miastach, gdzie znajdowało się w 93 % skontrolowanych szpitali, wskaźnik ten wynosił 17,6 %.

2.2.1. Stan techniczny i funkcjonalny szpitali

W myśl obowiązujących w 2006 r. regulacji prawnych, kierownicy szpitali byli zobowiązani do opracowania i przedstawienia organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej do zatwierdzenia programu dostosowania podległych im obiektów do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 116, poz. 985). Utraciło ono moc prawną z dniem 9 grudnia 2006 r., z chwilą wejścia w życie 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.) utrzymującego obowiązek przedkładania do zaopiniowania organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej programów dostosowawczych. Z uzyskanych danych wynika, że zaopiniowane pozytywnie programy dostosowawcze posiadało ponad 90 % szpitali.

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 i bloków żywienia, 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 drzewiowa 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 zamkniętą przestrzenią ładunkową 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 karetek, brak wydzielonych pomieszczeń sanitarnych dla personelu. Wiele zastrzeżeń dotyczyło stanu technicznego i funkcjonalnego pomieszczeń, w których wymagane jest zachowanie aseptyki, w tym bloków operacyjnych, centralnych sterylizatori. Ponadto zastrzeżenia dotyczyły zbyt małej powierzchni pomieszczeń, braku oddzielnych dróg transportu materiałów czystych i brudnych oraz odpadów medycznych, zwłaszcza na blokach operacyjnych, w centralnych sterylizatoriach, pralniach, ciągach komunikacyjnych, braku centralnej sterylizatorni lub niewłaściwego jej urządzenia, 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 coko-

łów z podłogą w pomieszczeniach wymagających zachowania aseptyki, braku lub zbyt małej ilości słuz fartuchowo-umywalkowych, braku węzłów sanitarnych dla personelu bloków operacyjnych, wyeksploatowanych lub nieodpowiednich wyposażań sal operacyjnych i gabinetów zabiegowych, utrudniających właściwy sposób mycia i dezynfekcji.

2.2.2. *Zaopatrzenie w wodę*

Sytuacja w zakresie zaopatrzenia obiektów szpitalnych w wodę w 2007 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 w zależności od województwa korzystało od 70 % do 94 % szpitali. W większości województw jedynie pojedyncze placówki zaopatrywane były w wodę z własnego ujęcia, wykorzystując wodociągi publiczne jako źródło awaryjnego zaopatrzenia w wodę. Nadal wiele szpitali nie posiadało awaryjnego źródła zaopatrzenia w wodę. W takiej sytuacji znalazło się około 30 % ogółu skontrolowanych placówek, wśród których przeważały szpitale korzystające z publicznej sieci wodociągowej; odsetek tych obiektów w niektórych województwach przekroczył 50 %. 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. z 2007 r. 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, w zależności od województwa, około 9,0 %-13,6 % 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 większości województw odnotowano pojedyncze przypadki nieodpowiedniej jakości mikrobiologicznej wody, w tym występowania bakterii grupy coli. 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. *Dezynfekcja i komory dezynfekcyjne*

W większości skontrolowanych szpitali stwierdzono stopniową poprawę sposobu przeprowadzania zabiegów dezynfekcyjnych. Wykonywane one były z należytą starannością przez wykwalifikowany personel medyczny, przeważnie pielęgniarzki, systematycznie szkolony oraz nadzorowany przez zespoły kontroli zakażeń wewnątrzszpitalnych w ramach kontroli wewnętrznej. Rzadkością były rażące uchybienia dotyczące preparatów dezynfekcyjnych i procedur dezynfekcji. Stosowano do tego celu wyłącznie środki zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, odpowiednio oznakowane i posiadające ważny termin przydatności do użycia. Prawidłowy był także sposób ich przechowywania, w wydzielonych miejscach przeznaczonych do tego celu

i w zamykanych szafkach. Zarówno dobór preparatów, jak i parametry dezynfekcji przeważnie nie budziły zastrzeżeń. W trakcie przeprowadzania zabiegów dezynfekcyjnych w szpitalach uwzględniano specyfikę określonych oddziałów szpitalnych oraz zasady zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, w tym krwiopochodnym, jak HBV, HCV, HIV.

Robocze roztwory dezynfekcyjne sporządzane były zgodnie z zaleceniami producentów. W nielicznych szpitalach (10 %) do sporządzania roztworów roboczych wydzielono specjalne pomieszczenia. 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. Pojemniki z roztworem roboczym oznakowane były nazwą preparatu, datą, stężeniem i podpisem osoby sporządzającej roztwór. Rzadziej stwierdzanym niż niegdyś problemem było niższe od wymaganego stężenie roztworów roboczych środków dezynfekcyjnych, co dotyczyło przeciętnie w ok. 7-12 % pobranych próbek. Dotyczyło to także tych województw, w których w latach poprzednich kontrole pobranych próbek roztworów roboczych wykazały, że relatywnie często nie osiągały one wymaganego stężenia – województwie podlaskim, w którym w 2001 r. odsetek ten wynosił 16 %, obecnie obniżył się on do 7 % (stężenie zbyt niskie w 4 próbkach na 56 pobranych). Badania te nie były jednak wykonywane we wszystkich województwach.

Nadal w większości obiektów dezynfekcję sprzętu przeprowadzano w gabinetach zabiegowych lub dyżurkach pielęgniarek. Jedynie w niewielu obiektach znajdowały się wydzielone do tego celu pomieszczenia z prawidłową wentylacją, przeważnie na blokach operacyjnych lub przy oddziałach noworodkowych. Niewiele szpitali (około 25 %-35 %) posiadało również automatyczne lub półautomatyczne urządzenia myjąco-dezynfekcyjne, w związku z czym w wielu placówkach sprzęt i narzędzia medyczne po zabiegach były myte i dezynfekowane ręcznie, choć odsetek wyposażenia w myjnie i dezynfektory do endoskopów oraz myjki ultradźwiękowe wzrósł o 10 % w porównaniu z rokiem 2006.

Postępowanie w zakresie dezynfekcji narzędzi medycznych nie było jednolite:

- sprzęt po dezynfekcji wstępnej na oddziałach był przekazywany do centralnej sterylizatorni lub punktu sterylizacji, gdzie był poddawany myciu i dezynfekcji w urządzeniu myjąco-dezynfekującym,
- dezynfekcji i mycia sprzętu nie prowadzono w oddziałach. Narzędzia w zamykanych pojemnikach na sucho transportowane były do centralnej sterylizatorni, gdzie podlegały procedurom mającym zapewnić czystość mikrobiologiczną,
- dezynfekcja, mycie sprzętu i pełne jego przygotowanie przed sterylizacją odbywało się na oddziale, w wyznaczonym pomieszczeniu.

W 2007 r. wyposażenie szpitali w komory dezynfekcyjne nie uległo znaczącej zmianie – w zależności od województwa urządzenie takie posiadało 14 %-34 % szpitali. Przeciętnie w każdym z województw znajdowało się od kilku do kilkunastu szpitali wyposażonych w komory dezynfekcyjne. Należy jednak podkreślić, że nie wszystkie urządzenia były w dobrym stanie technicznym. Około 25 % skontrolowanych komór było znacznie wyeksploatowanych i ulegało częstym awariom. Urządzenia poddawane były kontroli technicznej i obsługiwane przez przeszkolonych pracowników, posiadających stosowane uprawnienia. Dezynfekcja w komorach 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 na choroby zakaźne. 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 wewnętrznych lub zewnętrznych. Od kilku lat wzrasta liczba 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, spośród których kwestionowane były tylko nieliczne – od 0 do 23,1 %; największy odsetek stwierdzono w województwie podlaskim, gdzie na 17 badań zakwestionowano 3.

Skuteczność dezynfekcji oceniano także na podstawie wymazów czystościowych, pobieranych z powierzchni materiałów poddanych uprzednio dezynfekcji. Należy jednak zaznaczyć, że były one wykonywane coraz rzadziej i przede wszystkim w ramach badań interwencyjnych. Odsetek zakwestionowanych wymazów wynosił od 5,2 % do 17,3 %.

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

Znajomość zasad dezynfekcji wśród personelu szpitali w większości placówek była zadowalająca. Prawie wszystkie placówki posiadały opracowane i wdrożone procedury dotyczące prawidłowego stosowania preparatów dezynfekcyjnych, w tym właściwego ich doboru oraz zasad poprawnego przygotowywania i stosowania roztworów roboczych. Uchybienia dotyczące dezynfekcji stanowiły nieliczną grupę nieprawidłowości stwierdzanych podczas kontroli nieprawidłowości i obejmowały: błędy w opracowanych procedurach 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 w czasie dezynfekcji wstępnej, 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.

2.2.4. Sterylizacja

Optymalną skuteczność procesu sterylizacji narzędzi, materiałów i sprzętu medycznego

w ilościach umożliwiającym właściwe funkcjonowanie szpitala, przy jednoczesnej prawidłowej organizacji tego procesu i kontroli jego przebiegu umożliwia centralna sterylizatornia. Warunkiem jej odpowiedniego funkcjonowania jest jednak spełnienie niezbędnych wymagań sanitarno-technicznych, określonych w rozporządzeniu 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*. W myśl przepisów ww. rozporządzenia centralna sterylizatornia powinna posiadać 3 wydzielone strefy – brudną, czystą i sterylną, rozdzielone ścianami umywalkowo-fartuchowymi. Ponadto powinna być wyposażona w przelotowe urządzenia do mycia, dezynfekcji i sterylizacji, zapewniające ścisły rozdział dróg materiałów brudnych i czystych.

W poszczególnych województwach centralne sterylizatornie posiadało od 32 % (wielkopolskie) do 61,6 % (opolskie, lubelskie, warmińsko-mazurskie) szpitali, jednak przeciętnie tylko 1/4 z nich spełniała w całości wymagania sanitarno-techniczne. Część centralnych sterylizatoriń posiadała wydzielone strefy, jednak brak przelotowych urządzeń w sterylizatorach gazowych nie zapewniał prawidłowego przeprowadzenia procesu sterylizacji. W obiektach zlokalizowanych w zaadaptowanych pomieszczeniach krzyżowały się drogi materiałów brudnych i czystych. Ponadto mycie i dezynfekcja sprzętu przeprowadzana była w większości obiektów na oddziałach szpitalnych. Część szpitali zlecała sterylizację narzędzi innym placówkom. Jednak coraz więcej placówek używało wyłącznie sprzętu jednorazowego użytku.

Sterylizację narzędzi przeprowadzano korzystając przede wszystkim ze sterylizatorów parowych (autoklawów), stanowiących zdecydowaną większość aparatury stosowanej do tego celu (w zależności od województwa od 69 % do 91,2 % ogółu stosowanych urządzeń sterylizacyjnych, przy czym wskaźnik ten, w porównaniu z latami wcześniejszymi, wykazuje tendencję wzrostową). Stopniowo zmniejszało się wykorzystywanie do tego celu sterylizatorów gazowych z użyciem tlenu etylenu, w których przede wszystkim sterylizowano narzędzia i materiały z tworzyw sztucznych, odkształcających się pod wpływem wysokiej temperatury. Stanowiły one od 2,2 %

do 13,3 % ogółu urządzeń do sterylizacji w obiektach szpitalnych poszczególnych województw. Ich liczba ulega stałemu spadkowi, a większość będących w użyciu aparatów to wyeksploatowane urządzenia o znacznej awaryjności. Sterylizatory plazmowe niskotemperaturowe były dostępne w pojedynczych szpitalach. Liczba sterylizatorów tego typu w poszczególnych województwach wynosiła od 1 do 6. Przeprowadzone w ramach nadzoru sanitarnego kontrole wskazały, że w 2007 r. w szpitalach stopniowo rezygnowano ze stosowania sterylizatorów na suche gorące powietrze. W szpitalach niektórych województw w ogóle nie były one wykorzystywane, 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 zaopatrzone w filtry. Opakowania oznaczano podając datę sterylizacji oraz datę przydatności do użycia sterylizowanych narzędzi.

Skuteczność sterylizacji była systematycznie weryfikowana przez użytkowników urządzeń w ramach kontroli wewnętrznej, poprzez stosowanie testów chemicznych do kontroli każdego procesu oraz bioindykatorów raz w miesiącu (najbardziej powszechnie stosowany system). Wyniki kontroli były archiwizowane. Ponadto w ramach nadzoru sanitarnego skuteczność procesów sterylizacji kontrolowana była przez inspektorów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ogółem w roku 2007 przeprowadzono blisko 70 000 kontroli procesów sterylizacji, kwestionując ok. 0,6 %-0,9 % z nich. Miało to miejsce zwykle w przypadku sterylizatorów na suche gorące powietrze (odsetek kwestionowanych procesów wyniósł w niektórych województwach do 16,2 %) i nieco rzadziej na tlenek etylenu (do 10,2 %). Odsetek kwestionowanych procesów w przypadku autoklawów nie przekraczał 1,3 %, a w wielu województwach wyniósł 0.

Najczęściej stwierdzanymi uchybieniami dotyczącymi procesu sterylizacji było: przechowywanie uszkodzonych pakietów, brak odpowiedniego oznakowania pakietów, w szczególności daty oraz przechowywanie pakietów bez ważnego terminu przydatności, brak zamkniętych szczelnych po-

jemników do transportu sprzętu sterylnego, brak pomieszczenia dystrybucji materiału sterylnego, brak testowania biologicznego urządzeń sterylizujących, przechowywanie sterylnego sprzętu w sąsiedztwie składowanych odpadów medycznych.

2.2.5. *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 (rozwiązanie takie przyjęło ok. 30 %-35 % placówek). Większość szpitali posiadała opracowane i wdrożone procedury sprzątnięcia i zachowania czystości. W znacznej większości szpitali zaopatrzenie w sprzęt myjący i środki myjąco-czyszczące i dezynfekcyjne było prawidłowe, a ich oznakowanie i przechowywanie nie budziło zastrzeżeń – służyły do tego wydzielone pomieszczenia, z zamykanymi szafkami oraz szczelne opakowania, z widoczną nazwą środka i datą ważności. 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.

2.2.6. *Bloki żywienia*

Zapewnienie odpowiednich warunków sanitarnych przygotowania i dystrybucji posiłków jest niezbędne z uwagi na specyfikę osób żywionych. Z tego powodu wymaga się wdrożenia w powyższych obiektach zasad dobrej praktyki produkcyjnej i higienicznej oraz systemu HACCP, utrzymania należytego stanu czystości i spełnienia wymagań sanitarnych w części kuchennej wraz z magazynem oraz w trakcie transportu posiłków na oddziały szpitalne. Z uwagi na trudności finansowe oraz techniczne, związane z adaptacją niefunkcjonalnych pomieszczeń, zwłaszcza w starych budynkach, dostosowanie bloków żywienia do powyższych wymagań na-

stępuje powoli, podejmowane są jednak prace remontowe i modernizacyjne, mające poprawić sytuację w tym zakresie. W zależności od województwa dotyczyły one 10-20 % bloków żywienia i obejmowały poprawę stanu technicznego i funkcjonalności pomieszczeń, wymianę stolarki okiennej, budowę nowych magazynów żywności, wyposażenie obiektu w zmywalnię naczyń transportowych oraz możliwość termicznej dezynfekcji naczyń stołowych, zamontowanie umywalk do mycia rąk. Większość skontrolowanych bloków żywienia posiadała opracowane procedury GHP/GMP (zależnie od województwa – 72 %-93,4 %), natomiast procedury HACCP – 21,2 %-29,7 %. W roku 2007, podobnie jak w latach poprzednich, część szpitali korzystała z systemu cateringowego przygotowania i dystrybucji posiłków, które były dostarczane przez wyspecjalizowane firmy, co pozwalało zlikwidować bloki żywienia. Odsetek takich obiektów wyniósł od 30 % do 50 %, i nie uległ istotnej zmianie w porównaniu z rokiem ubiegłym.

Najczęstsze uchybienia dotyczące stanu sanitarnego bloków żywienia obejmowały: brak opracowanych procedur GHP/GMP lub HACCP, niefunkcjonalny układ pomieszczeń i brak prawidłowego połączenia pomieszczeń magazynowych i socjalno-sanitarnych z kuchnią centralną, jak również samej kuchni centralnej z kuchenkami oddziałowymi. W konsekwencji częsty problem stanowiły niewłaściwe warunki transportu posiłków z kuchni centralnej do kuchенок oddziałowych, nie zapewniające utrzymania właściwej temperatury ani nie chroniące posiłków przed wtórnym zanieczyszczeniem – transport posiłków odbywał się ogólnodostępnymi ciągami komunikacyjnymi i dźwigami ogólnymi, przez podwórza szpitali. Do istotnych nieprawidłowości należał także brak odpowiednich naczyń do przesyłania posiłków na oddziały oraz brak urządzeń do ich mycia, ponadto zły stan techniczny ścian, sufitów i posadzek w pomieszczeniach bloku żywienia z ubytkami powierzchni, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń, wyeksploatowane i zniszczone urządzenia i sprzęt kuchenny, brak czystości w magazynie żywności, brak segregacji w urządzeniach chłodniczych, brak lub nieprawidłowo odkładane i oznakowane próbki posiłków, niewłaściwy sposób mycia pojemników transportowych, obecność insektów (karaczany, mrowki), brak siatek przeciwko owa-

dom w oknach, niewłaściwe zagospodarowanie odpadów żywności, kuchenki oddziałowe zbyt małe w stosunku do potrzeb i nie zapewniające rozdzielania drogi czystej i brudnej, brak sprzętu do dezynfekcji umytych naczyń stołowych, brak dezynfekcji termicznej naczyń oraz ich niedostateczna czystość, stwarzająca ryzyko zanieczyszczenia posiłków.

