

PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY

STAN BEZPIECZEŃSTWA SANITARNEGO
WOJEWÓDZTWA
KUJAWSKO-POMORSKIEGO
W 2015 ROKU

PRACA POD REDAKCJĄ
JERZEGO KASPRZAKA

BYDGOSZCZ 2016

Opracowano	w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy
Pod kierunkiem	dr n. o zdr. inż. Jerzego Kasprzaka Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy
Redakcja	Mariola Wiśniewska
Korekta	Olga Radkiewicz Michał Adamczak
Skład, projekt	Paweł Grajek
Druk	Polish Druk

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
EPIDEMIOLOGIA	9
Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2014	9
Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych	12
Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne	18
Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową	20
Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek	23
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	23
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	24
Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS	25
Choroby inwazyjne	26
Neuroinfekcje	27
Choroby przenoszone przez kleszcze	28
Borelioza	28
Kleszczowe zapalenie mózgu	29
Gruźlica	30
Choroby przenoszone drogą płciową	31
Grypa i zachorowania grypopodobne	32
Wykonawstwo szczepień ochronnych	34
Wnioski	39
HIGIENA KOMUNALNA 1	42
Ocena sanitarna podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego	42
Działalność kontrolno-represyjna	42
Stan techniczny i funkcjonalny	43
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	43
Szpitala	43
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale	44
Zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, inne podmioty lecznicze	44
Sanatoria	45
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	45
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	45
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	46
Zakłady rehabilitacji leczniczej	46
Inne podmioty lecznicze, w tym uzdrowiskowe	46
Praktyki lekarskie, pielęgniarские i inne	46
Utrzymanie czystości	47
Szpitala	47
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	48
Zaopatrzenie w wodę	48
Szpitala	48
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	49
Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych	49
Szpitala	49
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	49
Postępowanie z bielizną	50
Szpitala	50
Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą	51
Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą	51
Dezynfekcja i sterylizacja	51
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitale, w tym szpitale jednodniowe, szpitale uzdrowiskowe	51

Dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego oraz powierzchni	52
Komory dezynfekcyjne	52
Sterylizacja	53
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitale	54
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	54
Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zdrowotną	55
Bloki żywienia w szpitalach	55
Bloki żywieniowe w sanatoriach	57
Bloki żywieniowe w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych	57
Wnioski	57

HIGIENA KOMUNALNA 259

Stan sanitarny wód i urządzeń wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę	59
Wstęp	59
Zaopatrzenie ludności w wodę	60
Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	63
Analiza przekroczeń parametrów fizykochemicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	63
Analiza badań ciepłej wody na obecność pałeczek Legionella sp.	64
Wnioski	65

HIGIENA KOMUNALNA 366

Stan sanitarny kąpielisk i basenów kąpielowych	66
Kąpieliska	66
Pływalnie	67
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	68
Wprowadzenie	68
Stan sanitarny wybranych grup obiektów użyteczności publicznej	69
Ustępy publiczne i ogólnodostępne	69
Domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej	70
Noclegownie	70
Obiekty świadczące usługi hotelarskie	71
Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi	71
Obiekty i urządzenia komunikacji publicznej	72
Tereny rekreacyjne	73
Cmentarze i domy przedpogrzebowe	73
Inne obiekty użyteczności publicznej	74
Wnioski	74

ŻYWNOŚĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU76

Stan sanitarny obiektów produkcji i obrotu środkami spożywczymi, kosmetykami i żywienia zbiorowego	76
Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	78
RASFF - system wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach	82
RAPEX - system wczesnego ostrzegania o produktach niebezpiecznych	83

HIGIENA PRACY 184

Środowisko pracy	84
Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych	88
Narażenie na czynniki biologiczne szkodliwe dla zdrowia	89
Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest z województwa kujawsko-pomorskiego	89
Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach produkujących artykuły spożywcze	90
Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w Zespołach Ratownictwa Medycznego	91

Choroby zawodowe	92
Środki zastępcze	94
Wnioski	96
HIGIENA PRACY 2	98
Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia	99
Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia	102
Wnioski	103
HIGIENA RADIACYJNA	104
Ochrona przed promieniowaniem jonizującym. Ochrona radiologiczna personelu	104
Ochrona radiologiczna pracowników	105
Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0-300 Ghz. Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi.....	106
Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi	107
Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM	108
Badania skażeń promieniotwórczych żywności, wody pitnej i paszy	108
Zdarzenia radiacyjne	109
Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta	109
NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY	112
Wnioski	113
HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY	114
Warunki sanitarno-higieniczne w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych w 2015 roku	114
Badania środowiska fizycznego	115
Stan sanitarno-techniczny budynków	116
Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	117
Meble przedszkolne i szkolne	118
Szkoły wyższe	119
Wypoczynek dzieci i młodzieży	119
Wnioski	120
OŚWIATA ZDROWOTNA	122
Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce	122
Kontrole w zakresie realizacji ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w miejscach użyteczności publicznej.....	124
Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS	124
Projekt KIK/68 - profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	125
Trzymaj Formę!	126
Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem	127
Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami	128
Światowy Dzień Zdrowia 7 kwietnia	129
Akademia Zdrowego Życia	129
Profilaktyka chorób pasożytniczych - owsica, wszawica, świerzb	130
Akcja "Stop dopalaczom"	130
Akcja letnia Bezpieczne Wakacje	131
Interwencja informacyjno-edukacyjna "Uroczystości komunijne bez zatruc pokarmowych"	131
Zdrowy styl życia - od juniora do seniora	131
Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa oraz profilaktyki zatruc grzybami	131
Wnioski	132





Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy
dr n. o zdr. inż. **Jerzy Kasprzak**

Szanowni Państwo

Podobnie jak w minionych latach, mam zaszczyt oddać w Państwa ręce raport zawierający aktualną ocenę stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa kujawsko-pomorskiego. W publikacji przedstawiono informacje o działaniach podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie województwa w 2015 roku, mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jego mieszkańców i wzrost świadomości prozdrowotnej, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. Raport opracowano w oparciu o dane przekazane przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa kujawsko-pomorskiego i przedstawia on stan na dzień 31 grudnia 2015 roku.