W kilku województwach odnotowano zmniejszenie się liczby kuchенок mlecznych, co jest tendencją obserwowaną od kilku lat. Wynika to głównie z upowszechniania naturalnego sposobu karmienia oraz stosowania gotowych mieszanek w jednorazowych butelkach ze smoczką. Kuchnie mleczne nadal działały przy niektórych oddziałach dziecięcych, nieco rzadziej przy kuchni centralnej, a sporadycznie – w oddzielnych budynkach. Przygotowywane były tam posiłki dla niemowląt, obejmujące mieszanki mleczne, kleiki, kaszki z gotowych produktów sypkich, zupy jarzynowe, napoje oraz gotowe preparaty w jednorazowych opakowaniach, podgrzewane w kuchenkach mikrofalowych. Butelki wielorazowe po użyciu myto i sterylizowano w centralnej sterylizatorni lub sterylizatorach na suche i gorące powietrze, smoczki – w centralnej sterylizatorni lub też stosowano smoczki jednorazowego użytku. Uchybienia sanitarno-techniczne najczęściej stwierdzane w kontrolowanych kuchenkach mlecznych obejmowały zniszczone powierzchnie ścian i sufitów, zbyt małą powierzchnię pomieszczeń roboczych, brak właściwego wyposażenia do sporządzania mieszanek mlecznych.

2.2.7. 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 odbiera-

na 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 zamkniętych 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 2007 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 wahał się w zależności od województwa od 10,1 % do 31,2 %.

Placówki wykonujące pranie bielizny szpitalnej, aby uniknąć jej wtórnego zanieczyszczenia, powinny mieć zapewnioną barierę higieniczną, zapewniającą 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.

2.2.8. Gospodarka odpadami stałymi, w tym medycznymi

Niemal wszystkie skontrolowane szpitale posiadały opracowane i zatwierdzone programy postępowania z odpadami, jak również zezwolenia na wytwarzanie, składowanie, transport i zbieranie odpadów powstających w wyniku działalności służb medycznych. Zgodnie z przewidzianymi w nich procedurami, odpady segregowano w miejscu ich powstawania, gromadząc wykorzystany jednorazowy sprzęt medyczny o ostrych zakończeniach (igły, wenflony) w pojemnikach o sztywnych ścianach. Pozostałe odpady natomiast magazynowano w oznakowanych pojemnikach z wkładami foliowymi o kodzie kolorystycznym, ułatwiającym segregację. Odpady medyczne do czasu przekazania ich do spalarni przechowywano w wydzielonych do tego celu pomieszczeniach. Do transportu odpadów medycznych wykorzystywano przeznaczone wyłącznie do tego celu, szczelnie zamknięte 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 (ok. 10 %-15 % w zależności od województwa). 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.

2.2.9. 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 (6,8 %). Ich liczba nie zwiększyła się w porównaniu do poprzedniego okresu sprawozdawczego.

2.3. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze

W 2007 r. skontrolowano 349 obiektów obu powyższych grup, co stanowiło 89,5 % wszystkich zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ujętych w ewidencji. Przeważały wśród nich zakłady opiekuńczo-lecznicze (204 zakłady). Negatywnie oceniono stan sanitarny 5,4 % placówek objętych kontrolą, przy czym w grupie zakładów opiekuńczo-leczniczych wskaźnik ten był wyższy – ocena taka dotyczyła 6,9 % obiektów. 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 niewłaści-

wy 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 2007 r. nastąpił dalszy spadek liczby obiektów tej grupy, dotyczący zarówno liczby zakładów w ewidencji (z 270 w 2006 r. do 238 w 2007 r.), jak i objętych kontrolą stanu sanitarnego, których liczba obniżyła się z 252 w 2006 r. do 182 w 2007 r. Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 76,5 % zakładów.

Najwięcej skontrolowanych placówek znajdowało się na terenach województw: kujawsko-pomorskiego (34), małopolskiego (31), dolnośląskiego (28), zachodniopomorskiego (25), podkarpackiego (23). Większość znajdowała się na terenie miast (81,8 %).

Stan sanitarny oceniono negatywnie ogółem w 2,7 % skontrolowanych obiektów (2,6 % w miastach, 3,0 % na wsi), co oznacza, że wskaźnik ten nie uległ zmianie w porównaniu z rokiem ubiegłym. 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 65 hospicjów spośród 66 znajdujących

się w ewidencji (98,5 %). Większość obiektów tej grupy – 83,1 % znajdowała się na terenie miast.

Negatywnie oceniono stan sanitarny 1 hospicjum (1,5 %). 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. Zastrzeżenia budził nieodpowiedni stan pomieszczeń sanitarno-higienicznych, niewystarczająca wentylacja pomieszczeń, brak pomieszczeń do dezynfekcji łóżek. 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 2007 r. skontrolowano stan sanitarny 13 347 placówek spośród 16 179 pozostających w ewidencji (82,5 %). Zły stan sanitarny stwierdzono w 483 przypadkach (3,6 %), nieco rzadziej w placówkach znajdujących się w miastach (3,0 %), niż na wsi (5,3 %). 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 sprzątnia, 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 2007 r. skontrolowano pod względem sanitarnym 299 stacji Pogotowia Ratunkowego spośród 352 ujętych w ewidencji (84,9 %). Za niedostateczny uznano stan sanitarny 14 skontrolowanych placówek (4,7 %), w tym 6 na obszarze województwa dolnośląskiego. 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.

Większość stacji Pogotowia Ratunkowego posiadała instrukcje dotyczące mycia i dezynfekcji karetek, dezynfekcji sprzętu wielokrotnego użytku, postępowania w przypadku kontaktu z materiałem zakaźnym oraz ze skażonym sprzętem jednorazowego użytku. Stacje posiadały wydzielone stanowiska do mycia i dezynfekcji karetek, które podlegały tym procedurom na bieżąco po zakończonym dyżurze, natomiast po przewiezieniu każdego pacjenta przeprowadzana była dezynfekcja miejscowa. 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 ostrym końcu 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

Medyczne laboratoria diagnostyczne działające jako samodzielne placówki stanowiły gru-

pę 557 obiektów, objętych w minionym okresie sprawozdawczym kontrolą stanu sanitarnego (81,1% pozostających w ewidencji). Spośród nich negatywnie oceniono stan sanitarny 24 placówek (4,3%). Poza wykonywaniem badań analitycznych, w laboratoriach tych pobierany był również potencjalnie zakaźny materiał biologiczny, wyłącznie przy użyciu sprzętu jednorazowego użytku. Poza spełnieniem podstawowych wymagań technicznych, zasadnicze znaczenie dla oceny stanu sanitarnego powyższych obiektów miało opracowanie i przestrzeganie procedur dotyczących postępowania z materiałem zakaźnym, w tym w razie kontaktu z nim lub zanieczyszczonym sprzętem, dezynfekcji powierzchni, stosowania właściwych środków do dezynfekcji w odpowiedni sposób oraz prawidłowego ich przechowywania, segregacji odpadów oraz postępowania z odpadami medycznymi. Istotne znaczenie miało także wystarczające zaopatrzenie w sprzęt jednorazowy oraz środki dezynfekcyjne.

2.9. Zakłady rehabilitacji leczniczej

W minionym okresie sprawozdawczym skontrolowano stan sanitarny 448 zakładów tego typu spośród 578 pozostających w wykazie (77,5%). Został on oceniony negatywnie w przypadku 14 obiektów (3,1%), 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 dentyistów 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 stan sanitarny ogółem w 20 171 obiektów omawianej grupy z 43 992 ujętych w ewidencji (45,8%). Negatywnie oceniono stan sanitarny 238 skontrolowanych placówek (1,2%).

Najliczniejszą kategorią objętych kontrolą sanitarną placówek w omawianej grupie były indywidualne praktyki lekarzy dentyistów (7118 skontrolowanych obiektów) oraz indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (5985 skontrolowanych obiektów). Największy odsetek obiektów ocenionych negatywnie dotyczył natomiast indywidualnych praktyk lekarskich (2,4% objętych kontrolą). Najmniej zastrzeżeń budził stan sanitarny indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, 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 są 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, sposób dezynfekcji i sterylizacji sprzętu i narzędzi medycznych, zaopatrzenie, dobór, przechowywanie i stosowanie środków dezynfekcyjnych, 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 2007 r. przedstawiała się następująco:

- indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2537 obiektów (31,4 %), negatywnie oceniono 61 (2,4 %),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 5985 obiektów (34,3 %), negatywnie oceniono 76 (1,3 %),
- grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 236 obiektów (72,6 %), negatywnie oceniono 3 (1,3 %).

Stwierdzane 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 sanitarnotechniczny pomieszczeń. Pewien problem stanowił stwierdzany w części placówek brak opracowanych procedur dotyczących dezynfekcji sprzętu medycznego, zwłaszcza w przypadku tych obiektów, gdzie czynności te wykonywane były przez samego lekarza. Wszystkie skontrolowane placówki wytwarzające odpady medyczne posiadały natomiast umowy na ich odbiór z wyspecjalizowanymi i uprawnionymi firmami. Sterylizację narzędzi przeprowadzano w autoklawach, w które wyposażone były gabinety albo narzędzia przekazywane były do sterylizatorni pobliskich szpitali. 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 dźwignów osobowych.

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

W grupie tej liczba skontrolowanych i ocenionych negatywnie placówek w 2007 r. była następująca:

- indywidualne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 7118 obiektów (67,9 %), negatywnie oceniono stan sanitarny 72 (1,0 %),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 3182 obiekty (55,5 %), negatywnie oceniając 24 (0,8 %),
- grupowe praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 223 obiekty (74,3 %), negatywnie oceniając 2 placówki (0,9 %).

Spośród stwierdzonych uchybień, największy problem stanowiły nieprawidłowości związane z utrzymaniem czystości w obiekcie, postępowanie z bielizną oraz 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 niewystarczającą ilość środków czystości i środków dezynfekcyjnych, niewłaściwy sposób ich przechowywania, niewłaściwy sposób przygotowania roztworów środków dezynfekcyjnych do użytku, stosowanie nieoznakowanych roztworów środków dezynfekcyjnych, błędy w zakresie dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i sprzętu, nieprawidłowe pakowanie i przechowywanie narzędzi medycznych po sterylizacji, 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 890 placówkach tej grupy spośród 1599 ujętych w ewidencji (55,7 %). Przeważały wśród nich indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych (575 obiektów – 64,6 % ogółu skontrolowanych w omawianej grupie). Liczebność skontrolowanych obiektów w poszczególnych kategoriach była następująca:

- indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych – 575 obiektów (51,9 %),

- indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych – 119 obiektów (65 %),
- grupowe praktyki pielęgniarek i położnych – 196 obiektów (63,6 %),

Wszystkie skontrolowane praktyki zostały ocenione pozytywnie pod względem sanitarnym.

Podsumowanie

1. Analiza stanu sanitarnego obiektów służby zdrowia wskazuje, że w 2007 r. nie uległ on zasadniczym zmianom w porównaniu z rokiem 2006. Dotyczy to zwłaszcza zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku których udział obiektów ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym wśród ogółu skontrolowanych nie uległ zmianie w porównaniu z rokiem ubiegłym i wyniósł 4,0 %. Lepiej oceniane były indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarские, w przypadku których obiekty w złym stanie sanitarnym stanowiły 1,2 % skontrolowanych.
2. Największy odsetek obiektów ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym – 17,2 % – 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. Poprawy wymaga również zaopatrzenie w sprzęt do sterylizacji, jak i organizacja procesu sterylizacji, w szczególności tworzenie centralnych sterylizatori. Nadal pewne problemy dotyczą właściwej dezynfekcji sprzętu i pomieszczeń oraz 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 zmierzają do zapewnienia wysokiego standardu warunków sanitarno-technicznych w obiektach służby zdrowia, stąd ich realizacja wymaga pokonania wielu trudności, zarówno od strony technicznej, jak i finansowej. Nadal wiele obiektów wymaga poprawy stanu technicznego.

VII. Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy

1. Wprowadzenie

W 2007 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 stacje wojewódzkie oraz 103 placówki szczebla podstawowego (34,6 % wszystkich powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych) dysponowały bazą 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 2007 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 środo-

wisku pracy, substancji i preparatów chemicznych, produktów biobójczych, detergentów, prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 oraz oceny ryzyka zawodowego.

W roku 2007 ewidencją pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej objętych było 110 650 zakładów pracy, zatrudniających ogółem 4 357 862 pracowników. Największą grupę stanowili pracownicy zatrudnieni w zakładach ochrony zdrowia i opieki społecznej – 443 230 zatrudnionych, następnie – przetwórstwa przemysłowego – 359 327 zatrudnionych, produkcji metalowych wyrobów gotowych z wyjątkiem maszyn i urządzeń – 202 295 zatrudnionych oraz w sektorze budownictwa – 187 830 zatrudnionych.

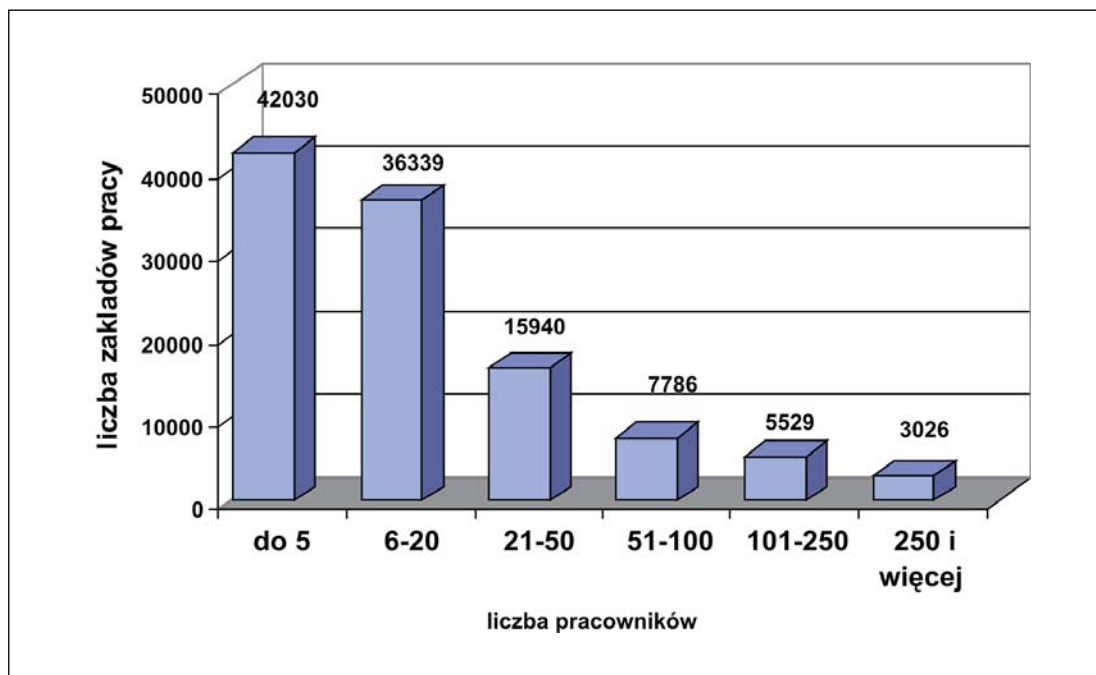
Zdecydowana większość zakładów znajdujących się w ewidencji pionu higieny pracy to zakłady zatrudniające do 5 pracowników – 42 030 zakładów (38,0 % wszystkich nadzorowanych zakładów).

W grupie zakładów zatrudniających 251 i więcej pracowników w ewidencji pionu higieny pracy pozostawało 3026 zakładów, spośród których najwięcej sklasyfikowane było w następujących działach PKD:

- PKD 85 Ochrony zdrowia – 482 zakłady,
- PKD 15 Przetwórstwa przemysłowego – 270 zakładów,
- PKD 60 Transportu, gospodarki magazynowej i łączności – 184 zakłady.

Dominacją w ewidencji pionu higieny pracy zakładów zatrudniających do 100 osób obserwowana jest od wielu lat.

Pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili łącznie 74 108 kontroli w 46 558 zakładach, co oznacza, że w 2007 r. kontrolą objęto 42,1 % podmiotów gospodarczych będących w ewidencji pionu higieny pracy. Liczba przeprowadzonych kontroli przewyższa liczbę skontrolowanych zakładów, ponieważ niektóre zakłady kontrolowane były więcej niż jeden raz w roku. Wynikało



Ryc. 7.1. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2007 r. wg liczby zatrudnionych pracowników

to najczęściej z konieczności przeprowadzania kontroli sprawdzających, potwierdzających usunięcie uchybień, czy też realizację obowiązków nałożonych w prowadzonym postępowaniu administracyjnym.

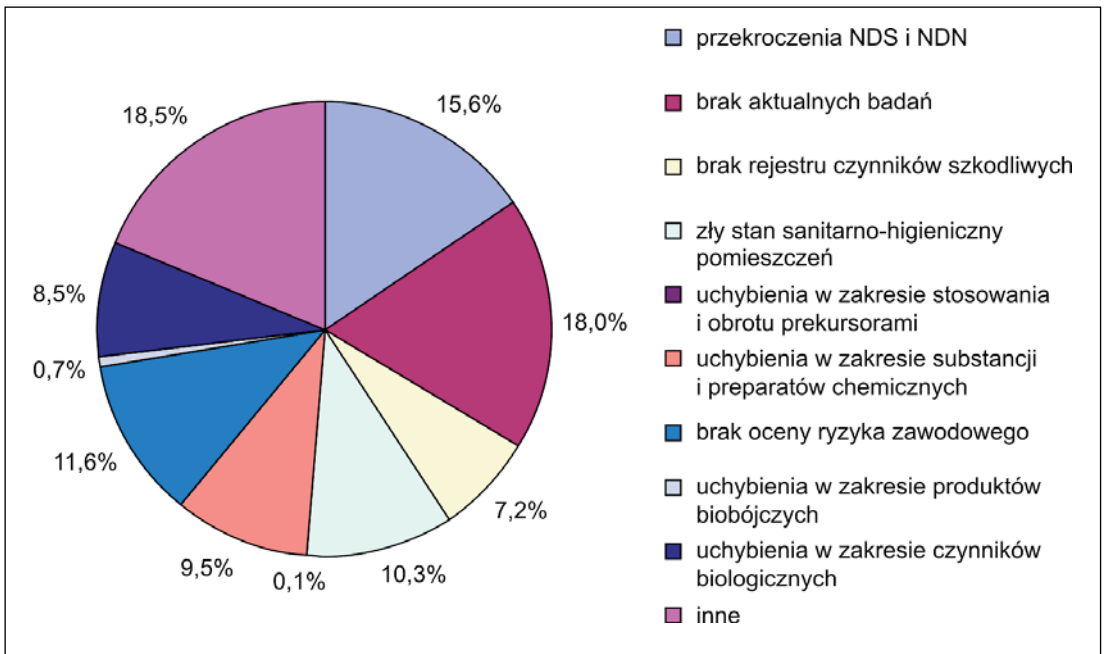
W ramach nadzoru nad substancjami i preparatami chemicznymi pracownicy pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili 25 719 kontroli w 5269 obiektach zajmujących się obrotem substancjami i preparatami chemicznymi oraz skontrolowali 15 718 obiektów stosujących substancje i preparaty chemiczne. W ramach nadzoru nad prekursorami kategorii 2 i 3 przeprowadzono 1632 kontrole, w tym m.in. w 535 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami tych kategorii. W zakresie czynników biologicznych pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 12 354 kontrole w 9224 obiektach, natomiast w zakresie produktów biobójczych – 3055 kontroli, w tym m.in. w 328 obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze. Przeprowadzono także 3880 kontroli w zakresie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rako-

twórczym lub mutagennym w środowisku pracy w 2972 obiektach.