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania określone w ustawie z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1412). Ich głównym celem jest ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych oraz zapobieganie powstawaniu chorób, w szczególności zakaźnych i zawodowych. W związku z tak zakreśloną misją, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie w 2015 roku, podobnie jak w poprzednich latach, prowadziły działania z zakresu bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego. Systematycznie monitorowano jakość wody przeznaczonej do spożycia, żywności, żywienia i przedmiotów użytku. Prowadzono nadzór nad higieną nauczania, wychowania, rekreacji i wypoczynku, a także nad

warunkami sanitarno-higienicznymi w obiektach użyteczności publicznej. Realizowane były również krajowe i lokalne programy z zakresu oświaty zdrowotnej.

Pod względem epidemicznym stan województwa był dobry. Pomimo pojawienia się w Europie przypadków zakażeń gorączką krwotoczną Ebola, choroba nie dotarła do Polski. Na obszar województwa nie przywleczono także innych niebezpiecznych, wysoce zakaźnych chorób. Szczepienia ochronne w 2015 roku przeprowadzono w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową, należy jednak zwrócić uwagę na niekorzystny wpływ ruchów antyszczepionkowych na poziom realizacji obowiązkowych szczepień wśród mieszkańców województwa. Liczba osób uchylających się od tego obowiązku systematycznie rośnie, w związku z czym wskazane jest zwiększenie roli działań edukacyjnych, podnoszących społeczną akceptację dla szczepień ochronnych.

Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy także przeciwdziałanie wprowadzaniu do obrotu i wytwarzaniu środków zastępczych – tak zwanych „dopalaczy”. W 2015 roku doprowadzono do zamknięcia wszystkich zidentyfikowanych na terenie województwa punktów sprzedaży środków zastępczych, a na prowadzące je podmioty nałożono kary pieniężne. Realizowano również akcje informacyjne, mające na celu ograniczenie zażywania tych substancji.

Skuteczne działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko-pomorskim możliwe są dzięki wysokim kwalifikacjom pracowników. Zatrudniony personel dysponuje rozległą wiedzą specjalistyczną, którą systematycznie poszerza na studiach podyplomowych i podczas licznych szkoleń. W połączeniu z nowoczesnym sprzętem gwarantuje to wysoki poziom ochrony mieszkańców przed zagrożeniami sanitarno-epidemiologicznymi.

Mam nadzieję, że niniejsza publikacja w wyczerpujący sposób przedstawia Czytelnikowi stan bezpieczeństwa sanitarnego województwa, zarazem przyczyniając się do lepszego zrozumienia misji i zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jestem też głęboko przekonany, że wspólny wysiłek podejmowany na rzecz zdrowia publicznego sprawia, że nasz region staje się coraz lepszym miejscem do życia.

EPIDEMIOLOGIA



Ocena sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i zakażeń w roku 2015

Ocenę sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim opracowano na podstawie danych epidemiologicznych zgromadzonych w ramach nadzoru nad chorobami zakaźnymi, prowadzonego przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W 2015 roku zarejestrowano 28548 chorób zakaźnych i zakażeń podlegających obowiązkowi zgłoszenia i rejestracji (2014 rok – 28734). Z powodu choroby hospitalizowano łącznie 8075 osób (w roku 2014 – 7983).

Sytuacja epidemiologiczna omawianego okresu była zróżnicowana, ale ocenić ją można jako dobrą.

Podobnie, jak w latach poprzednich obserwowane cykliczne zmiany zapadalności na niektóre choroby zakaźne związane były z sezonowością ich występowania lub były kontynuacją

obserwowanych wcześniej wieloletnich trendów. Nie przywleczono na teren naszego województwa żadnych z groźnych gorączek krwotocznych czy innych chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych, jak cholera czy dżuma.

Odnotowano 1 przypadek duru brzuszno-przywleczony z Indii.

W związku z sytuacją dotyczącą epidemii gorączki Ebola w krajach Afryki Zachodniej, organy inspekcji sanitarnej naszego regionu pozostawały w gotowości do podjęcia działań w przypadku pojawienia się osób potencjalnie zakażonych wirusem Ebola.

W ramach nadzoru epidemiologicznego monitorowano sytuację epidemiologiczną grypy i zachorowań grypopodobnych. W omawianym okresie nastąpił wzrost zapadalności o około 23%.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione w formie tabelarycznej.

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011 - 2015. Liczba zachorowań i zapadalność na 100000 ludności.

Lp.	Jednostka chorobowa	2011		2012		2013		2014		2015	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozы (zakażenia pozajelitowe)	15	0,72	11	0,52	15	0,72	11	0,53	20	0,96
2	Dur brzuszny	-	-	-	-	1	0,05	-	-	1	0,05
3	Dury rzekome A, B, C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozы)	-	-	-	-	-	-	5	0,24	2	0,10
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	582	28,12	577	27,50	573	27,36	505	24,15	472	22,58
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	534	25,80	551	26,26	528	25,21	469	22,43	431	20,62

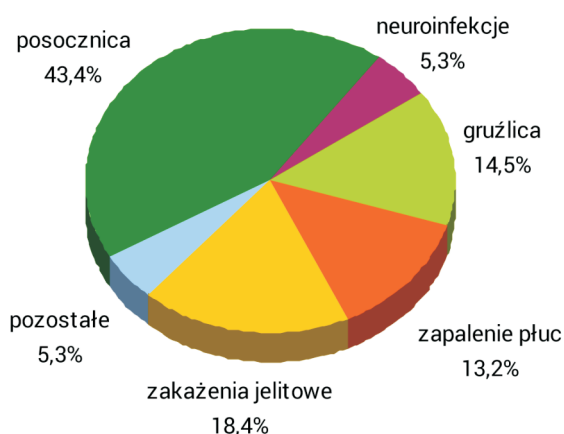
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	455	21,99	515	24,54	690	32,95	652	31,18	798	38,18
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	3024	146,12	2938	140,01	3309	158,02	3301	157,88	3531	168,95
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	59	2,85	50	2,38	54	2,58	45	2,15	63	3,01
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	82	3,96	65	3,10	93	4,44	124	5,93	63	3,01
11	Łonica (szkarlatyna)	1156	55,86	1608	76,63	1727	82,47	1819	87,00	2060	98,56
12	Odra	3	0,14	1	0,05	-	-	-	-	1	0,05
13	Różyczka	257	12,42	323	15,39	2472	118,05	279	13,34	143	6,84
14	Ospa wietrzna	10363	500,74	15882	756,87	12648	603,99	14130	675,81	12930	618,66
15	Wirusowe zapalenie wątroby ogółem	282	13,63	316	15,06	342	16,33	612	29,27	805	38,52
16	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	4	0,19	4	0,19	1	0,05	-	-	2	0,10
17	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ogółem	89	4,30	105	5,00	106	5,06	261	12,48	332	15,89
18	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ostre	3	0,14	3	0,14	1	0,05	2	0,10	3	0,14
19	Wirusowe zapalenie wątroby typu B przewlekłe i BNO	86	4,16	102	4,86	105	5,01	259	12,39	329	15,74
20	Wirusowe zapalenie wątroby typu C - ogółem	189	9,13	207	10,00	231	11,16	347	16,60	469	22,44
21	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2009 / 2014	177	8,55	195	9,29	214	10,22	344	16,45	469	22,44
22	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2005	151	7,30	175	8,34	196	9,36	260	12,44		
23	Wirusowe zapalenie wątroby typu B + C (zakażenie mieszane)	-	-	-	-	4	0,19	4	0,19	2	0,10
24	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nieokreślone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Świnka (nagminne zapalenie przyusznicy)	162	7,83	201	9,58	180	8,60	177	8,47	190	9,09
26	Krztusiec	145	7,01	260	12,39	120	5,73	300	14,35	450	21,53
27	Tęžec	-	-	1	0,05	-	-	-	-	-	-
28	Borelioza	327	15,80	349	16,63	430	20,53	413	19,75	399	19,09
29	Malaria (zimnica)	-	-	-	-	2	0,10	1	0,05	-	-
30	Włośnica	-	-	-	-	-	-	22	1,05	-	-
31	AIDS	6	0,29	3	0,14	4	0,19	2	0,10	4	0,19
32	Nowo wykryte zakażenia HIV	46	2,22	24	1,14	50	2,39	31	1,48	43	2,06
33	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	24057	1162,43	19847	945,83	107783	5147,01	206197	9861,94	252920	12101,48
34	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	8698	2705,86	8527	2634,78	52700	16504,08	106894	33702,32	126050	39845,23
35	Grypa - ogółem (przyp. potw. lab.)	137	6,62	8	0,38	100	4,77	20	0,96	51	2,44
36	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	20	6,22	3	0,93	8	2,49	2	0,63	3	0,95
37	Gruźlica	406	19,63	428	20,40	351	16,76	267	12,77	296	14,16

Porównanie zapadalności na wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim i w kraju zawarto w tabeli.

Wybrane choroby zakaźne w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2014 – 2015. Liczba zachorowań i zapadalność na 100000 ludności.