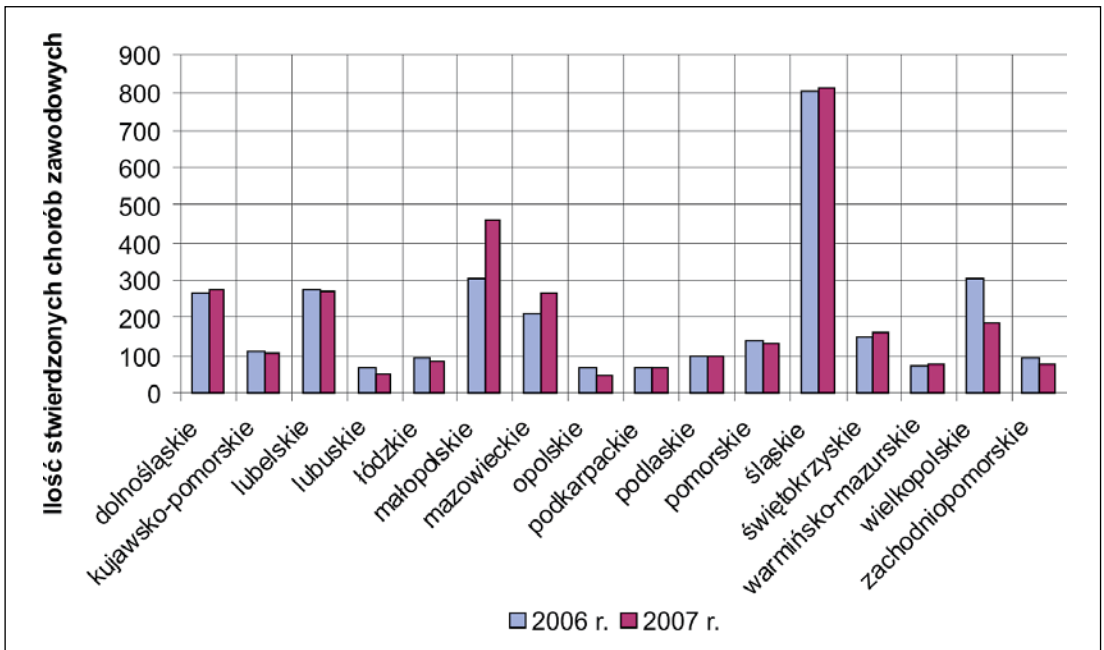
W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego wydano 21 724 decyzje, które obejmowały obowiązki w zakresie m.in.:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – 10 406,
- oceny ryzyka zawodowego – 5898,
- substancji i preparatów chemicznych – 5356,
- czynników biologicznych w środowisku pracy – 5086,
- przekroczonych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 2538,
- substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 1173,
- produktów biobójczych – 345,
- prekursorów kategorii 2 i 3 – 59.

Jak wynika z przedstawionych wyżej danych, przeprowadzone kontrole wykazywały szereg uchybień higieniczno-sanitarnych. Należy jed-



Ryc. 7.2. Odsetek uchybień stwierdzonych w skontrolowanych zakładach pracy.



Ryc. 7.3. Liczba chorób zawodowych stwierdzonych w województwach w latach 2006 – 2007.

nakże podkreślić, że w wielu przypadkach zakłady usuwały nieprawidłowości bezpośrednio po wszczęciu postępowania administracyjnego, jeszcze przed wydaniem decyzji administracyjnych.

Największy odsetek wydanych decyzji stanowiły decyzje nakładające obowiązki w zakresie przeprowadzenia lub uaktualnienia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy. Ponadto wydawane decyzje dotyczyły usunięcia przekroczeń normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia, założenia, bądź uzupełnienia rejestrów badań i pomiarów tych czynników, dokonania i udokumentowania oceny ryzyka zawodowego z uwzględnieniem wymagań szczególnych w odniesieniu do narażenia na czynniki chemiczne, biologiczne oraz fizyczne. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały także nakazy z zakresu substancji i preparatów chemicznych, z czego najwięcej dotyczyło braku spisu stosowanych substancji i preparatów niebezpiecznych oraz braku prawidłowych kart charakterystyk, wyposażania pracowników w odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej oraz uaktualnienia badań profilaktycznych pracowników.

3. Choroby zawodowe

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizując zadania dotyczące nadzoru nad warunkami pracy prowadzi również 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. 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 wyniku przeprowadzonych w 2007 roku postępowań wyjaśniających, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 3293 decyzje o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 3875 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. Uwzględniając postępowanie odwoławcze, w wyniku uprawomocnienia się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w 2007 roku stwierdzono 3276 chorób zawodowych. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w porównaniu do roku 2006 r. uległa zwiększeniu o 147 przypadków. Wśród stwierdzonych w 2007 r. chorób zawodowych dominowały przede wszystkim: przewlekłe choroby narządu głosu, spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat – 796 przypadków (w 2006 r. – 760), pylice płuc – 700 przypadków (w 2006 r. – 667) oraz choroby zakaźne lub pasożytnicze – 662 przypadki (w 2006 r. – 600). Kolejne miejsce w zestawieniu zajmowały schorzenia spowodowane hałasem – 257 przypadków (w 2006 r. – 294).

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 sanitarnych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

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

Wszystkie laboratoria środowiska pracy wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych miały wdrożony system zarządzania, natomiast certyfikat akredytacji na koniec 2007 roku posiadało 15 laboratoriów wojewódzkich oraz 52 placówki szczebla podstawowego.

W ramach działalności laboratoryjnej pracownicy pionu higieny pracy w 2007 r. wykonali 315 954 oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych w celu dokonania higienicznej oceny stanowisk pracy w nadzorowanych zakładach

(w 2006 r. – 328 156). W badaniach i pomiarach czynniki chemiczne stanowiły 34 282 (10,9 %) wykonanych oznaczeń, pyły – 21 986 (7,0 %), hałas – 150 538 (47,6 %), drgania – 11 698 (3,7 %), mikroklimat – 5 499 (1,7 %) oraz oświetlenie – 89 313 (28,3 %) oznaczeń.

Pracownicy laboratoriów badań środowiska pracy w całym kraju przeprowadzili badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia na 149 134 stanowiskach pracy. Na 11 391 stanowiskach pracy, co stanowi 13,3 % wszystkich skontrolowanych przez laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej pomiarami stanowisk, stwierdzono przekroczenia wartości obowiązujących normatywów higienicznych NDS i NDN (w 2006 r. – 8,3 %), natomiast na 19 247 stwierdzono niezgodność z obowiązującymi normatywami czynników uciążliwych. 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 działalności kontrolnej organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2007 roku stosowane były w skali całego kraju ujednolicone procedury kontroli oraz ich dokumentowanie. W ewidencji pionu higieny pracy w 2007 roku znajdowało się 110 650 zakładów pracy, co oznacza wzrost liczby zakładów pracy objętych ewidencją w stosunku do roku poprzedniego o 2159 obiektów. Kontrolami objęto 46 558 zakładów pracy, tj. 42 % zakładów będących w ewidencji.

W wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydane zostały 21 724 decyzje administracyjne dotyczące usunięcia stwierdzonych naruszeń przepisów higieniczno-sanitarnych. Największy odsetek uchybień stwierdzonych w skontrolowanych zakładach stanowił brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 18 % (w 2006 r. – 18,6 %). W porównaniu z 2006 r. zmniejszył się znacząco odsetek stwierdzonych uchybień w zakresie przekroczeń normatywów higienicznych (z 27,8 % do 15,6 %).

W 2007 roku, w porównaniu z rokiem 2006, stwierdzono wzrost liczby stwierdzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej chorób zawodowych o 147 przypadków.

VIII. Higiena radiacyjna

1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które w 2007 r. funkcjonowały w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Komórki organizacyjne 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 na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276),
- w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz.

Dane statystyczne, obejmujące m.in. liczbę nadzorowanych obiektów, urządzeń, liczbę pracowników narażonych na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowisku pracy, zbierane są w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej w oparciu o formularz sprawozdawczy MZ-52, a następnie przekazywane do GUS i publikowane.

Zadania pionu higieny radiacyjnej realizowane są między innymi przez:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełnienia wymagań przepisów higieny radiacyjnej,
- wydawanie w formie decyzji administracyjnych zezwoleń na uruchomienie pracowni i aparatów rentgenowskich w celach medycznych,
- 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,
- nadzór oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne,
- kontrolę przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-lecznym, w tym wykonywanie testów kontroli jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów nowopowstających lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- prowadzenie procesu nadawania uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej przez Głównego Inspektora Sanitarnego,
- prowadzenie szeroko rozumianej działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.

2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2007 roku nadzorem objęte były 8904 podmioty prowadzące działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego (w 2006 roku – 7607) oraz wydano ponad 1000 zezwoleń na uruchomienie pracowni rentgenowskich.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły w 2007 r. 2845 kontrole pracowni i zakładów (2628 w roku 2006).

W kontakcie z promieniowaniem jonizującym pracowało ok. 32 000 osób (w latach ubiegłych odpowiednio: 33 726 w 2006 r.; 31 614 w 2005 r.).

Według danych z 2007 r., kontrolą dawek indywidualnych objętych było 23 711 osób, z czego jedynie w trzech przypadkach zanotowano zwiększenie narażenia.

W przypadku zanotowanym w województwie małopolskim zwiększony odczyt wynikał z błędnego umiejscowienia dozymetru przez pracownika, napromieniowany został tylko dawkomierz tej osoby. Pozostałe dwa przypadki zostały zanotowane w województwach podkarpackim i pomorskim. Obydwa przypadki zostały wyjaśnione przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i wyniki te zostały zaliczone do dawki życiowej pracowników.

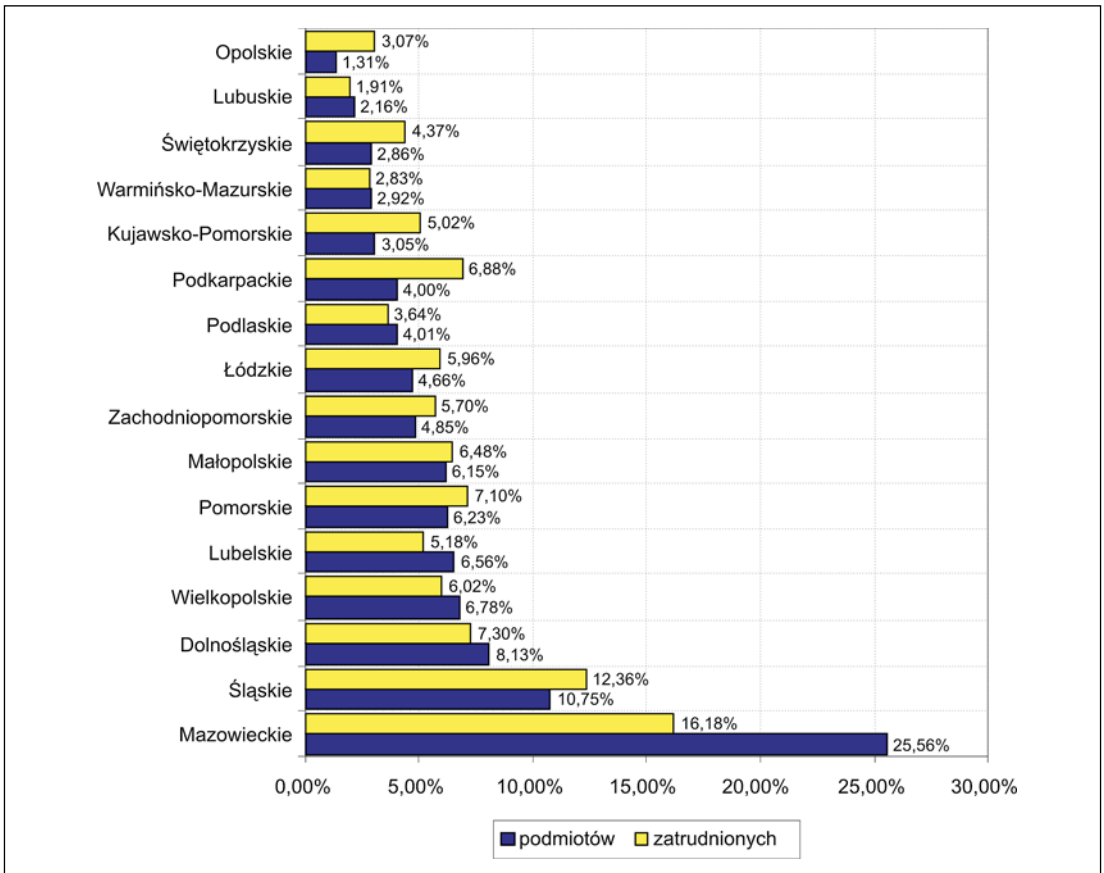
U zdecydowanej większości zawodowo narażonej grupy na promieniowanie rtg dawka na całe ciało była poniżej 1 mSv, tj. poziomowi określane-

go dla populacji, a także od dawki wynikającej z promieniowania naturalnego, które szacuje się na poziomie 2,4 mSv.

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

W zakresie ochrony radiologicznej pacjenta m.in. wykonano 1080 testów jakości aparatów rentgenowskich, w większości zakończonych wynikiem pozytywnym.

Procentowy rozkład podmiotów prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego oraz zatrudnienie w narażeniu na promieniowanie jonizujące z podziałem na poszczególne województwa przedstawiony został na Ryc. 8.1.



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

Główny Inspektor Sanitarny realizując obowiązki wynikające z zapisów rozporządzenia 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 2007 roku powołał ok. 50 komisji egzaminacyjnych. W wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków Główny Inspektor Sanitarny nadał 1100 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

2. Ochrona w zakresie wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

W roku 2007 objęto nadzorem 1002 zakłady pracy na 5314 ujętych w ewidencji (w roku 2006 – 1104 na 5523 będących w ewidencji, w roku 2005 – 1356 na 7237). Ilość zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wynosiła 22 902 (w 2006 r. – 20 074 urządzenia).

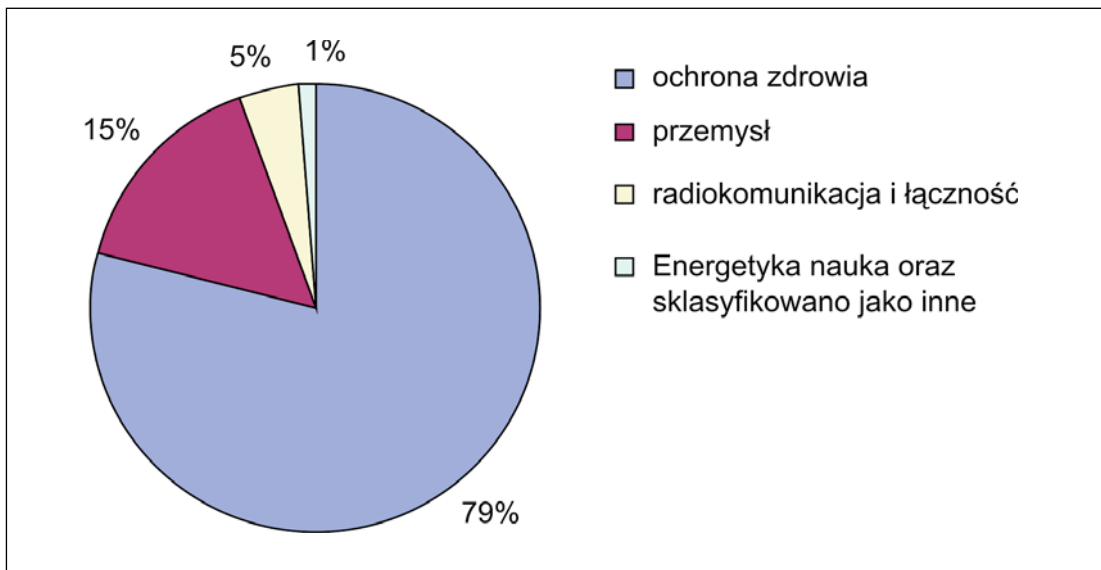
W zakresie ochrony zdrowia skontrolowano 696 zakładów na 2770 będących w ewidencji, w energetyce 7 na 18, w przemyśle 138 na 832, w radiokomunikacji i łączności 142 na 1632, w nauce 6 na 29, oraz 13 na 33 zewidencjono-

wanych jako inne. Łącznie skontrolowano (dokonano pomiarów) 5463 urządzenia. Rozkład procentowy urządzeń znajdujących się w ewidencji, z podziałem na dziedzinę zastosowań przedstawia Ryc. 8.2.

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

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz.U. Nr 217, poz. 1833, z późn. zm.), dokonały oceny wielkości ekspozycji na pole elektromagnetyczne biorąc pod uwagę wskaźnik ekspozycji W (W – wskaźnik ekspozycji przedstawia stosunek wielkości ekspozycji rzeczywistej do dopuszczalnej, stąd jego rola w ocenie ekspozycji).



Ryc. 8.2. Rozkład procentowy urządzeń wytwarzających PEM

Wskaźnik ekspozycji przekraczający dozwoloną wartość, tj. $W > 1$, dotyczył 102 osób (308 w roku 2006, 204 w roku 2005 r.) W szczególności odnosiło się to do osób zatrudnionych w ochronie zdrowia – 42 osoby, oraz w przemyśle – 55. W celu ograniczenia nadmiernej ekspozycji pracowników organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały zalecenia, m.in. dokonania zmian organizacyjnych na tych stanowiskach pracy. Dla 2766 osób wskaźnik zawierał się w przedziale 0,5 – 1 (odpowiednio 2534 w 2006 r., 2810 w 2005 r.), w tym pracowników w ochronie zdrowia dotyczyło 2005 przypadków. Aż dla 24 728 osób (20 859 w 2005 r., 21 505 w 2004 r.) wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.

3. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych

Zgodnie z art. 63 ust. 2 ustawy *Prawo atomowe* 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 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 wzajemnego informowania o stanie ochrony radiologicznej. Zatrudnienie na stanowiskach odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej osób posiadających uprawnienia IOR znacząco wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa i przestrzeganie zasad ochrony radiologicznej. Fachowy nadzór gwarantuje, iż konserwacja i badanie szczelności źródeł są prowadzone na bieżąco.

W strukturze organizacyjnej wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych działają tzw. Podstawowe Placówki Pomiarów Skażeń Promieniotwórczych prowadzące pomiary zawartości izotopów promieniotwórczych w prób-

kach wody powierzchniowej, wody przeznaczonej do spożycia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz.

W roku 2007 w placówkach tych wykonano łącznie ponad 2000 oznaczeń Cs-137, blisko 50 oznaczeń Sr-90, oraz około 4500 innych oznaczeń, m.in. aktywności K-40, aktywności globalnej beta w opadzie atmosferycznym, pomiaru mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu.

Ponadto w 2007 r. w ramach Systemu Bezpieczeństwa Żywności prowadzony był monitoring produktów żywnościowych, w ramach którego wykonano 146 oznaczeń Cs-137 metodą radiochemiczną oraz 261 oznaczeń Cs-137 metodą spektrometryczną.

Otrzymane wyniki są wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów.

Podsumowanie

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej w 2007 roku wydano 550 decyzji i zaleceń pokontrolnych dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym (w roku 2006 – 544 decyzje) oraz 183 decyzje z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi (w roku 2006 – 202 decyzje).

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

Wdrażany w Polsce od kilku lat system ochrony radiologicznej pacjenta i nadzór sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpływają na zmniejszenie dawek otrzymywanych przez pacjentów podczas medycznych zastosowań promieniowania jonizującego. Zmiana przepisów prawnych wymusiła wymianę aparatury rtg na nowocześniejszą, a testy jakości wykonywane okresowo przy urządzeniach radiologicznych umożliwiają utrzymanie właściwych parametrów pracy tych urządzeń.

IX. Warunki sanitarne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych

1. Informacje wstępne

W roku 2007 pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad warunkami pobytu dzieci i młodzieży w placówkach nauki i wychowania skontrolowali ogółem 30 508 szkół i innych placówek oświatowo-wychowawczych spośród 35 845 ujętych w ewidencji, w tym: 341 żłobki, 6882 przedszkola, 18 369 szkół oraz 4916 innych placówek oświatowo-wychowawczych. W skontrolowanych placówkach uczyło się, bądź przebywało, 7 068 883 dzieci i młodzieży.

Ponadto przeprowadzono 10 468 kontroli 8525 placówek letniego i zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży oraz skontrolowano 488 szkół wyższych mieszczących się w 1799 obiektach.

2. Funkcjonalność budynków

Odnotowano systematyczny, aczkolwiek niewielki, spadek odsetka obiektów szkolnych nieprzystosowanych do procesów nauczania. Spośród skontrolowanych ogółem szkół, w 450 placówkach (2,4 %) zajęcia odbywały się w budynkach nieprzystosowanych do procesu nauczania (w 2006 r. – 2,6 %, w 2005 r. – w 2,7 % szkół).

Użytkowanie obiektów nieprzystosowanych do procesu nauczania miało miejsce najczęściej w przypadku średnich szkół zawodowych, z których 12,5 % mieściło się w takich budynkach. Problem ten dotyczył także 6,7 % liceów profilowanych, 5,4 % filii szkół podstawowych oraz 3,5 % żłobków i 3,4 % przedszkoli.

W roku 2007 uruchomiono 210 placówek w nowych obiektach (91 przedszkoli, 19 szkół podstawowych), natomiast w istniejących obiektach uruchomiono 805 placówek różnego rodzaju (w tym 157 zespołów szkół, 92 przedszkola, 157 zespołów szkół). W tym samym okresie zlikwidowano 742 placówki (255 szkół podstawowych, 106 przedszkoli, 96 gimnazjów).

3. Stan techniczny oraz sanitarny budynków

Oceniając stan sanitarno-techniczny obiektów szkolnych w roku 2007 nie stwierdzono poprawy w stosunku do lat poprzednich.

Zły stan techniczny odnotowano ogółem w 7,9 % szkół (w 2006 r. – 7 %, w 2005 r. – w 7,4 %). Problem ten dotyczył 11,1 % zespołów szkół ponadpodstawowych, 12,3 % liceów ogólnokształcących, 6,7 % liceów profilowanych oraz 7,5 % zespołów szkół ogólnokształcących. Zły stan techniczny stwierdzono także w 7,6 % szkół podstawowych i 4,3 % ich filii oraz w 7,2 % gimnazjów.

W analizowanym okresie przeprowadzono remonty generalne w 974 placówkach (344 szkoły podstawowe, 133 przedszkola, 277 zespołów szkół).

Zły stan sanitarny budynków stwierdzono, podobnie jak w latach ubiegłych, w bardzo niewielkiej części szkół (0,3 %).

4. Wodociągi i kanalizacja w placówkach oświatowo - wychowawczych

W 5,3 % skontrolowanych placówek stwierdzono niewystarczające warunki do utrzymania higieny. Ogółem 12 szkół nie było podłączonych do sieci wodociągowej, a 36 nie miało kanalizacji. Najgorsza sytuacja miała miejsce w przypadku szkół podstawowych. W ewidencji znalazło się 5 szkół podstawowych i 5 filii tych szkół bez wodociągu i odpowiednio 14 szkół podstawowych i 13 filii bez kanalizacji.

W 830 szkołach (4,5 %) odnotowano ponadnormatywną liczbę uczniów przypadającą na urządzenia ustępowe (w 2006 r. – 4,6 %). Niespełnienie wymogu dostatecznej dostępności toalet z powodu nadmiernej liczby uczniów stwierdzono w 7,8 % zespołów szkół ponadpod-

stawowych, 6,7 % liceów profilowanych, 9,6 % liceów ogólnokształcących, 5,6 % techników, 5 % gimnazjów, 4,7 % zespołów szkół ogólnokształcących oraz w 3,1 % szkół podstawowych.

Ubikacje zewnętrzne posiadało ogółem 83 skontrolowanych szkół (w 2006 – 142), w tym 48 szkół podstawowych i 16 filii szkół podstawowych. W 215 placówkach wydano decyzje administracyjne dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia.

5. Infrastruktura do prowadzenia zajęć WF

Pomimo odnotowanej poprawy pod względem posiadania przez szkoły pełnej infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego – w 2007 r. w 329 placówkach przeprowadzono modernizację bloków sportowych oraz oddano do użytku 281 nowych obiektów sportowych – nadal zastrzeżenia Państwowej Inspekcji Sanitarnej budziła niedostateczna liczba sal gimnastycznych.

W szkołach, w których nie było sali gimnastycznej, zajęcia odbywały się na korytarzach lub w salach lekcyjnych. Ogółem odnotowano 3367 (18,3 %) szkół nie posiadających sali gimnastycznej ani rekreacyjnej (19,3 % w 2006 r.; 18,8 % w 2005 r.; 25,4 % w 2004 r.). Oceniając placówki pod względem posiadania infrastruktury do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stwierdzono, że 17,4 % szkół podstawowych, 51,6 % filii szkół podstawowych, 22,3 % gimnazjów, 56,5 % filii gimnazjów, 57,7 % zasadniczych zawodowych, 66,7 % średnich zawodowych oraz 21,6 % liceów ogólnokształcących, 86,7 % liceów profilowanych, 66,7 % liceów uzupełniających, 20,6 % techników, 66,7 % techników uzupełniających, 12,9 % zespołów szkół podstawowych, 9,3 % zespołów szkół ponadpodstawowych oraz 73,2 % szkół policealnych nie posiadało ani sali gimnastycznej, ani sali rekreacyjnej (zastępczej).

Pod względem posiadania pełnej infrastruktury do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego najlepiej sytuacja przedstawiała się w przypadku zespołów szkół ponadpodstawowych (72 %), zespołów szkół ogólnokształcących (77,8 %), liceów ogólnokształcących (61,3 %) szkół podstawowych (76,6 %) oraz gimnazjów (64,4 %). Ogółem szkół posiadających pełną infrastrukturę

do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego (placówki posiadające salę gimnastyczną, zastępczą i boisko lub halę sportową) było 13 095 – 71,3 % (62,8 % w roku ubiegłym).

W porównaniu z rokiem 2006 zarejestrowano nieznaczny wzrost liczby szkół posiadających czynne natryski z ciepłą wodą oraz wzrost liczby szkół, w których uczniowie korzystali z natrysków po zajęciach sportowych.

6. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami

W 2007 r. stwierdzono nieznaczny wzrost liczby szkół posiadających gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej. Ogółem odnotowano 47,8 % (w 2006 r. – 45,9 %, w 2005 r. – 44,4 %) szkół posiadających gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej (75,7 % zespołów szkół ponadpodstawowych, 49,1 % zespołów szkół ogólnokształcących, 51,9 % gimnazjów, 40 % szkół podstawowych, 76 % liceów ogólnokształcących).

Profilaktyczna opieka zdrowotna realizowana przez pielęgniarki zapewniona była w 75,5 % szkół.

Ponadto szkoły zapewniły ponadstandardową opiekę stomatologiczną w 8 % szkół oraz opiekę lekarską w 18,6 % placówek.

7. Dożywianie dzieci i młodzieży w szkołach

W 2007 r. skontrolowano szkoły podstawowe i gimnazja pod kątem prowadzonego dożywiania dzieci i młodzieży. Ustalono, że zostało uruchomionych 228 nowych bloków żywienia, a zmniejszono 625 bloków.

Posiłki (obiady jedno lub dwudaniowe) wydawano w 65,7 % (w 2005 r. – 59,8 %, w 2004 r. – 56,4 %) ww. szkół (w tym wyłącznie posiłek jednodaniowy – w 31,2 %), a skorzystało z nich ogółem 1 080 309 dzieci i młodzieży.

W 19,9 % szkół były zorganizowane śniadania dla 139 583 dzieci. Mając na uwadze, że duża liczba dzieci nie ma zapewnionego w domu obiadu, a także nie spożywa przed wyjściem do szkoły śniadania, szkoły dofinansowywały posiłek dla 617 667 uczniów (w 2006 r. – 663 954, w 2005 r. – 657 805). 632 662 uczniów otrzymywało napój w 33,2 % szkół podstawowych i gimnazjów (w 2006 r. – 543 168).

8. Oświetlenie w placówkach nauczania i wychowania

Pomiary sztucznego oświetlenia wykonane w wybranych placówkach przez Państwową Inspekcję Sanitarną wykazały niezgodność z wymogami Polskich Norm w:

- 45,5 % oddziałów w 41,4 % skontrolowanych przedszkoli,
- 49,9 % oddziałów w 56,6 % skontrolowanych szkół podstawowych,
- 33,2 % oddziałów w 55,1 % skontrolowanych gimnazjów,
- 44,9 % oddziałów w 69 % skontrolowanych szkół ponadgimnazjalnych,
- 65,7 % pokoiów w 66,7 % skontrolowanych burs i internatów.

W porównaniu z 2006 r. wzrósł odsetek filii szkół podstawowych, w których odnotowano niewłaściwe oświetlenie miejsc nauki i pobytu uczniów.

9. Ergonomia w placówkach nauczania i wychowania

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

- 24 % oddziałów w 24,2 % przedszkoli,
- 25,9 % oddziałów w 24,4 % szkół podstawowych (w 2006 r. – 28,8 %, w 2005 r. – 31,4 %),
- 9,2 % oddziałów w 10,4 % filii szkół podstawowych (w 2006 r. – 16,1 %, w 2005 r. – 17,9 %),
- 22,8 % oddziałów w 19,1 % gimnazjów (w 2006 r. – 21,2 %, w 2005 r. – 26,1 %),
- 14,3 % oddziałów w 33,3 % filii gimnazjów (w 2006 r. – 87,5 %, w 2005 r. – 40 %),
- 24,2 % oddziałów w 19,8 % szkół ponadgimnazjalnych.

10. Certyfikaty na sprzęt i meble szkolne i przedszkolne

W 2007 roku do 30 września stacje sanitarno-epidemiologiczne w całym kraju objęły nadzorem 27 314 placówek pod kątem oceny wyposażenia i przystosowania dla potrzeb dzieci i młodzieży mebli szkolnych i przedszkolnych. W trakcie

kontroli stwierdzono, że 7145 (26,16 %) placówek nie posiadało certyfikatów na meble szkolne i przedszkolne. Niepokojącym jest fakt, że 27,55 % szkół podstawowych oraz 29,02 % przedszkoli posiada meble bez certyfikatów.

W analizowanym okresie skontrolowano 19 103 szkoły pod kątem spełnienia wymogów w stosunku do urządzeń i sprzętu sportowego. Wyniki kontroli wykazały, że na 15 119 placówek, w których znajdowały się urządzenia i sprzęt sportowy, w 5724 szkołach (29,96 %) nie miał on certyfikatów. Tylko 1840 (9,63 %) placówek posiadało w 100 % sprzęt i urządzenia z certyfikatami; były to najczęściej szkoły funkcjonujące w nowo wybudowanych obiektach. Najwyższy odsetek sprzętu i urządzeń nie posiadających certyfikatów odnotowano w filiach szkół podstawowych (37,37 %) oraz szkołach podstawowych (34,01 %).

Część szkół (33,68 %) pomimo braku sal sportowych posiadała sprzęt gimnastyczny, a zajęcia wychowania fizycznego odbywały się na korytarzach szkolnych lub boiskach.

11. Rozkłady zajęć szkolnych

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

W roku 2006 stwierdzono niezgodność tygodniowego rozkładu lekcji z przepisami prawnymi oraz z zasadami higieny w:

- 25,9 % oddziałów w 30,8 % skontrolowanych szkół podstawowych,
- 27,5 % oddziałów w 32,3 % skontrolowanych filii szkół podstawowych,
- 32,6 % oddziałów w 39,3 % skontrolowanych gimnazjów,
- 31,6 % oddziałów w 50,0 % skontrolowanych filii gimnazjów,
- 33,7 % oddziałów w 35,7 % 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.

12. Substancje i preparaty chemiczne w szkolnych pracowniach chemicznych

Spośród 19 358 skontrolowanych szkół 5367 (27,7 %) posiadało w swoich pracowniach chemicznych substancje i preparaty chemiczne. Ilość posiadanych przez ww. szkoły substancji i preparatów niebezpiecznych wyniosła 64 727,55 kg (w roku ubiegłym 71 715,83 kg), w tym przeterminowanych 18 068,35 kg (w roku ubiegłym 26 287,32 kg, a w 2004 r. – 64 411,72 kg).

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolując szkoły pod kątem posiadanych substancji i preparatów niebezpiecznych zwrócili uwagę na:

- brak aktualnego spisu posiadanych substancji i preparatów niebezpiecznych – odnotowano w 0,71 % szkół (w 2006 r. – 1,6 %),
- brak wymaganych kart charakterystyki substancji i preparatów chemicznych – odnotowano w 1 % szkół (w 2006 r. – 2,4 %),
- brak oznakowania bądź oznakowanie niezgodne z przepisami – odnotowano w 2,07 % szkół (w 2006 r. – 3,4 %),
- przechowywanie substancji i preparatów niebezpiecznych w nie zamkniętych pomieszczeniach – odnotowano w 0,32 % szkół (w 2006 r. – 0,6 %).

Należy zauważyć, iż w wyniku systematycznych kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ostatnich latach znacznie zmniejszyła się ilość posiadanych przez szkoły przeterminowanych substancji i preparatów chemicznych, co jest szczególnie widocznie w porównaniu z rokiem 2004.

W 2007 roku wydano 27 decyzji administracyjnych i nałożono dwa mandaty karne z powodu nieprawidłowości stwierdzonych w omawianym zakresie.

13. Inne placówki oświatowo-wychowawcze

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2007 r. skontrolowali ogółem 4721 innych placówek oświatowo-wychowawczych spośród 5457 będących w ewidencji (81,4 %). Do placówek tych zaliczały się:

- 324 domy dziecka,
- 396 internatów i burs,

- 448 domów studenckich,
- 2842 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),
- 1504 placówki pracy pozaszkolnej (pałace młodzieżowe, domy kultury, międzyszkolne ośrodki sportowe, ogniska pracy pozaszkolnej, ogrody jordanowskie, itp.),
- 454 placówki rekreacyjne (domy wczasów dziecięcych, „zielone szkoły”, schroniska młodzieżowe).

W ww. placówkach przebywało 150 975 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 (2,15 %) oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych z pobytem dziennym i całodobowym (2,12 %).

Placówki w złym stanie technicznym to najczęściej placówki z pobytem dziennym i całodobowym (10,73 %), bursy i internaty (9,62 %), domy dziecka (8,92 %), placówki z pobytem całodobowym (7,39 %) i domy studenckie (6,25 %).

Pozostałe tego typu placówki charakteryzowały się właściwym stanem sanitarno-technicznym.

14. Szkoły wyższe

W 2006 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znalazły się 234 państwowe szkoły wyższe, mieszczące się w 1432 obiektach oraz 254 niepaństwowe szkoły wyższe, mieszczące się w 240 obiektach.

Do uczelni państwowych uczęszczało 684 519 studentów stacjonarnych i 382 317 zaocznych, natomiast w uczelniach niepaństwowych liczba studentów stacjonarnych wynosiła 77 508, a zaocznych – 265 126.

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono, że:

- 0,9 % uczelni państwowych oraz 2,1 % uczelni niepaństwowych znajdowało się w budynkach nieprzystosowanych,

- 5,6 % uczelni państwowych oraz 2,1 % uczelni niepaństwowych znajdowało się w budynkach o złym stanie technicznym,
- 13,1 % szkół wyższych posiadało infrastrukturę do prowadzenia zajęć z wychowania fizycznego.