Lp.	Jednostka chorobowa	woj. kujawsko-pomorskie				Polska			
		2015		2014		2015		2014	
		zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.	zach.	zap.
1	Inne salmonelozы (zakażenia pozajelitowe)	20	0,96	11	0,53	228	0,60	195	0,51
2	Dur brzuszny	1	0,05	-	-	4	0,01	3	0,01
3	Dury rzekome A, B, C	-	-	-	-	5	0,01	1	0,00
4	Czerwonka bakteryjna (szigelozы)	2	0,10	5	0,24	18	0,05	44	0,11
5	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem	472	22,58	505	24,15	9 837	25,56	9731	25,29
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonelozowe	431	20,62	469	22,43	8402	21,83	8197	21,30
7	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem	798	38,18	652	31,18	13291	34,55	11332	29,45
8	Wirusowe zakażenia jelitowe - ogółem	3531	168,95	3301	157,88	55731	144,82	51561	133,98
9	Meningokokowe i inne bakt. zap. opon mózgowych i mózgu ogółem	63	3,01	45	2,15	899	2,33	938	2,45
10	Wirusowe zapalenie opon mózgowych i mózgu ogółem	63	3,01	124	5,93	1177	3,04	2175	5,65
11	Plonica (szkarlatyna)	2060	98,56	1819	87,00	26 749	69,51	22885	59,47
12	Odra	1	0,05	-	-	49	0,13	110	0,29
13	Różyczka	143	6,84	279	13,34	2 026	5,26	5891	15,31
14	Ospa wietrzna	12930	618,66	14130	675,81	187 518	487,26	221628	575,90
15	Wirusowe zapalenie wątroby - ogółem	805	38,52	612	29,27	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH
16	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	2	0,10	-	-	49	0,13	76	0,20
17	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ogółem	332	15,89	261	12,48	3515	9,13	2763	7,18
18	Wirusowe zapalenie wątroby typu B - ostre	3	0,14	2	0,10	58	0,15	68	0,18
19	Wirusowe zapalenie wątroby typu B – przewlekłe i BNO	329	15,74	259	12,39	3457	8,98	2695	7,00
20	Wirusowe zapalenie wątroby typu C - ogółem	469	22,44	347	16,60	-	-	-	-
21	Wirusowe zapalenie wątroby typu C wg definicji z 2009 / 2014	469	22,44	344	16,45	4282	11,13	3551	9,23
22	Wirusowe zapalenie wątroby typu B + C (zakażenie mieszane)	2	0,10	4	0,19	24	0,06	36	0,09
23	Wirusowe zapalenie wątroby inne i nieokreślone	-	-	-	-	15	0,04	21	0,05
24	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	190	9,09	177	8,47	2 207	5,73	2508	6,52
25	Krztusiec	450	21,53	300	14,35	4 959	12,89	2102	5,46
26	Tęžec	-	-	-	-	12	0,03	13	0,03
27	Borelioza	399	19,09	413	19,75	13 624	35,40	13870	36,04
28	Malaria (zimnica)	-	-	1	0,05	28	0,07	19	0,05
29	Włośnica	-	-	22	1,05	28	0,07	32	0,08
30	AIDS	4	0,19	2	0,10	139	0,36	151	0,39
31	Nowo wykryte zakażenia HIV	43	2,06	31	1,48	1416	3,68	1110	2,88
32	Grypa i podejrzenia grypy - ogółem	252920	12101,48	206197	9861,94	3 843 395	9987,01	3137056	8151,59
33	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	126050	39845,23	106894	33702,32	1 784 680	30957,14	1530240	26543,62
34	Grypa - ogółem (przyp. potw. laboratoryjnie)	51	2,44	20	0,96	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH
35	W tym u dzieci w wieku 0 – 14 lat	3	0,95	2	0,63	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH
36	Gruźlica	296	14,16	267	12,77	BRAK DANYCH	BRAK DANYCH	6698	17,40

Umieralność z powodu chorób zakaźnych utrzymywała się na stosunkowo niskim poziomie. W województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku wynosiła 3,64 na 100 tys. ludności. Zarejestrowano 76 zgonów (o 5 mniej niż w roku 2014), których przyczyną były choroby zakaźne. Dominowały, podobnie jak w latach ubiegłych, posocznica (43,4%), gruźlica (14,5%) i zapalenie płuc (13,2%). Na uwagę zasługuje systematyczny wzrost liczby zgonów z powodu zapalenia jelita cienkiego i grubego wywołanego przez *Clostridium difficile*: w 2015 roku 18,4%, w 2014 r. – 11,1%, a w 2013 r. – 3,8%. Podobnie jak w latach poprzednich najwięcej zgonów odnotowano w grupie osób powyżej 60 roku życia; wystąpiło w niej około 68% ogółu zgonów z powodu chorób zakaźnych.



Umieralność z powodu chorób zakaźnych w województwie kujawsko-pomorskim, w 2015 roku.

Przyczyny zgonów z powodu chorób podlegających rejestracji wg wieku.

Rok Grupy wiekowe	Posocznica		Zapalenie płuc		Neuroinfekcje		Gruźlica		Zakażenia jelitowe		Pozostałe		RAZEM	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
0	1	1											1	1
1														
2-4														
5-9														
10-14														
15-19														
20-29											1		1	
30-39	1			1				1			1	1	2	3
40-49	1		1			1	4	2	1				8	3
50-59	3	8	5	3			1	4		1	1	1	13	17
60 i więcej	18	24	13	6	6	3	8	4	8	13	2	2	56	52
Razem	24	33	19	10	6	4	13	11	9	14	5	4	81	76

Choroby zakaźne objęte programem obowiązkowych szczepień ochronnych

Choroby zakaźne, którym zapobiega się poprzez szczepienia ochronne, objęte są szczególnym nadzorem epidemiologicznym. Dane o zapadalności na te choroby bezpośrednio przekładają się na politykę szczepień.

Sytuacja epidemiologiczna takich chorób, jak błonica, poliomyelitis, tężec, odra, krztusiec, świnka i różyczka, zależna jest w znacznym stopniu od poziomu realizacji szczepień ochronnych. Odsetek wykonania w regionie obowiązkowych szczepień ochronnych zapewnia odporność populacyjną. Wskaźniki wykonania szczepień u dzieci w 1 i 2 roku życia pozostawały na po-

ziomie zbliżonym do roku poprzedniego.

Szczepienia dzieci i młodzieży szkolnej wykonane były na poziomie zbliżonym do roku 2014. Wyjątkiem była realizacja szczepień przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi i poliomyelitis dzieci w 6 roku życia, gdzie odsetek wykonania był o 18% niższy w stosunku do roku 2014. Było to spowodowane wystąpieniem problemu z produkcją i dystrybucją szczepionek zawierających acelularny komponent krztuśca, a tym samym stosowaniem tych preparatów do realizacji obowiązkowych szczepień w Polsce. Niższy o 7% odsetek realizacji szczepień przeciwko poliomyelitis był spowodowany tym, że szczepionkę tę z zasady podaje się wraz z preparatem przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi z aktualnym komponentem krztuśca. Szczepienia te będą uzupełnione w bieżącym roku.