15. Wypoczynek dzieci i młodzieży

W 2007 r. zakwalifikowano 8525 placówek wypoczynku dzieci i młodzieży (o 29 placówek więcej, niż w roku 2006), w tym 6277 placówek wypoczynku letniego oraz 2248 placówek wypoczynku zimowego. Z różnego rodzaju form wypoczynku skorzystało 759 457 dzieci i młodzieży, w tym 604 964 uczestników skorzystało z wypoczynku letniego, a 154 493 z wypoczynku zimowego.

Wypoczynek dzieci i młodzieży organizowany był zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w różnego rodzaju formach wyjazdowych. Wypoczynek w miejscu zamieszkania organizowany był na bazie szkół, klubów osiedlowych, czy domów kultury. Natomiast formy wyjazdowe wypoczynku, takie jak kolonie oraz obozy, organizowane były na bazie obiektów stałych: szkół, internatów, schronisk młodzieżowych i ośrodków wczasowych.

Pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych kontrolując placówki wypoczynku dla dzieci i młodzieży ocenili warunki pobytu uczestników. Uchybienia w zakresie zaniedbań natury sanitarnej stwierdzono ogółem w 2,4 % placówek.

W 25,9 % placówek wypoczynku w miejscu zamieszkania zorganizowano dzieciom dożywianie.

16. Podsumowanie

W wyniku prowadzonego w 2007 r. nadzoru nad szkołami i innymi placówkami oświatowo-wychowawczymi, a także nad placówkami wypoczynku dzieci i młodzieży, stwierdzono, że sytuacja w zakresie warunków sanitarno-higienicznych w nadzorowanych placówkach nie uległa istotnej zmianie. Stan sanitarno-techniczny większości placówek został oceniony jako właściwy. Podobnie jak w latach ubiegłych, nieprawidłowości najczęściej stwierdzano w przypadku zespołów szkół ponadpodstawowych, gdzie dotyczyły 11,1 % placówek, oraz liceów ogólnokształcących (12 % placówek).

Placówki szkolne i przedszkolne w Polsce są w niewystarczającym stopniu wyposażone w ergonomiczne i bezpieczne meble oraz urządzenia i sprzęt sportowy. Konieczne jest poprawienie warunków nauki w szkołach i placówkach poprzez stworzenie ergonomicznych stanowisk pracy uczniów.

Państwowa Inspekcja Sanitarna nadal będzie prowadzić działalność w zakresie poprawy warunków higieniczno-sanitarnych procesów nauczania i wychowania oraz intensyfikować współdziałanie z organami założycielskimi i kierownictwem nadzorowanych placówek, celem wspierania ich w usuwaniu stwierdzonych nieprawidłowości i w rozwiązywaniu istniejących problemów.

X. Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku

1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2007 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 338 730 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku, w tym:

- **18 092 zakłady produkcji żywności**, w tym: 784 wytwórnie lodów, 2377 automatów do lodów, 25 wytwórni tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi, 6683 piekarnie, 3330 ciastkarni, 859 przetwórni owocowo-warzywnych i grzybowych, 68 browarów i słodowni, 196 wytwórni napojów bezalkoholowych i rozlewni piwa, 141 wytwórni naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych, 537 zakładów garmażeryjnych, 774 zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego, 239 wytwórni makaronów, 430 wytwórni wyrobów cukierniczych, 150 wytwórni koncentratów spożywczych, 50 wytwórni octu, majonezu i musztardy, 65 wytwórni chrupek, chipsów i prażynek, 80 wytwórni suplementów diety, 16 wytwórni środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, 52 wytwórnie substancji dodatkowych, 31 cukrowni oraz 1205 innych wytwórni żywności,
- **191 871 obiektów obrotu żywnością**, w tym: 148 989 sklepów spożywczych (w tym 2554 super i hipermarkety), 22 874 kioski spożywcze, 10 361 magazynów hurtowych, 4287 obiektów ruchomych i tymczasowych oraz 5360 innych obiektów obrotu żywnością,
- **25 788 środków transportu żywności**,
- **66 854 zakłady żywienia zbiorowego otwarte**, w tym m.in.: 41 506 zakładów małej gastronomii,
- **31 113 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego**, w tym: 859 stołówek

pracowniczych, 2057 bufetów przy zakładach pracy, 2085 stołówek w domach wczasowych, 890 bloków żywienia w szpitalach, 279 kuchni niemowlęcych, 233 bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach, 1541 bloków żywienia w domach opieki społecznej, 391 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 8757 stołówek szkolnych, 793 stołówki w bursach i internatach, 2889 stołówek na koloniach, półkoloniach i obozach, 7263 stołówki w przedszkolach, 318 stołówek w domach dziecka i młodzieży, 108 stołówek studenckich, 662 stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych, 166 zakładów usług cateringowych oraz 1822 inne zakłady żywienia,

- **2324 wytwórnie i miejsca obrotu przedmiotami użytku**, w tym m.in.: 587 wytwórni materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
- **2688 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami**, w tym m.in. 272 zakłady produkcji i konfekcjonowania.

W nadzorowanych zakładach przeprowadzono 360 467 kontroli i rekontroli. Wydano 51 905 decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 797 decyzji przerwania działalności, a winnych zaniedbań ukarano 24 151 mandatami, na łączną kwotę 4 239 880 PLN. Stan sanitarny tych obiektów w latach 2001-2007 przedstawia Tabela 10.1.

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 roku 2007 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.

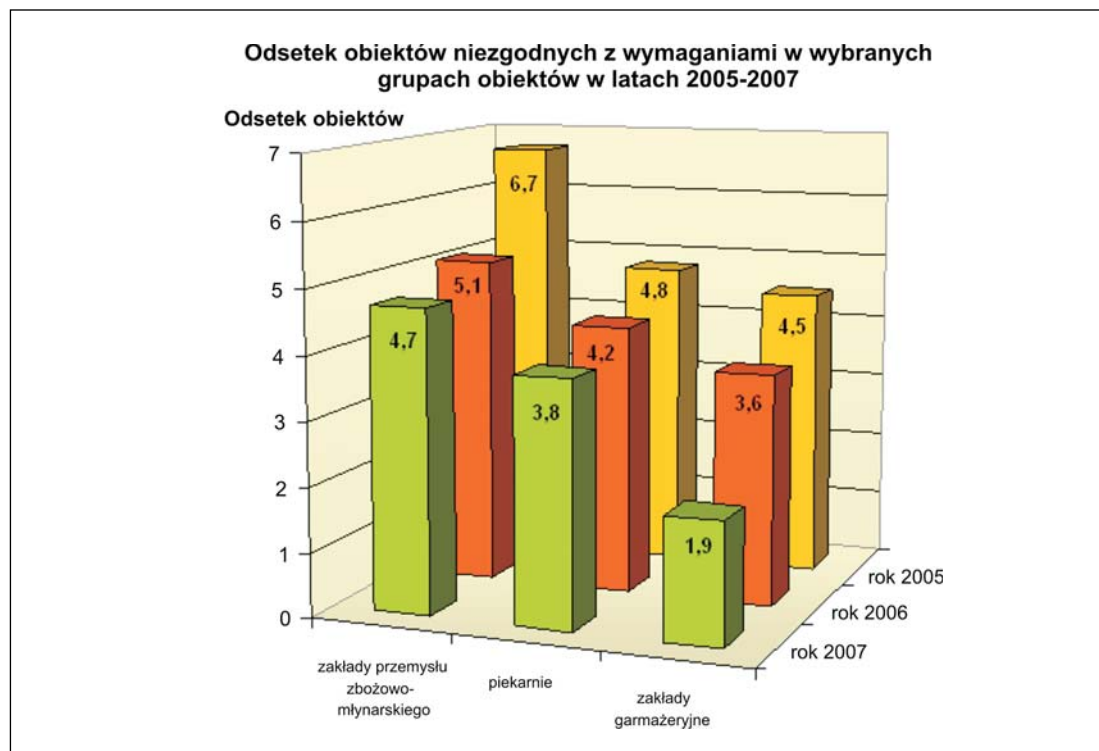
Tabela 10.1. Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2001-2007

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

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 2005-2007 przedstawia Ryc. 10.1.

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 10.2, w której porównano stan sanitarny poszczególnych grup zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz środków transportu żywności w latach 2006-2007, odnotować należy największą poprawę w stosunku do roku 2006 stanu sanitarnego: wytwórni substancji dodatkowych – o 2,1 %, zakładów garmażeryjnych – o 1,7 % oraz wytwórni wyrobów cukierniczych – o 1,2 %. Niepokojące jest jednak nieznaczne pogorszenie w porównaniu do roku 2006 stanu sanitarnego sklepów spożywczych – o 0,2 % oraz kiosków spożywczych – o 0,4 %.



Ryc. 10.1. Odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami w wybranych grupach obiektów w latach 2005 - 2007

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętych skontrolowano 25 785 obiektów. Pomimo poprawy ich stanu sanitarnego w stosunku do roku poprzedniego, niepokoi dyskwalifikacja 213 zakładów, co stanowi 1,0 % obiektów tego typu (w 2006 r. – 1,2 %), w tym m.in. 0,7 % bloków żywienia w szpitalach (w 2006 r. – 2,0 %) oraz 1,1 % stołówek przedszkolnych (w 2006 r. – 1,8 %). W roku 2007 skontrolowano 7390 stołówek szkolnych, z których 83 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 1,3 % (w 2006 r. – 1,3 %). Najczęściej występujące w stołówkach szkolnych uchybienia dotyczyły m.in.: zniszczonego i wyeksploatowanego sprzętu i urządzeń, braku segregacji żywności oraz monitoringu temperatur w urządzeniach chłodniczych, nieprawidłowego oznakowania i pobierania próbek kontrolnych, braku odpowiednich warunków do mycia i dezynfekcji naczyń stołowych i sprzętu kuchennego, braku wydzielonych pomieszczeń do prowadzenia obróbki wstępnej surowców oraz mycia i dezynfekcji jaj, niewystarczającej ilości umywalk do mycia rąk w części produkcyjnej, złego stanu technicznego podłóg, ścian i sufitów, braku opracowanych i wdrożonych zasad GHP i GMP.

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

2. Najczęściej stwierdzane uchybienia

I. W przypadku grup obiektów, których stan sanitarny budzi najwięcej zastrzeżeń, najczęściej występującymi uchybieniami były:

1) Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego (na 567 skontrolowanych, jako niezgodne

z wymaganiami oceniono 23 zakłady, co stanowi 4,7 % ocenionych):

- brak bieżącej, zimnej i ciepłej wody,
- obecność grzyzoni i innych szkodników zbożowo-mącznych,
- brak właściwie urządzonego węzła sanitarnego,
- niewłaściwa wentylacja lub całkowity jej brak.

W tej grupie obiektów większość stanowią młyny gospodarze 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. (spadek o 17,7 %).

2) Piekarnie (na 6410 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 220, co stanowi 3,8 % 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, natomiast w 2007 r. – 6683. 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.

3) Zakłady garmazeryjne (na 514 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 8 zakładów, co stanowi 1,9 % ocenianych):

- nieprawidłowa funkcjonalność pomieszczeń,
- nie zachowana segregacja wyrobów gotowych, półproduktów i surowców w chłodniach,
- brak wydzielonego pomieszczenia lub stanowiska do wychładzania wyrobów gotowych,
- brak wydzielonego pomieszczenia do mycia pojemników transportowych.

W większości są to wytwórnie produkujące szeroki asortyment mącznych wyrobów garmazeryjnych oraz surówek i sałatek na rynek lokalny. Znaczna część obiektów to zakłady rzemieślnicze, działające w pomieszczeniach wymagających modernizacji.

II. W przypadku pozostałych grup obiektów najczęściej występującymi uchybieniami były:

1) Kioski (na 10 611 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 205 obiektów, co stanowi 3,2 % 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.

2) Sklepy spożywcze (na 89 810 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 1902 obiekty, co stanowi 3,1 % ocenianych).

Sklepy spożywcze są najliczniejszą grupą ewidencjonowanych obiektów żywności i żywienia

i stanowią 44,3 % nadzorowanych obiektów. Liczba nadzorowanych sklepów utrzymuje się na podobnym poziomie (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 2554 duże obiekty typu hiper i supermarkety, które stanowią 1,7 % 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 należały:

- 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.

3) Zakłady żywienia zbiorowego otwarte (na 46 326 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 697 obiektów, co stanowi 2,1 % ocenianych):

- zbyt mała powierzchnia, złe wyposażenie przygotowni 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.

4) Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte (na 25 785 skontrolowanych, jako niezgodne z wymaganiami oceniono 213 obiektów, co stanowi 1,0 % ocenianych):

- nieprawidłowe mycie naczyń stołowych, kuchennych i transportowych,
- brak wydzielonej zmywalni naczyń stołowych,

- niewystarczająca ilość urządzeń chłodniczych,
- używanie do produkcji wyeksploatowanych urządzeń oraz zniszczonego sprzętu i naczyń,
- brak przygotowni do obróbki wstępnej surowców (czynności te wykonuje się w kuchni właściwej).

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 180 269 zakładów, co stanowi 53,64 % nadzorowanych obiektów żywności i żywienia. Najwyższy odsetek obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP stwierdzono w województwach: opolskim – 76,99 %, podlaskim – 76,64 % oraz śląskim – 70,33 %.

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

System HACCP wprowadziło 28 759 nadzorowanych obiektów, co stanowi 8,56 % objętych

nadzorem obiektów żywności i żywienia. Najwyższy odsetek obiektów z wdrożonym systemem HACCP stwierdzono w województwach: śląskim (16,40 %), kujawsko-pomorskim (16,05 %) oraz podlaskim (15,07 %).

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, biorąc pod uwagę największą liczbę nadzorowanych obiektów (ok. 44 000, czyli 13,08 % wszystkich obiektów żywności i żywienia nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej), przekłada się na wysokie wskaźniki, zarówno w ujęciu liczbowym, jak i procentowym.

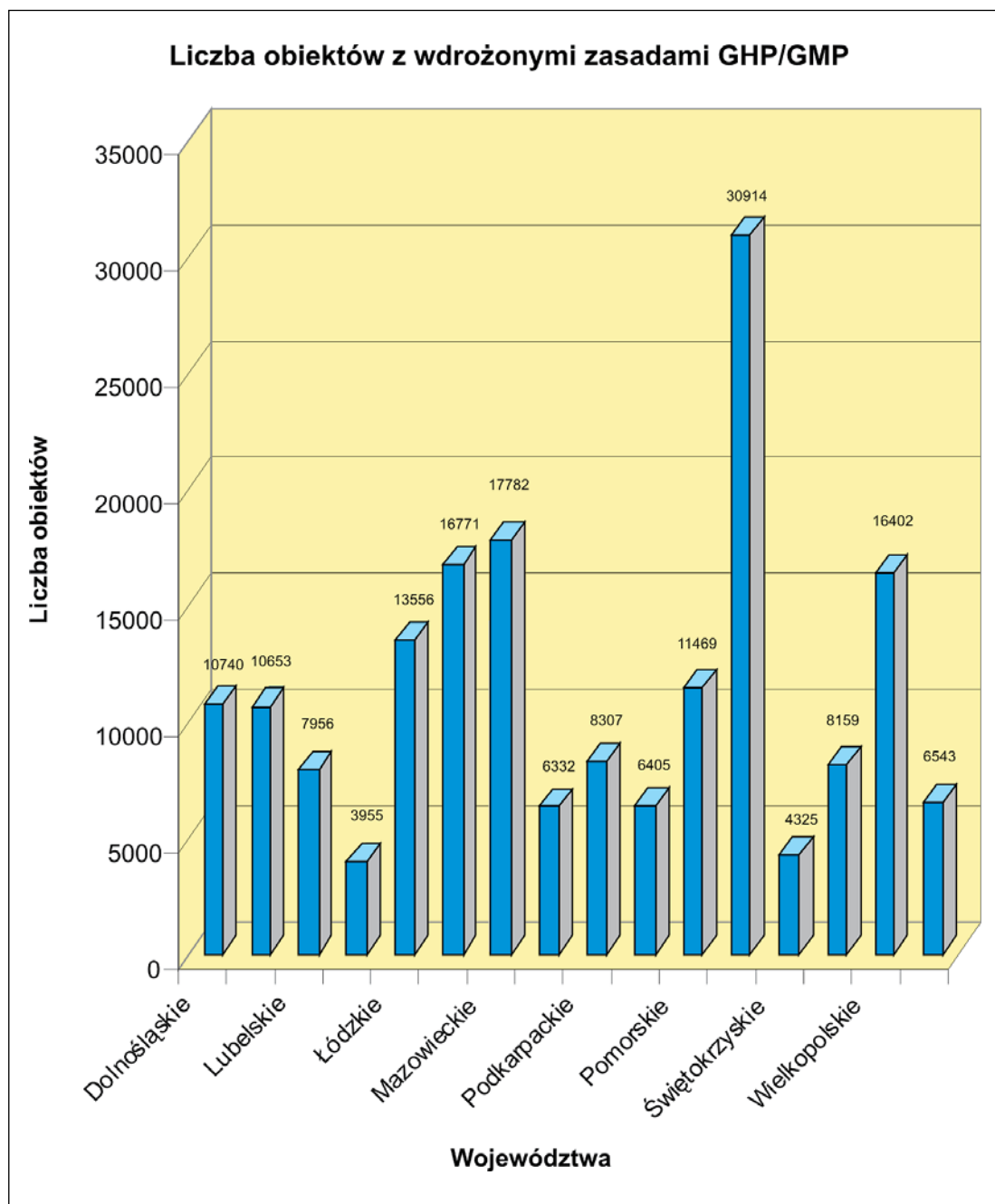
4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2007 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 13 262 środki transportu żywności, spośród których 10 (0,18 %) oceniono jako niezgodne z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi (w 2006 r. – 0,10 %).

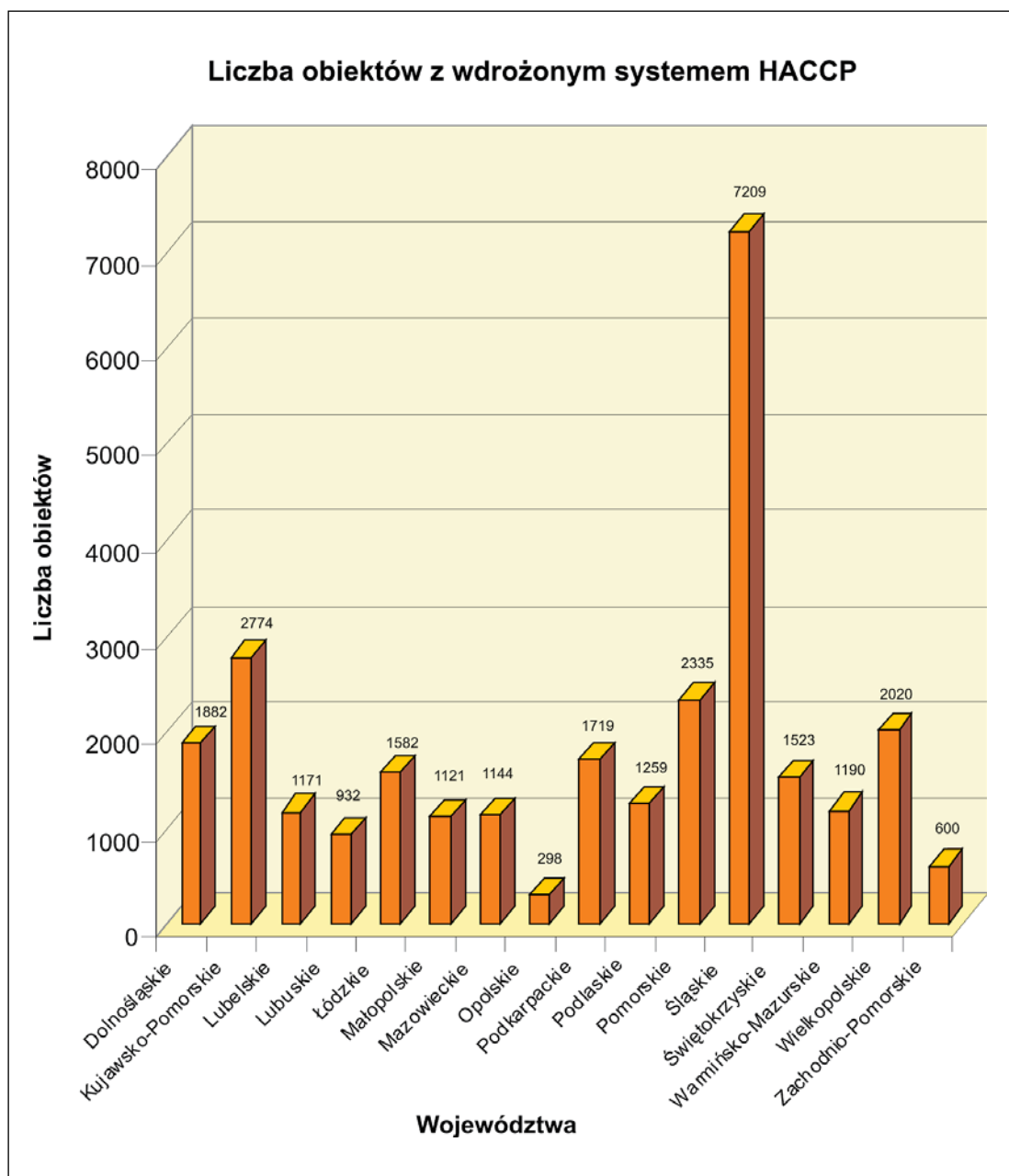
Najczęściej stwierdzane uchybienia sanitarne w środkach transportu żywności dotyczyły:

- 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.



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



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

5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do roku 2006, jak również do lat wcześniejszych, w 2007 r. uległa dalszej poprawie jakość zdrowotna środków spożywczych produkowanych i wprowadzanych do obrotu w kraju. Do 2006 r. pod pojęciem „importowane” mieściły się środki spożywcze produkcji innej niż krajowa. Natomiast od roku 2007 z produktów importowanych wyodrębniono żywność pochodzącą z Unii Europejskiej.

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2001-2007 przedstawia Tabela 10.3.

W 2007 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej działające w zintegrowanym systemie badania żywności zbadały ogółem 99 657 próbek środków spożywczych, z których 3267, tj. 3,3 %, nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2006 r. – 4,0 %).

Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbięciu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej, w oparciu o kryterium odsetka próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2007 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną – w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 10.4. Z ww. danych wynika, że jakość produktów

żywnościowych, które stanowią podstawę żywienia, tj. mięsa, drobiu, jaj, mleka oraz ich przetworów, a także przetworów zbożowo-mącznych, warzyw i owoców jest dość dobra, ponieważ odsetki zdyskwalifikowanych próbek w ww. grupach asortymentowych wahały się na niskim poziomie – od 1,75 % do 3,61 %. Należy również podkreślić niewielki odsetek nieprawidłowych próbek wyrobów garmażeryjnych i kulinarnych – 2,64 %, które przez wiele lat stanowiły istotny problem, ponieważ są częstą przyczyną zatruc pokarmowych.

Największe nieprawidłowości stwierdzono w grupach:

- kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe – zdyskwalifikowano ogółem 17,01 % zbadanych próbek (głównie za obecność zanieczyszczeń biologicznych i fizycznych), w tym 18,59 % próbek z importu i 2,92 % produktów krajowych,
- suplementy diety – 19,47 % zbadanych próbek nie spełniało obowiązujących wymagań (głównie w zakresie znakowania), w tym 21,11 % krajowych, aż 38,17 % pochodzących z UE oraz 6,07 % importowanych z krajów trzecich.

Po przebadaniu octu i nowej żywności nie stwierdzono podstaw do kwestionowania pobranych i zbadanych próbek.

Tabela 10.2. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %
2001	346 034	9,4	233 249	11,2	112 785	5,8		
2002	312 972	8,5	210 823	10,6	102 149	7,4		
2003	205 234	7,5	140 740	8,2	64 494	6,1		
2004	134 390	5,8	107 783	6,1	26 607	4,7		
2005	96 114	5,1	79 412	5,1	16 702	5,2		
2006	92 118	4,0	75 928	3,4	16 190	6,7		
2007	99 657	3,3	83 999	2,8	10 806	7,6	4 852	2,5

5.1. Znakowanie środków spożywczych

Próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2007 r. na 52 027 ocenionych zakwestionowano 967 próbek, co stanowi 1,86 %. Jak wskazano powyżej, najczęściej nieprawidłowości stwierdzono w znakowaniu suplementów diety. Na 859 próbek pobranych do badań, 53 próbki pobrano w wytwórniach tego typu środków spożywczych, z czego zdyskwalifikowano 7, a pozostałe 806 próbek pobrano z obrotu (zdyskwalifikowano – 166). Nieprawidłowo znakowane są głównie suplementy produkowane poza Polską, a importerzy nie dokładają należytych starań w zakresie rzetelnego informowania konsumentów poprzez odpowiednie znakowanie.

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w znakowaniu środków spożywczych były:

- brak daty minimalnej trwałości lub terminu przydatności do spożycia,
- brak określenia nazwy producenta lub jego siedziby (dotyczyło to w szczególności pieczywa, wędlin i niektórych przetworów zbożowych),
- brak etykiety na mięsie mielonym i wędlinach, bądź umieszczanie etykiet w pojemnikach tak, aby nie były one widoczne dla konsumentów,
- etykiety nietrwale przymocowane do opakowań,
- przypisywanie suplementom diety 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 przetworstwem grzybów oraz zatrucia grzybami

W 2007 r., podobnie jak w latach ubiegłych, prowadzono nadzór nad obrotem grzybami i przetworami grzybowymi, w tym przede wszystkim nad targowiskową sprzedażą grzybów świeżych i suszonych. Obrót grzybami i przetworami grzybowymi na targowiskach w większości przypadków prowadzony był prawidłowo. Kontrole przeprowadzono także w sklepach spożywczych, warzywniczych oraz hurtowniach. Szczególnym nadzorem objęte były również

przetwórnice warzywno-grzybowe. W czasie czynności kontrolnych zwracano uwagę, czy oferowane do sprzedaży grzyby posiadały ważne atesty i były prawidłowo oznakowane.

Pod względem stosowania grzybów, szczególnie dziko rosnących, kontrolowano także zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego.

W 2007 r. 65 osób uległo zatruciu grzybami, z czego najwięcej, bo aż 21 przypadków spowodowanych było spożyciem muchomora sromotnikowego, 13 - krowiaka podwiniętego, 7 - piestrzycy kasztanowatej.

W wyniku zatrucia grzybami w 2007 r. odnotowano 3 zgony, w tym 2 po spożyciu muchomora sromotnikowego, a w przypadku 1 osoby nie można było ustalić przynależności gatunkowej grzybów, które spowodowały zatrucie.

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwach: kujawsko-pomorskim – 10, łódzkim – 9 oraz lubelskim – 7. Natomiast w woj. pomorskim nie zgłoszono żadnego zatrucia po spożyciu grzybów.

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2007 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 2007 r. zbadano 584 próbki 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, owoce i warzywa, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Badania zostały przeprowadzone w 3 Laboratoriach Badania Żywności Genetycznie Zmody-

fikowanej działających w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Spośród zbadanych próbek 7 zostało zakwestionowanych ze względu na nieprawidłowe oznakowanie produktów, w których wykryto genetycznie zmodyfikowaną soję Roundup Ready. Żaden z tych produktów nie posiadał odpowiedniego oznakowania na opakowaniu, pomimo zawartości GMO powyżej 0,9 %.

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. Produktami, w których wykryto soję genetycznie zmodyfikowaną były:

- wafle o smaku kakaowym oblane białą czekoladą (1 próbka),
- ciasteczka z kremem o smaku czekoladowym (1 próbka),
- mielone kotlety sojowe z koperkiem (2 próbki),
- królewskie wafle tortowe (1 próbka),
- mielonka z indyka (1 próbka),
- krem karpatka (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 z dnia 6 listopada 2006 r.) próbkach produktów ryżowych nie stwierdzono genetycznie zmodyfikowanego materiału.

5.4. 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 2007 Krajowy Punkt Kontaktowy otrzymał 361 powiadomień o niebezpiecznych

produktach żywnościowych i paszach (w roku 2006 – 286, w 2005 r. – 229, w 2004 r. – 179, w 2003 r. – 118 powiadomień), w tym:

- 257 powiadomień dotyczących niezgodności wykrytych podczas kontroli urzędowej (w 2006 r. wpłynęło 193 powiadomień, w 2005 r. – 102, w 2004 r. – 137, w 2003 r. – 94),
- 104 powiadomienia z Komisji Europejskiej dotyczące produktów pochodzących z Polski (w 2006 r. wpłynęły 93 powiadomienia, w 2005 r. – 87, w 2004 r. – 42, w 2003 r. – 13).

Do najczęściej występujących rodzajów zagrożeń zgłoszonych do systemu RASFF w 2007 roku należały chemiczne zanieczyszczenia żywności (149 zgłoszeń – z kraju 96, zaś z KE – 53).

5.4.1. Powiadomienia krajowe

W 2007 r. najczęściej występującym zagrożeniem w zakresie chemicznych zanieczyszczeń żywności, zgłaszanym w ramach RASFF, było zgłoszenie 24 przypadków przekroczenia poziomu mikotoksyn, z czego 18 przypadków aflatoksyn (większość dotyczyła orzeszków, daktyli, fig, pistacji, masła orzechowego, chili w proszku) oraz 4 przypadków ochratoksyny A i 2 przypadków stwierdzenia deoksyniwalenolu – DON. W produktach rybnych w 10 przypadkach stwierdzono przekroczenie poziomu dodanych polifosforanów – z czego większość stanowiły przypadki odrzucenia na granicy produktów pochodzących z Chin. Także w 10 przypadkach stwierdzono obecność dwutlenku siarki i siarczynów – zarówno ponadnormatywną zawartość, jak i obecność tych związków w produktach, do których zakazane jest stosowanie tego środka.

Ponadto w ramach funkcjonowania systemu zgłoszono 14 przypadków przekroczenia dopuszczalnych limitów metali szkodliwych dla zdrowia oraz migrację specyficzną formaldehydu – w 6 przypadkach.

Obecność barwników Sudan I-IV, które nie są dopuszczone do stosowania w produktach spożywczych stwierdzono w 2 przypadkach. W zakresie ww. barwników powiadomienia dotyczyły chili i curry importowanych z Indii.

Spośród **zagrożeń mikrobiologicznych**, które stwierdzono w 63 powiadomieniach (z kraju – 42, z KE – 21), ok. 50 % powiadomień kra-

jowych dotyczyło obecności Salmonelli, głównie w importowanej śrucie sojowej/słonecznikowej (14), produktach pochodzenia zwierzęcego (5), makaronie (2), imbirze (1). Przesyłano również powiadomienia dot. nadmiernego zanieczyszczenia *Pseudomonas aeruginosa* (4), głównie w wodzie oraz bakterią *Listeria monocytogenes* (3) w rybie i produktach mięsnych przetworzonych. Natomiast zmiany organoleptyczne stwierdzono w 26 przypadkach, w większości spowodowane żerowaniem szkodników, a także zanieczyszczeniem ich ekskrementami (w ziarnach słonecznika, gorczyca, orzechach, morelach suszonych, migdałach, serze).

Krajowy Punkt Kontaktowy otrzymał również informację o przypadku wykrycia antybiotyku w ćwierćtuszkach wołowych.

W zakresie obecności pestycydów w żywności zgłoszonych zostało 21 przypadków, z czego 75 % stanowiło przekroczenie najwyższego dopuszczalnego poziomu (NDP) karbendazymu w pieczarkach uprawnych. NDP dot. sumy karbendazymu i benomylu stwierdzono w 6 przypadkach, zaś w 3 przypadkach sam benomyl. Ponadto wpłynęło również powiadomienie dotyczące usiłowania wprowadzenia na rynek unijny produktów pochodzenia zwierzęcego (żelatyna) wytworzonych przez firmy nie zatwierdzone do wprowadzania swoich produktów na rynek UE.

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

Spośród 257 powiadomień przesłanych przez krajową sieć powiadamiania do Komisji Europejskiej wysłano 122 powiadomienia.

5. 4. 2. Powiadomienia przesłane przez Komisję Europejską

Spośród 104 powiadomień przesłanych przez KE dotyczących żywności produkowanej lub importowanej do Polski, 21 dotyczyło produktów zanieczyszczonych mikrobiologicznie. Były to przeważnie produkty wyprodukowane w zakładach nadzorowanych przez Inspekcję Wete-

rynaryjną. Większość stanowiły zanieczyszczenia bakteriami Salmonella (11) różnych asortymentów mięs chłodzonych lub mrożonych.

Listeria monocytogenes obecna była w 4 produktach. Natomiast jedno powiadomienie związane było ze stwierdzeniem zanieczyszczenia kurczaków bakteriami *Campylobacter*.

Przedmiotem powiadomień były również środki spożywcze, w których stwierdzono obecność niezadeklarowanego na opakowaniu białka mleka w czekoladach ekologicznych.

Komisja Europejska przesłała ponadto 2 powiadomienia odnośnie nieautoryzowanej substancji w suplementach diety. KE poinformowała także o 11 przypadkach stwierdzenia dioksyn, które w większości zostały wykryte w wątróbkach z dorsza. W pięciu przypadkach KE przesłała powiadomienia dot. stwierdzenia zawyżonej zawartości aflatoksyn w żywności (imbir, chili, figi suszone, ryż długozłazny). Ponadto 5 powiadomień dotyczyło wykrycia obecności benzo(a)pirenu w oleju z pestek dyni, wątróbkach z dorsza w oleju, w suplementach diety i anchois.

Pięć powiadomień dotyczyło stwierdzenia barwników w drażetkach ryżowych, wacie cukrowej, lizakach piankowych. Ponadto również w 5 przypadkach stwierdzono za wysoki poziom ochratoksyny A w kawie rozpuszczalnej i aflatoksyn w figach suszonych, ryżu i chili w proszku.

W 7 przypadkach stwierdzono za wysoki poziom kwasu benzoowego głównie w kiszonkach – ogórkach i kapuście, marmoladzie wieloowocowej, ketchupie łagodnym i ostrym oraz stwierdzono brak na opakowaniu deklaracji o potencjalnej obecności orzeszków ziemnych/migdałów (ciasteczka w polewie czekoladowej, czekolady oraz kakao).

Wystąpiło również 5 przypadków zagrożeń fizycznych, ze względu na obecność ciał obcych, fragmentów kości zwierząt lądowych w mące rybnej oraz obecność szkła w bułkach kajzerkach i marynowanych śledziach.

Ponadto stwierdzono 1 przypadek migracji formaldehydu z wyrobów i materiałów do kontaktu z żywnością pochodzących z Polski oraz 4 przypadki migracji substancji chemicznych z wyrobów i materiałów do kontaktu z żywnością pochodzących z Chin.

Spośród środków importowanych, zakwestionowanych w wyniku granicznej kontroli sanitarnej, powiadomienie zostało przesłane w 104

przypadkach. Największą grupę (19) stanowiły przekroczenia dopuszczalnej zawartości aflatoksyn w orzechach ziemnych, daktylach i figach. Produkty te były zwracane do producenta bądź utylizowane.

W zakresie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, zarówno 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 2007 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 4,78 % próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, w tym produkcji krajowej – 2,79 %, z Unii Europejskiej – 1,01 % oraz z importu – 8,60 %.

Odsetek kosmetyków produkcji krajowej nie spełniających wymagań jakości zdrowotnej wynosił 0,43 % (w 2006 r. – 1,3 %). Kosmetyków wyprodukowanych w UE oraz importowanych z krajów trzecich 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 2007 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały ok. 100 powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów.

Po przeprowadzeniu stosownego postępowania wyjaśniającego w stosunku do ww. powiadomień stwierdzono, że większość notyfikowanych

kosmetyków nie została zgłoszona do Krajowego Systemu Informowania o Kosmetykach, zatem nie powinna znajdować się w obrocie na terenie Polski. Fakt, że kosmetyki te nie znalazły się na rynku polskim został potwierdzony przez państwowych inspektorów sanitarnych.

W pojedynczych przypadkach dot. kosmetyków zgłoszonych do KSIoK poinformowani zostali właściwi państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni. Podjęte zostały działania ustalające listy dystrybucji kwestionowanych wyrobów. W przypadku stwierdzenia tych wyrobów w obrocie podlegały one zabezpieczeniu.