Nie zmniejsza się zagrożenie dla realizacji szczepień ochronnych, jakim są działania ruchów antyszczepionkowych. Wzrasta liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień. W wyniku tych działań w roku 2015 nie zaszczepiono 456 osób, co stanowiło 0,1% populacji podlegającej szczepieniu. W latach 2011-2012 za osoby uchylające się od obowiązku szczepień uznawano dzieci, młodzież i osoby dorosłe niepoddane obowiązkowym szczepieniom. Od 2013 roku za osoby uchylające się od szczepień ochronnych uznaje się osoby sprawujące pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo jej opiekunów oraz osoby dorosłe, natomiast osoby niepoddane szczepieniom to faktycznie niezaszczepione dzieci, młodzież i dorośli. To niekorzystne dla realizacji szczepień zjawisko wymaga od służb sanitarnych oraz lekarzy i pielęgniarek realizujących szczepie-

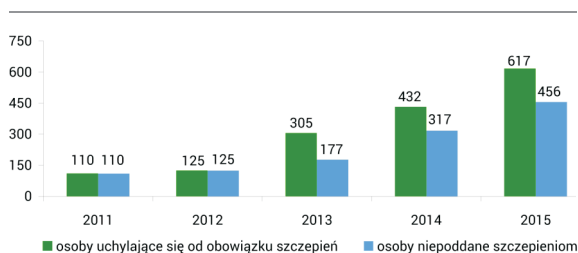
nia dużej aktywności w działaniach na rzecz wysokiego poziomu uodpornienia populacji i akceptacji społecznej szczepień.

W 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim nie wystąpiły zachorowania na błonicę, tężec i poliomyelitis. W związku z uczestnictwem naszego kraju w koordynowanym przez WHO programie eradykacji poliomyelitis prowadzono nadzór i monitoring ostrych porażań wiotkich u dzieci do lat 14, mający na celu potwierdzenie lub wykluczenie występowania dzikich szczepów wirusa polio. Ma to istotne znaczenie wobec sytuacji epidemiologicznej poliomyelitis na świecie, gdzie istnieją populacje wrażliwe na dzikie szczepy tego wirusa. Dzieje się tak w wyniku konfliktów zbrojnych, braku dostępu do opieki zdrowotnej oraz w związku ze słabym zasięgiem szczepień ochronnych, wynikającym z niedopracowanych programów szczepień. Takie obszary występują na Bliskim Wschodzie, w Afryce Centralnej i części Europy.

Wobec zagrożenia transgranicznego rozprzestrzeniania się dzikiego wirusa poliomyelitis konieczne jest utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia populacji oraz stałe monitorowanie ostrych porażań wiotkich. W roku 2015 zgłoszono tylko 1 przypadek ostrego porażenia wiotkiego. Jest to zbyt mała liczba w stosunku do wymaganej przez WHO dla naszego regionu. Wymaga to zwiększenia czułości systemu nadzoru epidemiologicznego.

W ramach uczestnictwa w programie eliminacji odry, koordynowanego przez WHO monitorowaniu winny podlegać wszystkie podejrzenia zachorowań na odrę. W roku 2015 zgłoszono 4 podejrzenia o zachorowanie na odrę. Po przeprowadzonych badaniach laboratoryjnych 1 przypadek potwierdzono, pozostałe wykluczono. Czułość systemu nadzoru nad realizacją programu eliminacji odry w naszym regionie uległa poprawie, ale nadal jest niewystarczająca.

Niekorzystnym zjawiskiem był wzrost o 33% zapadalności na krztusiec; przeszło półtora razy przewyższała ona zapadalność krajową. Odnotowano 56 ognisk środowiskowych (38 rodzinnych, 15 szkolnych i 3 przedszkolne w których zachorowało łącznie 140 osób). W przypad-

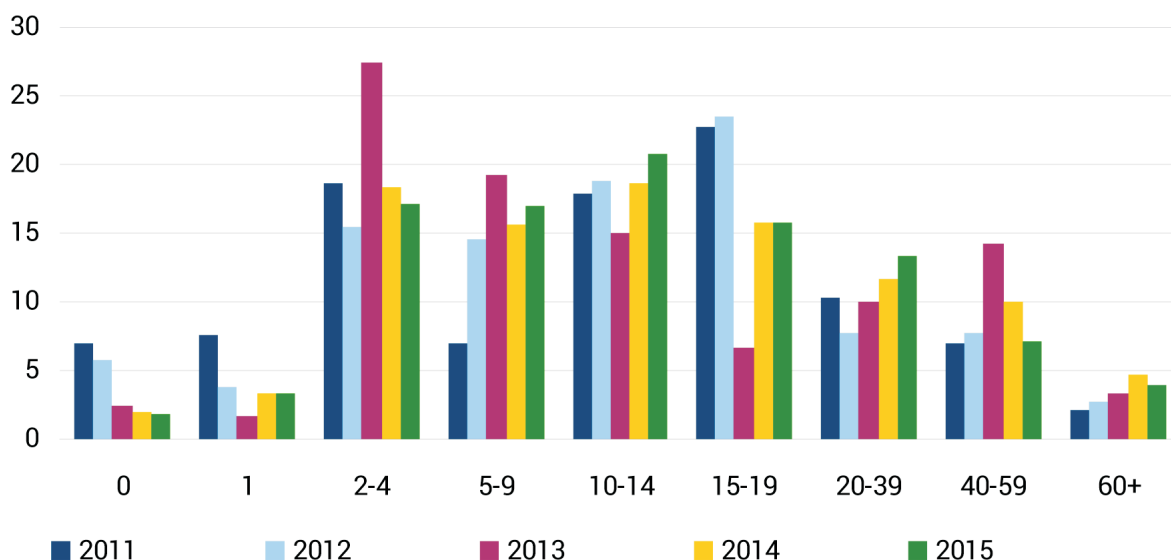


Liczba osób niepoddanych obowiązkowym szczepieniom ochronnym i liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w latach 2011 – 2015.

Krztusiec w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2011- 2015. Liczba i odsetek zachorowań wg wieku.

Wiek w latach	2011		2012		2013		2014		2015	
	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań	%
0	10	6,9	15	5,8	3	2,5	6	2,0	8	1,8
1	11	7,6	10	3,8	2	1,6	10	3,3	15	3,3
2-4	27	18,6	40	15,4	33	27,5	55	18,3	77	17,1
5-9	10	6,9	38	14,6	23	19,2	47	15,6	76	16,9
10-14	26	17,9	49	18,8	18	15	56	18,7	93	20,7
15-19	33	22,8	61	23,5	8	6,7	47	15,7	71	15,8
20-39	15	10,3	20	7,7	12	10,0	35	11,7	60	13,3
40-59	10	6,9	20	7,7	17	14,2	30	10,0	32	7,1
60+	3	2,1	7	2,7	4	3,3	14	4,7	18	4,0

Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011- 2015. Odsetek zachorowań wg wieku.



Zachorowania na krztusiec w 2015 roku wg grup wiekowych i liczby otrzymanych dawek szczepionki przeciwkrztuscowej.

Liczba dawek szczepionki p/krztuscowej	Grupy wiekowe															ogółem
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-74	75+	
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	9	7	8	3	30
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
4	81	6	3	38	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	133
5	0	69	90	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	191
brak dokumentacji szczepień	0	1	0	0	1	12	16	26	12	3	6	1	0	0	0	78
ogółem	100	76	93	71	4	13	16	27	12	3	7	10	7	8	3	450

ku krztuśca obserwuje się cyklicznie pojawiające się co kilka lat epidemiczne wzrosty zachorowań o charakterze wyrównawczym. Wskazuje to na krążenie pałeczek krztuśca w środowisku oraz na dużą wrażliwość populacji na zakażenie. Choroba bowiem przenosi się drogą oddechową i jest bardzo zaraźliwa. W wyniku kontaktu z osobą chorą zakażeniu ulega ok. 90% nieuodpornionych osób.

W omawianym okresie utrzymywał się obserwowany od kilku lat trend przesunięcia zachorowań na krztusiec na starsze dzieci i osoby dorosłe, u których najczęściej objawem infekcji był przewlekający się kaszel.

W ograniczeniu transmisji zachorowań olbrzymią rolę odgrywa diagnostyka chorób kaszlowych u osób dorosłych i odpowiednia terapia. Najlepszą strategią zapobiegania zachorowaniom pozostaje realizacja szczepień zgodnie z obowiązującym kalendarzem.

Wskaźniki zaszczepienia dzieci przeciw krztuścowi w 2015 roku w regionie utrzymywały się na dobrym poziomie.

Z raportów jednostkowych zachorowań na krztusiec wynikało, że w grupie 450 osób chorych, 30 osób nie zostało zaszczepionych, a w przypadku 78 osób nie była znana historia szczepień. Wśród pozostałych chorych, 151 osób otrzymało szczepienie podstawowe (4 dawki), a 191 osób 5 dawek (szczepienie podstawowe i uzupełniające), 15 osób otrzymało 3 dawki szczepionki, 3 osoby – 1 dawkę szczepionki. Zachorowania na krztusiec w grupie osób szczepionych mogą być wynikiem stopniowej utraty odporności poszczepiennej.

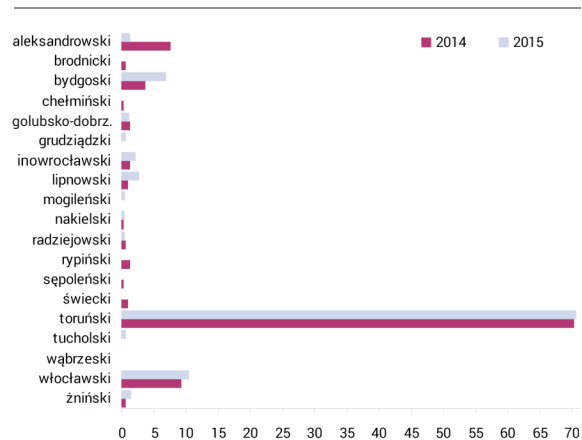
Zjawisko cyklicznej zmienności zachorowań wystąpiło nie tylko w przypadku krztuśca ale również świnki, różyczki i ospy wietrznej, czyli typowych chorób wieku dziecięcego.