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w roku 2007 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.

Z uwwagi na fakt, że nie istnieją przepisy prawne 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 itp.

Oceny sposobu żywienia dokonywane przez przedstawicieli powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych 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 jednostek organizacyjnych.

Należy podkreślić, że wzrasta liczba obiektów korzystających z usług cateringowych. W 2007 r. 166 nadzorowanych zakładów usług cateringowych prowadziło żywienie w 2541 obiektach, w tym: w 337 szpitalach, 20 sanatoriach, 206 domach opieki społecznej, 1630 szkołach oraz 348 przedszkolach.

W 2007 r. oceniono sposób żywienia w 5099 zakładach żywienia zbiorowego stwierdzając następujące nieprawidłowości:

- wady jadalospisów i racji pokarmowych – w 20,2 % próbek zbadanych teoretycznie (w 2006 r. – 20,0 %),
- niewłaściwą wartość energetyczną oraz składniki pokarmowe, co stwierdzono w 55,6 % próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2006 r. – 58,3 %), w tym w odniesieniu do wartości energetycznej – w 36,1 % próbek (w 2006 r. – 41,8 %).

Najczęściej stwierdzanymi 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 słodyczy, 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 2007 utrzymał się na niskim poziomie roku 2006, tj. 2,3 %. Poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji żywności osiągana jest poprzez modernizację obiektów oraz przez wprowadzanie systemów zapewnienia jakości. Systematycznie poprawia się jakość zdrowotna środków spożywczych produkcji krajowej.

W celu zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności w dalszym ciągu będzie kontynuowany nadzór sanitarny szczególnie w zakresie:

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

Tabela 10.3. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w latach 2006- 2007

L.p.	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2006	2007	
1.	Wytwórnie lodów	0,8	0,3	- 0,5
2.	Automaty do lodów	1,4	1,0	- 0,4
3.	Wytwórnie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	-	-
4.	Piekarnie	4,2	3,8	- 0,4
5.	Ciastkarnie	2,6	2,0	- 0,6
6.	Przetwórnie owocowo - warzywne i grzybowe	1,4	0,5	- 0,9
7.	Browary i słodownie	-	-	-
8.	Wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	2,3	1,2	- 1,1
9.	Wytwórnie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	*	-	-
10.	Zakłady garmażeryjne	3,6	1,9	- 1,7
11.	Zakłady przemysłu zbożowo - młynarskiego	5,1	4,7	- 0,4
12.	Wytwórnie makaronów	1,2	0,5	- 0,7
13.	Wytwórnie wyrobów cukierniczych	2,4	1,2	- 1,2
14.	Wytwórnie koncentratów spożywczych	0,9	0,8	- 0,1
15.	Wytwórnie octu, majonezu i musztardy	-	-	-
16.	Wytwórnie chrupek, chipsów i prażynek	*	-	-
17.	Wytwórnie suplementów diety	*	-	-
18.	Wytwórnie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	*	-	-
19.	Wytwórnie substancji dodatkowych	2,1	-	- 2,1
20.	Cukrownie	*	-	-
21.	Inne wytwórnie żywności	1,1	0,7	- 0,4
22.	Sklepy spożywcze	2,9	3,1	+ 0,2
23.	Kioski spożywcze	2,8	3,2	+ 0,4
24.	Magazyny hurtowe	2,1	1,7	- 0,4
25.	Obiekty ruchome i tymczasowe	*	2,7	-
26.	Środki transportu	0,1	0,2	+ 0,1
27.	Inne obiekty obrotu żywnością	2,0	3,5	+ 1,5
28.	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	2,1	2,1	-
29.	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1,2	1,0	- 0,2
30.	Razem (obiekty żywności i żywienia)	2,4	2,4	-
31.	Wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	0,3	1,1	+ 0,8
32.	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	0,4	+ 0,4
33.	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	1,6	0,2	- 1,4
OGÓŁEM – obiekty objęte nadzorem		2,3	2,3	-

- brak przypadków, * - nie zbierano danych

Tabela 10.4. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2007 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek			
		Ogółem	w tym:		
			krajowych	UE	z importu
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	1,75	1,82	0,40	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	3,55	3,57	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	1,49	1,28	2,04	4,31
4.	Mleko i przetwory mleczne	3,61	3,69	1,29	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,96	2,42	1,22	8,65
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	2,04	2,00	1,84	7,63
7.	Cukier i inne	3,35	4,25	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	1,57	1,75	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	4,56	8,83	7,89	3,70
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,92	2,34	0,48	0,28
11.	Owoce	2,38	2,21	1,97	2,76
12.	Grzyby	5,91	5,91	25,00	-
13.	Drożdże	-	-	-	-
14.	Napoje alkoholowe	1,19	2,45	-	-
15.	Ocet	-	-	-	-
16.	Wody mineralne	3,77	3,81	5,36	-
17.	Tłuszcze roślinne	0,49	0,52	-	-
18.	Ziarna roślin oleistych	5,98	47,06	25,00	3,88
19.	Koncentraty spożywcze	1,28	0,77	4,00	5,88
20.	Majonezy musztardy sosy	1,55	1,60	-	1,90
21.	Zioła, przyprawy	1,35	0,70	1,11	1,98
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	17,01	2,92	-	18,59
23.	Wyroby garmażeryjne i kulinarne	2,64	2,59	8,22	-
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	1,09	0,96	1,35	2,56
25.	Nowa żywność	-	-	-	-
26.	Suplementy diety	19,47	21,11	38,17	6,07
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	0,50	0,93	-	-
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	5,62	5,64	-	-
29.	Inne środki spożywcze	2,17	3,35	-	-
30.	Razem środki spożywcze	3,28			
31.	Środki spożywcze krajowe		2,77		
32.	Środki spożywcze UE			2,54	
33.	Środki spożywcze z importu				7,60

Tabela 10.5. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2007 r.

GATUNEK GRZYBÓW	Miesiące												Liczba			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Ognisk	Zachorowań	Osób hospitalizowanych	Zgonów
• ZATRUCIA CYTOTROPOWE																
Muchomor sromotnikowy						6			11	4			16	21	21	2
Piestrzycia kasztanowata				6	1								3	7	7	
• ZATRUCIA NEUROTROPOWE																
Krowiak podwinięty						2	1	6	2	1	1	11	13			
Muchomor plamisty							2	1				2	3	3		
Muchomor czerwony										1		1	1	1	1	
O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM																
Gąska										2			1	2	2	
Mleczaj							1						1	1		
Pieczarka żółtawa							1						1	1	1	
Maślanka										2			1	2	2	
• O DZIAŁANIU HALUCYNOGENNYM																
Lysieczka lancetowata											1		1	1	1	
• ZATRUCIA NIESWOISTE						2		6		1			8	9	9	
ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI								1	3			4	4	4	3	1
RAZEM				6	1	10	5	25	14	2	2	50	65	63	63	3

Tabela 10.6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2007 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek			
		Ogółem	w tym:		
			krajowych	UE	z importu
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	5,54	2,95	2,17	13,73
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	4,06	2,58	-	6,05
3.	Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	4,78	2,79	1,01	8,60
4.	Kosmetyki	0,43	0,46	-	-

XI. Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia

1. Wprowadzenie

Działania podejmowane w 2007 roku przez pion oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wynikały z założeń krajowych, wojewódzkich i powiatowych programów oraz z sytuacji epidemiologicznej w całym kraju.

W 2007 roku w Państwowej Inspekcji Sanitarnej zatrudnionych było 636 specjalistów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia (487 pracowników posiadało wykształcenie wyższe, głównie pedagogiczne, medyczne, socjologiczne i biologiczne, co stanowiło 76,5 % ogółu zatrudnionych w tym pionie). Do ich zadań należało inicjowanie i koordynowanie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia w szerokiej współpracy środowiskowej.

Tematyka działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia dotyczyła:

- profilaktyki palenia tytoniu,
- promowania zdrowego stylu życia, w tym zbilansowanej diety i aktywności fizycznej,
- profilaktyki schorzeń układu oddechowego,
- profilaktyki HIV/AIDS,
- profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia,
- pierwotnej profilaktyki wad cewy nerwowej,
- profilaktyki nowotworów,
- profilaktyki cukrzycy,
- zapobiegania zatruciom pokarmowym, w tym profilaktyki zatruc grzybami,
- zapobiegania wypadkom, ze szczególnym uwzględnieniem wypadków drogowych.

Programy i akcje prozdrowotne inicjowane i przeprowadzane przez Państwową Inspekcję Sanitarną skierowane były do:

- rodziców i opiekunów dzieci,
- dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym,
- młodzieży gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych,

- studentów,
- nauczycieli, wychowawców i pedagogów szkolnych,
- kobiet w wieku rozrodczym,
- pacjentów zakładów opieki zdrowotnej,
- konsumentów produktów spożywczych,
- pracowników ochrony zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz pielęgniarek środowiska szkolnego),
- strażników miejskich, strażaków, policjantów, żołnierzy, pracowników służby więziennej.

2. Realizacja zagadnień problemowych

W 2007 roku realizowano programy o zasięgu krajowym inicjowane przez Główny Inspektorat Sanitarny, dotyczące rozwiązywania następujących problemów zdrowotnych:

2.1. Profilaktyka chorób odtytoniowych

Ograniczenie palenia tytoniu stanowi w ostatnich latach jedno z głównych zadań w zakresie poprawy i umacniania zdrowia Polaków. Realizowane jest w ramach dwóch dużych programów zdrowotnych: „Narodowego Programu Zdrowia” oraz „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce”.

Od roku 2007, decyzją Ministra Zdrowia, koordynację „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce” przejął Główny Inspektor Sanitarny. W strukturze Głównego Inspektoratu Sanitarnego tworzony jest Wydział Profilaktyki Palenia Tytoniu, którego główne zadanie stanowi koordynowanie i nadzorowanie zadań wynikających z założeń Krajowego Programu w oparciu o przepisy prawa, zmieniające się potrzeby społeczne oraz możliwości finansowe resortu zdrowia.

Główne zadania realizowane w 2007 roku to:

- organizowanie masowych ogólnokrajowych kampanii interwencyjnych z okazji Światowego Dnia bez Tytoniu – 31 maja oraz Światowego Dnia Rzucania Palenia – trzeci czwartek listopada – pod auspicjami Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz Światowej Organizacji Zdrowia, z naciskiem na działania w środowiskach lokalnych: marsze, happeningi i inne imprezy plenerowe koordynowane przez pracowników pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- organizowanie akcji edukacyjno-interwencyjnych dla społeczności lokalnych z udziałem zakładów opieki zdrowotnej, szkół, organów administracji samorządowej, organizacji pozarządowych i innych, w tym realizacja autorskich projektów pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych. Główny Inspektorat Sanitarny nawiązał także współpracę ze studentkim Stowarzyszeniem MANKO realizującym społeczną kampanię „Lokal bez papierosa”,
- opracowanie projektów, wydanie i dystrybucja materiałów edukacyjnych – wznowiony został najpopularniejszy polski plakat zdrowotny autorstwa Andrzeja Pągowskiego oraz wydano trzy kolejne plakaty adresowane do młodzieży, przeznaczone do przeprowadzania kolejnych kampanii społecznych. W ww. materiały wyposażono stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz umożliwiono ich dystrybucję dla wszystkich zainteresowanych instytucji, firm i organizacji w całym kraju,
- przygotowanie liderów lokalnych działań na rzecz środowiska (szkolnego, domowego, zawodowego) wolnego od dymu tytoniowego – Główny Inspektorat Sanitarny i stacje sanitarno-epidemiologiczne organizowały ogólnopolskie szkolenia dla pracowników pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przedstawicieli władz samorządowych, mediów, szkół, celem przygotowania merytorycznego i metodycznego do przeprowadzenia kampanii antytytoniowej oraz budowania lokalnych koalicji na rzecz zdrowia.

W związku z szerokim zakresem zadań i koniecznością wielokierunkowej współpracy na poziomie krajowym, Prezes Rady Ministrów, zarządzeniem nr 3 z dnia 12.01.2004 r. powo-

łał Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny, w skład którego wchodzi przedstawiciele właściwych ministerstw i innych instytucji zaangażowanych w prace nad poprawą zdrowia w Polsce w zakresie profilaktyki palenia tytoniu. W dniu 31.10.2007 r. pod przewodnictwem Głównego Inspektora Sanitarnego wznowiono obrady powyższego gremium, celem regularnej współpracy w zakresie wypracowania celów, kierunków i standardów działania.

2.2. Profilaktyka nadwagi i otyłości

Główny Inspektorat Sanitarny, we współpracy ze Stowarzyszeniem „Polska Federacja Producentów Żywności”, rozpoczął realizację ogólnopolskiego programu edukacyjnego pt. „Trzymaj Formę!”. W roku szkolnym 2006/07 program realizowano w 4331 szkołach podstawowych i gimnazjach. Działaniami programowymi objęto 622 068 uczniów klas V-VI szkół podstawowych i I-III gimnazjów oraz ich rodziców i opiekunów. Współrealizatorami programu na poziomie krajowym są: Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu oraz Instytut Żywności i Żywienia.

Głównym celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Program promuje zdrowy styl życia, zachęca do refleksji nad stylem własnego życia oraz daje możliwość zmiany i poprawy zachowań w kierunku pożądanym dla zdrowia.

Program realizowany jest według jednolitych 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 najciekawsze sposoby propagowania zasad zdrowego stylu życia zarówno w szkole, jak i w rodzinie (festyny, zawody sportowe, imprezy plenerowe).

Podczas realizacji I edycji programu zaobserwowano zwiększenie zainteresowania młodzieży

jakością odżywiania i zwiększenie aktywności fizycznej. Dzięki realizacji zadań programowych uczniowie i nauczyciele zdobyli umiejętność planowania posiłków, zdrowego odżywiania, czynnego odpoczynku. Szkoły przeprowadzały różnorakie zajęcia, a także podejmowały działania siedliskowe, tj. prezentowanie ww. zadań na terenie wielu miast i mniejszych miejscowości. W większości przypadków były to zajęcia aktywizujące społeczność – gry, zabawy, rajdy, różnego rodzaju konkursy i inne imprezy masowe.

2.3. Profilaktyka próchnicy zębów

W 2007 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła 11 edycję programu edukacyjnego (rozpoczęcie realizacji nastąpiło w 1996 roku). Adresatami programu są uczniowie klas II szkół podstawowych w całym kraju.

Celem programu jest:

- zapobieganie próchnicy zębów i przyzębia wśród dzieci,
- kształtowanie u dzieci odpowiedzialności za zdrowie poprzez edukację w zakresie higieny jamy ustnej,
- zachęcanie rodziców do współdziałania z dziećmi na rzecz prawidłowej higieny jamy ustnej.

Głównym zadaniem tego programu jest nauczanie dzieci odpowiedzialności i umiejętności dbania o zdrowie jamy ustnej. Program realizowany jest systematycznie od 11 lat, a wyniki przeprowadzonych badań świadczą o jego wysokiej efektywności. Szkoły biorące udział w programie otrzymują specjalnie przygotowane pakiety, zawierające materiały wydawnicze i pomoce dydaktyczne, ułatwiające sprawniejsze przeprowadzenie zajęć z dziećmi. Uczniowie otrzymują próbki pasty i szczoteczki do zębów, które wykorzystują w trakcie ćwiczeń w zakresie prawidłowej techniki szczotkowania zębów. W roku szkolnym 2006/07 oddziaływaniami programowymi nauczyciele i pielęgniarki szkolne objęli 393 512 uczniów, a ponadto także ich rodziców i opiekunów.

2.4. Profilaktyka astmy oskrzelowej

W roku szkolnym 2006/2007 Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała na terenie 13 województw IV edycję programu edukacyjnego

pt. „Wolność Oddechu – Zapobiegaj Astmie”. W roku szkolnym 2007/2008 program będzie już realizowany na terenie całego kraju.

Głównym celem programu jest uświadomienie rodzicom i opiekunom dzieci znaczenia wczesnej profilaktyki astmy oraz stworzenie dzieciom zagrożonym chorobą możliwości optymalnej jakości życia.

Program realizowano zgodnie z założeniami w 1293 szkołach podstawowych, odbiorcami było 125 776 uczniów klas I-III oraz ich rodzice i opiekunowie.

Dzięki dobremu przygotowaniu merytorycznemu koordynatorów powiatowych i szkolnych do realizacji programu, cieszył się on dużym zainteresowaniem środowiska szkolnego. Materiały edukacyjne zostały opracowane z uwzględnieniem zróżnicowanych grup odbiorców i stanowiły cenną pomoc podczas realizacji programu (szczególnie dużym zainteresowaniem uczniów cieszyły się kolorowanki, natomiast rodzice za najatrakcyjniejszą formę edukacyjną uznali film, który w przystępny sposób przedstawiał najważniejsze zagadnienia dotyczące astmy). Program uznany został za bardzo potrzebny, ponieważ nie tylko dostarcza informacji na istotny dla rodziców i opiekunów temat, ale również pozytywnie oddziałuje na uczniów, ucząc tolerancji i akceptacji chorych rówieśników.

2.5. Zapobieganie chorobom zakaźnym – „Profilaktyka HIV/AIDS”

Corocznie pracownicy pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wszystkich wojewódzkich oraz powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych włączają się w realizację Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV, którego koordynatorem krajowym jest Krajowe Centrum ds. AIDS.

W roku 2007 roku ogólnopolska kampania z zakresu profilaktyki HIV/AIDS realizowana była pod hasłem „W życiu jak w tańcu, każdy krok ma znaczenie”.

Celem kampanii było zmobilizowanie ludzi do przyjęcia odpowiedzialnej postawy wobec siebie, swojego partnera i swoich dzieci poprzez stworzenie związków partnerskich, w których rozmawia się o przeszłości i unika ryzykownych zachowań seksualnych.