Przed wprowadzeniem obowiązkowych szczepień przeciw śwince, wzrost zachorowań występował okresowo co 3-4 lata. Od wprowadzenia w 2003 roku powszechnych szczepień przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trójwartennej według dwudawkowego schematu szczepień, obserwowany jest spadek liczby zachorowań, jednak nadal pozostaje ona częstą chorobą wieku dziecięcego. W ostatnich latach

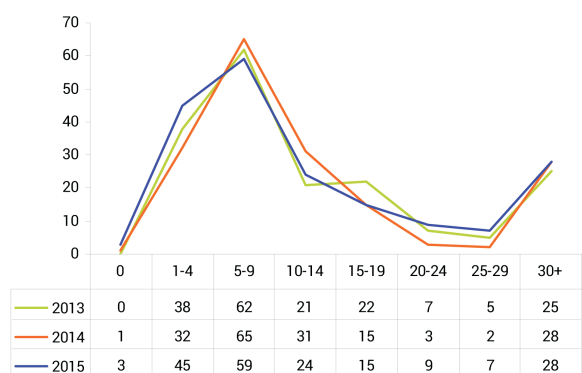
dynamika tego procesu uległa spowolnieniu.

W 2015 roku zapadalność na świnkę wzrosła o 7% i przewyższała zapadalność krajową. Analiza grup wiekowych zachorowań wykazała, że najwięcej zachorowań, podobnie jak w latach poprzednich, wystąpiło w grupie wieku 5–9 lat (31% ogółu zachorowań) i w grupie wieku 1–4 lata (24% ogółu zachorowań). Częściej chorowali chłopcy i młodzi mężczyźni (około 57% ogółu zachorowań). Osoby nieszczepione przeciw śwince stanowiły 24% ogółu zachorowań.

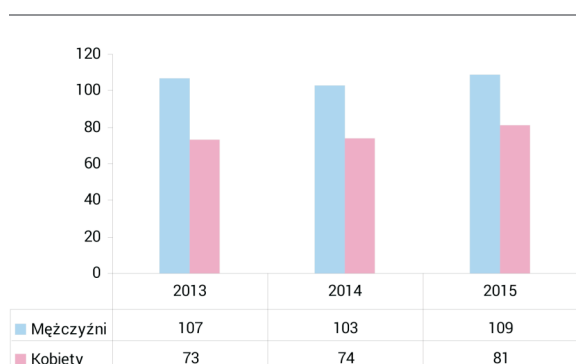
Występowanie zachorowań na świnkę wskazuje na konieczność utrzymania wysokiego poziomu zaszczepienia populacji.



Krztusiec w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2014-2015. Odsetek zachorowań wg powiatów.

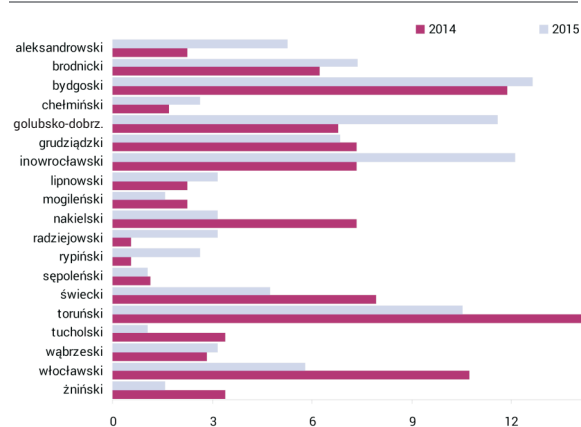


Świnka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2015. Zachorowania wg wieku (ukończone lata).



Świnka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2013-2015. Zachorowania wg płci.

Terytorialny rozkład zachorowań na świnkę w regionie przedstawia poniższy wykres.



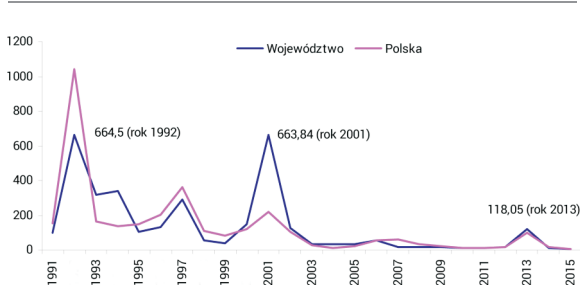
Świnka w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2014 – 2015. Odsetek zachorowań wg powiatów.

Po epidemii wyrównawczej różyczki w 2013 roku, obserwujemy od 2014 roku spadek zapadalności na tę chorobę. W 2015 roku odnotowano w regionie dwukrotny spadek zapadalności. Zjawisko blisko trzykrotnego spadku zapadalności odnotowano również w kraju. Zapadalność dla naszego regionu nieznacznie przewyższała zapadalność krajową. Analiza grup wiekowych zgłoszonych w 2015 roku zachorowań na różyczkę wykazała, że najwięcej wystąpiło w grupie wieku 0-4 lata (około 46% ogółu zachorowań), 5-9 lat (ponad 29% ogółu zachorowań) i 15-19 lat (przeszło 8% ogółu zachorowań).

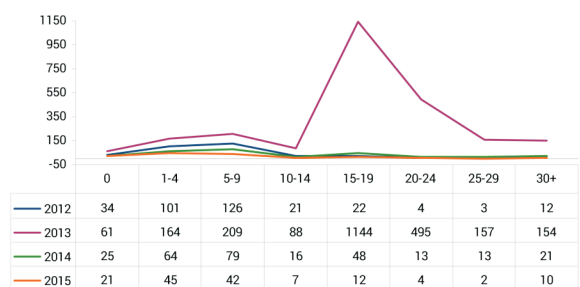
Osoby nieszczone przeciw różyczce

stanowiły 27% ogółu zachorowań. Wśród chorych nieszczepionych przeszło 43% stanowili chłopcy i mężczyźni, 56% stanowiły dziewczęta i kobiety. Po raz pierwszy od dłuższego czasu zaobserwowano, że nieznacznie częściej chorowały dziewczęta/kobiety; stanowiły one 51% ogółu zachorowań.