Działania podejmowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną w ramach profilaktyki HIV/AIDS w szerokiej współpracy środowiskowej na terenie całego kraju obejmowały m.in.:

- imprezy środowiskowe, w tym happeningi dotyczące solidarności z zakażonymi HIV i chorymi na AIDS oraz pamięci zmarłych na AIDS,
- stoiska informacyjno-edukacyjne w szkołach i na wyższych uczelniach,
- punkty informacyjno-konsultacyjne w jednostkach organizacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz w miejscach dużego natężenia ruchu ludzi (m.in. centra handlowe, kina, itp.),
- konferencje prasowe,
- konferencje z okazji Światowego Dnia AIDS (1 grudnia 2007 r.),
- emisje filmów edukacyjnych,
- emisje spotów edukacyjnych w kinach i radiach,
- przeglądy i wystawienia sztuk teatralnych,
- akcje informacyjne w dyskotekach, klubach, pubach itp. miejscach przebywania młodych ludzi (wydrukowanie podkładek pod piwo, ulotek, plakatów, zawieszek informacyjnych na kłamki w toaletach),
- akcje informacyjne w tramwajach, autobusach i pociągach regionalnych,
- akcje informacyjne w trakcie spotkań w poradniach przedmażeńskich,
- wystawy prac młodzieży, ekspozycje plakatów okolicznościowych,
- szkolenie personelu medycznego, pedagogicznego, liderów młodzieżowych,
- zajęcia warsztatowe z zakresu profilaktyki HIV/AIDS w szkołach, na uczelniach wyższych,
- informacje na stronach internetowych Państwowej Inspekcji Sanitarnej i partnerów kampanii w województwach.

2.6. Pierwotna profilaktyka wad cewy nerwowej

Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej zainicjowany został w 1997 roku przez Ministerstwo Zdrowia, a od 1999 roku koordynowany jest na poziomie krajowym przez Główny Inspektorat Sanitarny we współdziałaniu

z Instytutem Matki i Dziecka. W całym kraju stacje sanitarno-epidemiologiczne we współpracy ze szkołami i zakładami opieki zdrowotnej – poradniami dla kobiet, parafialnymi poradniami rodzinnymi, docierają z edukacją do kobiet w wieku rozrodczym. Głównym celem programu jest dostarczanie wiedzy młodym kobietom planującym potomstwo na temat potrzeby zażywania kwasu foliowego w dawce profilaktycznej, w celu uzupełnienia niedoboru tej witaminy w pożywieniu.

Celem działań edukacyjnych podejmowanych w różnych środowiskach i grupach kobiet jest:

- upowszechnienie potrzeby codziennego przyjmowania kwasu foliowego,
- skorygowanie nawyków żywieniowych pod kątem zwiększenia w diecie witamin z grupy B.

Program w roku szkolnym 2006/2007 był realizowany w 2083 szkołach ponadgimnazjalnych, 514 gimnazjach oraz w 870 innych placówkach szkolno-wychowawczych (szkoły policealne, uczelnie wyższe), zakładach opieki zdrowotnej (poradnie „K”, szpitale, gabinety ginekologiczno-położnicze, szkoły rodzenia) i parafiach rzymsko-katolickich w całym kraju, a oddziaływaniami edukacyjnymi objął 1 069 672 osób.

2.7. Profilaktyka chorób nowotworowych u kobiet

Działaniami edukacyjnymi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych w roku szkolnym 2006/2007 objęto 408 000 osób, głównie uczniów gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych oraz ich rodziców, opiekunów, a także nauczycieli i innych pracowników placówek oświatowo-wychowawczych. Realizowano przeważnie zajęcia z zakresu profilaktyki raka piersi, wykorzystując zapasy materiałów dydaktycznych pozostałych po realizowanym w latach poprzednich programie pt. „Różowa Wstążeczka”.

W ramach profilaktyki nowotworowej Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadzała również inne lokalne przedsięwzięcia, np. ogólnodostępne narady, prelekcje, instruktaże informacyjno-edukacyjne we współpracy z różnymi partnerami, przede wszystkim władzami lokalnymi i fachowym personelem medycznym.

3. Realizacja akcji i kampanii prozdrowotnych

3.1. Światowy Dzień Zdrowia – ogłoszony przez WHO

Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce w roku 2007 po raz kolejny zaangażowała się w zorganizowanie i przeprowadzenie obchodów Światowego Dnia Zdrowia w dniu 7 kwietnia 2007 roku, które przebiegały pod hasłem „Inwestujemy w zdrowie, budujemy lepszą przyszłość”.

Przesłanie Światowego Dnia Zdrowia dotyczyło bezpieczeństwa zdrowotnego. Celem przewodnim światowych obchodów było nakłonienie rządów, organizacji oraz świata biznesu do „inwestowania w zdrowie i budowania lepszej przyszłości”. Hasło kampanii zwracało uwagę na potrzeby inwestowania w zasoby ludzkie oraz na wzmocnienie systemów ochrony zdrowia.

W ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne opracowały materiały informacyjne związane z Hasłem Roku w postaci ulotek, broszur i plakatów, które przekazały władzom rządowym i samorządowym oraz środkom masowego przekazu. Do współpracy zaangażowano władze lokalne, fachowych pracowników medycznych, dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych, nauczycieli, dzieci, młodzież i ich rodziców, organizacje pozarządowe oraz ogół społeczności lokalnej.

Główne obchody Światowego Dnia Zdrowia przypadły na dzień 7 kwietnia 2007 roku, ale wiele przedsięwzięć wynikających z przesłania WHO było realizowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną przez cały 2007 rok, a także będzie realizowane w kolejnych latach.

3.2. Pierwszy Światowy Tydzień Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego – ogłoszony przez WHO

W 2007 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, we współpracy z Biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, zaangażowała się w zorganizowanie i przeprowadzenie Pierwszego Światowego Tygodnia Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego pod hasłem „Wypadek to nie przypadek”.

Pierwszy Światowy Tydzień Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego odbył się w dniach 23-29 kwietnia 2007 roku i miał na celu podjęcie działań w kierunku poprawy bezpieczeństwa milionów młodych ludzi, którzy będąc każdego dnia uczestnikami ruchu drogowego, stanowią grupę najwyższego ryzyka. Dodatkowym przesłaniem było podniesienie poziomu bezpieczeństwa na polskich drogach, przede wszystkim poprzez wywołanie i wspieranie przemian świadomościowych oraz skoordynowanie, nasilenie i nagłośnienie działań dążących do polepszenia bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Działania podjęte przez stacje sanitarno-epidemiologiczne na terenie całego kraju w ramach Pierwszego Światowego Tygodnia Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, w formie imprez, akcji i konkursów, skierowane były przede wszystkim do dzieci i młodzieży. Wymaga podkreślenia ogromne zaangażowanie i wsparcie ze strony policji, która służyła pomocą na wszystkich etapach działań.

3.3. Profilaktyka zatruc grzybami

W dniu 11 września 2007 r. Główny Inspektor Sanitarny dokonał otwarcia wystawy grzybów pt. „Poznaj Grzyby – Unikniesz Zatrucia” zorganizowanej w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie.

Głównym celem wystawy była profilaktyka poprzez zapoznanie społeczeństwa z tematyką zatruc grzybami, cechami identyfikującymi najważniejsze grzyby jadalne oraz podobne do nich, i stąd często z nimi mylone, grzyby trujące. Ponadto zwiedzający wystawę mogli zapoznać się z zasadami zbierania grzybów. Przedsięwzięcie to miało charakter edukacyjny i skierowane było do szerokiego grona odbiorców, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.

Na wystawie zaprezentowano 77 atrap grzybów jadalnych, niejadalnych i trujących, pogrupowanych pod kątem ich podobieństwa zewnętrznego, tak, aby łatwiej można było dostrzec różnice między nimi. Łącznie wystawę odwiedziło 987 osób.

3.4. Ogólnopolski Konkurs Plastyczny pt. „Pomaluj życie na nowo”

W 2007 roku Główny Inspektor Sanitarny objął honorowym patronatem konkurs plastyczny

pt. „Pomaluj życie na novo”, skierowany do osób chorych na cukrzycę i ich rodzin. Głównym celem konkursu jest upowszechnianie przesłania, że cukrzyca nie przekreśla możliwości pełnego i twórczego życia. Zadaniem uczestników konkursu jest przedstawienie w formie artystycznej przeżyć, porażek i osiągnięć w walce z cukrzycą oraz promowanie zdrowego stylu życia.

4. Współpraca

Przy realizacji programów edukacyjnych, kampanii społecznych, akcji i innych przedsięwzięć prozdrowotnych Główny Inspektorat Sanitarny na poziomie krajowym współpracował z:

- Ministerstwem Edukacji Narodowej,
- Ministerstwem Sportu i Turystyki,
- Centrum Onkologii – Instytutem im. M. Skłodowskiej-Curie,
- Krajowym Centrum ds. AIDS,
- wyższymi uczelniami (m.in. Szkołą Główną Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Akademią Wychowania Fizycznego w Warszawie),
- Instytutem Żywności i Żywności,
- Centrum Zdrowia Dziecka,
- Instytutem Matki i Dziecka,
- środkami masowego przekazu.

Ponadto wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przy realizacji własnych, autorskich programów prozdrowotnych, których tematyka wynikała z sytuacji epidemiologicznej oraz potrzeb zdrowotnych ludności w regionach współpracowały z:

- urzędami wojewódzkimi, starostwami, urzędami miejskimi i gminnymi,
- komendami wojewódzkimi i rejonowymi Policji,
- pełnomocnikami wojewodów ds. HIV/AIDS,
- poradniami psychologiczno-pedagogicznymi,
- PCK,
- Monarem,

- Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej,
- Polskim Towarzystwem Rozwoju Rodziny,
- stowarzyszeniami przeciwdziałania alkoholizmowi i innym uzależnieniom,
- zakładami opieki zdrowotnej,
- placówkami nauczania i wychowania, w tym Szkołami Promującymi Zdrowie,
- placówkami kulturalno-oświatowymi,
- regionalnymi i lokalnymi środkami masowego przekazu,
- innymi (organami samorządowymi, instytucjami państwowymi, zakładami pracy, organizacjami pozarządowymi oraz z sektorem prywatnym (firmami, indywidualnymi sponsorami).

5. Podsumowanie

W 2007 roku, podobnie jak w latach ubiegłych, największy zasięg miały ogólnopolskie programy edukacyjne, inicjowane przez Główny Inspektorat Sanitarny, które były wdrażane, nadzorowane i koordynowane przez specjalistów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych na terenie całego kraju. Programy te wyposażone były w pomoce dydaktyczne i materiały oświatowo-zdrowotne przeznaczone zarówno dla adresatów programów, jak i osób przeprowadzających działania edukacyjne. Pomoce dydaktyczne i materiały wydawnicze dostarczane były przez Państwową Inspekcję Sanitarną do placówek oświatowo-wychowawczych, zakładów opieki zdrowotnej i innych jednostek zapraszanych do współudziału w realizacji programów i przeprowadzanych akcji.

Tematyka podejmowanych działań wynikała z wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego w oparciu o zalecenia Komisji Europejskiej i WHO oraz aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce, a także problemów i potrzeb zdrowotnych występujących w różnych regionach kraju.

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 2007 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 w 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 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.

Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podobnie jak w latach poprzednich, w 2007 r. stosowo-

wały 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 2007 w ramach nadzoru nad jakością zdrowotną żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pobrały do badań:

- 10 806 próbek żywności importowanej z krajów trzecich, z których 821, tj. 7,60 %, nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2006 r. – 6,66 %),
- 767 próbek importowanych materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, z których 66, tj. 8,60 %, nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań (w 2006 r. – 6,60 %).

Najczęściej importowane produkty kwestionowano za:

- zanieczyszczenia biologiczne – na 7012 zbadanych próbek zdyskwalifikowano 664, co stanowi 9,47 % (zakwestionowano 22,25 % zbadanych próbek kawy, herbaty, kakao, herbatek owocowych i ziołowych, 3,94 % orzechów, 1,16 % owoców),
- zanieczyszczenie mikotoksynami – na 481 zbadanych próbek zdyskwalifikowano 22,

co stanowi 4,57 % (10,53 % ziaren zbóż i przetworów zbożowo-mącznych, 6,25 % ziół i przypraw, 5,21 % orzechów, 3,76 % owoców),

- nieprawidłowe znakowanie – na 2729 zbadanych próbek zdyskwalifikowano 72, co stanowi 2,64 % (15,15 % koncentratów spożywczych, 6,07 % suplementów diety, 5,76 % materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością).

Ponadto na 332 próbki materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością importowane z krajów trzecich (głównie Chin), zbadanych w kierunku migracji metali szkodliwych dla zdrowia, zakwestionowano 13 próbek, co stanowi 3,92 %.

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 2008 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 2007 Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała wykonywanie zadań określonych ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Działalność Inspekcji w 2007 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 2006 w większości obszarów objętych nadzorem nie odnotowano istotnych zmian; większość obserwowanych zjawisk stanowiła kontynuację trendów wieloletnich.

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w 2007 r. w Polsce należy ocenić jako dobrą. Obserwowany w roku 2007 wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej.

W roku 2007 odnotowano dalszy wzrost liczby zgłoszeń zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową. Prowadzono wzmożoną ocenę sytuacji epidemiologicznej zakażeń meningokokowych, i gdy w określonym rejonie zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową niebezpiecznie rosła lub w momencie wystąpienia ognisk epidemicznych choroby wywołanej przez meningokoki grupy C, podejmowana była decyzja o wprowadzeniu/zaniechaniu interwencyjnych szczepień dla grup ryzyka, finansowanych z budżetu Ministra Zdrowia. W roku 2007 przeprowadzono dwie tego typu akcje: pierwszą na terenie powiatu brzeskiego, natomiast drugą na Górnym Śląsku (Bytom i Piekary Śląskie) oraz w Kluczborku w województwie opolskim, w ramach których szczepieniu obowiązkowemu poddanych zostało łącznie ponad 29 700 dzie-

ci i młodzieży z grup ryzyka. Przeprowadzono również cykl szkoleń dotyczących zasad postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia *Neisseria meningitidis* kierowanych do przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz środowiska medycznego. Ponadto Główny Inspektor Sanitarny podjął decyzję o zorganizowaniu i przeprowadzeniu społecznej kampanii przeciwko meningokokom skierowanej głównie do dzieci i młodzieży, ale także osób dorosłych oraz przedstawicieli służby zdrowia.

W roku 2007 służby weterynaryjne ponownie potwierdziły wystąpienie na terenie Polski wysoce patogennej grypy ptaków wywołanej wirusem H5N1. Po raz pierwszy w Polsce obecność wirusa stwierdzono w populacji ptaków hodowlanych. Łącznie na terenie całego kraju stwierdzono 12 ognisk choroby. Państwowa Inspekcja Sanitarna podjęła szereg działań, mających na celu zapobieżenie przeniesienia się wirusa H5N1 z ptaków na człowieka, m.in. objęto nadzorem epidemiologicznym pracowników ferm oraz ubojni, a także inne osoby, które miały kontakt z zakażonym drobiem. W roku 2007 nie stwierdzono zakażenia wirusem grypy ptaków H5N1 u ludzi.

W roku 2007, w stosunku do roku 2006, a także lat wcześniejszych, obserwowano wyraźny 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.

Szczególnie istotny problem społeczny stanowi w chwili obecnej kwestia szerzenia się za-

każeń wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV). W perspektywie wieloletniej obserwowany jest trend wzrostowy liczby zachorowań na tę chorobę. Oznacza to, że nadal istnieją warunki umożliwiające szerzenie się zakażeń, zwłaszcza w zakładach opieki zdrowotnej i gabinetach lekarskich oraz innych miejscach świadczenia usług, w trakcie których wykonywania dochodzi, lub może dojść, do naruszenia ciągłości tkanek (gabinety tatuażu, kosmetyczne, fryzjerskie itp.). Wskazuje to kierunki dalszych działań niezbędnych do ograniczenia szerzenia się zakażeń HCV.

Z omówionym wyżej problemem łączy się ściśle kwestia stanu sanitarno-technicznego zakładów opieki zdrowotnej, a zwłaszcza szpitali. W 2007 r. stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej w ujęciu globalnym nie uległ istotnym zmianom w odniesieniu do roku poprzedniego. Wyniki kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazują jednak na pogorszenie się stanu sanitarnego szpitali, w przypadku których odsetek obiektów ocenionych negatywnie wzrósł z 14,6 % (116 obiektów) w 2006 r. do 17,2 % (137 obiektów) w 2007 r.

Z dniem 9 grudnia 2006 r. weszło w życie rozporządzenie 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). Nowa regulacja utrzymała obowiązek przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr programu dostosowania obiektów do obowiązujących wymagań, wraz z podaniem terminów przewidywanych działań. Program ten powinien zostać uprzednio pozytywnie zaopiniowany przez właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego – w przypadku szpitali lub przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego – w przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej.

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 6,4 % w 2006 r. do 3,9 % w 2007 r.

Istotny problem stanowi utrzymujący się od wielu lat wysoki odsetek obiektów komunikacji publicznej oraz środków transportu publicznego o złym stanie sanitarnym. Dotyczy to zwłaszcza obiektów transportu kolejowego – dworców i stacji kolejowych oraz pasażerskiego taboru kolejowego W 2007 r. została przeprowadzona szeroko zakrojona akcja kontrolna dworców, pociągów i autobusów wraz z działającymi na nich i w ich najbliższym otoczeniu zakładami żywności i żywienia. W oparciu o wyniki ww. kontroli, a także bieżącego nadzoru, prowadzone będą dalsze skoordynowane działania, mające na celu zapewnienie właściwego stanu sanitarnego ww. obiektów, niezbędne zwłaszcza w kontekście przygotowań do EURO 2012.

Nadal wysoki odsetek ludności kraju zaopatrywany był w wodę nie spełniającą wymagań jakości zdrowotnej. W 2007 r. wodę spełniającą wymagania sanitarne dostarczało około 82 % skontrolowanych wodociągów, zaopatrujących ok. 92 % odbiorców (prawie 32 mln ludzi). Oznacza to, że do przeszło 3 mln ludzi dostarczana była woda nie spełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych.

Jakkolwiek 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 w większości przypadków nie przekładało się na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów, to sytuację w omawianym zakresie nadal należy ocenić jako niezadowalającą. Szczególnie uwzględniając kryterium terytorialne, widoczne są niekorzystne różnice pomiędzy poszczególnymi województwami w zakresie stopnia rozbudowy i struktury sieci wodociągowej, jakości wody dostarczanej przez wodociągi oraz odsetka ludności korzystającej z wody wodociągowej spełniającej wymagania wody do spożycia.