Głównym celem programu eliminacji różyczki, koordynowanym przez WHO, jest przerwanie transmisji wirusa różyczki w środowisku, eliminacja zakażeń kobiet w ciąży i zapobieganie zespołowi różyczki wrodzonej u dzieci. Duża zachorowalność wśród mężczyzn nieszczepionych oraz fakt, że około 50% zakażeń przebiega subklinicznie, stwarza ryzyko zachorowań na różyczkę kobiet w wieku rozrodczym.

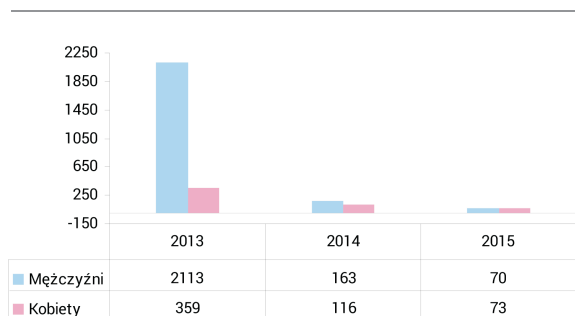


Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 1991-2015. Zapadalność na 100 tys. mieszkańców.



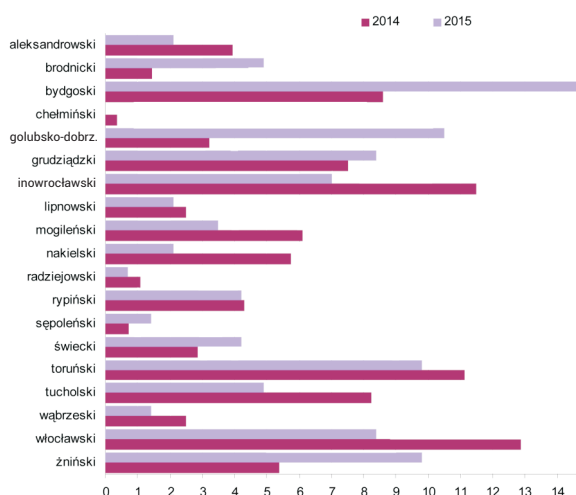
Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2012-2015. Liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).





Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2012-2015. Zachorowania według płci.

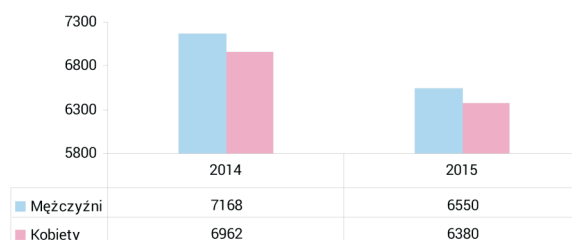
Terytorialny rozkład zachorowań na różyczkę w regionie przedstawia poniższy wykres.



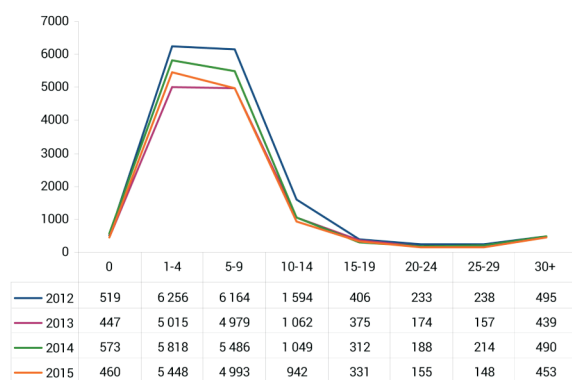
Różyczka w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2014 – 2015. Odsetek zachorowań według powiatów.

W 2015 roku nastąpił spadek zapadalności na ospę wietrzną o około 10% w stosunku do roku ubiegłego; nadal przewyższała ona zapadalność krajową. Utrzymywał się trend występowania największej liczby zachorowań u dzieci i młodzieży do 14 roku życia (przeszło 9% ogółu zachorowań). Nieznacznie częściej chorowali chłopcy/mężczyźni – 5% ogółu zachorowań. Dziewczęta/kobiety stanowiły 49% ogółu zachorowań na ospę wietrzną. Ze względu na wysoką zaraźliwość wirusa, sięgającą 90-95%, i na to, że do zakażenia dochodzi najczęściej przez bezpośredni kontakt z chorym lub drogą kropelkową, najskuteczniejszym działaniem profilaktycznym są

szczepienia. Zachorowania wśród osób nieszczepionych to przeszło 94%.

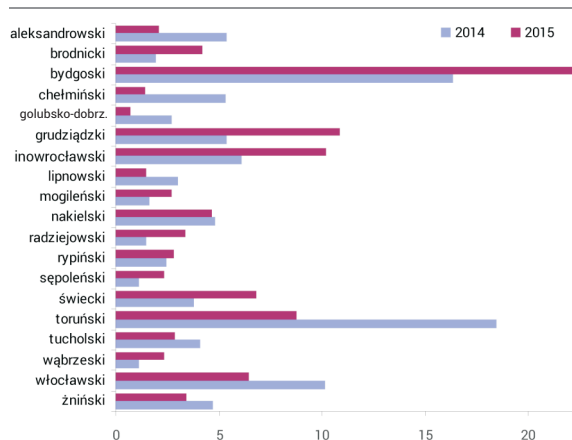


Ospa w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2014-2015. Zachorowania wg płci.



Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2015. Liczba zachorowań wg wieku (ukończone lata).

Terytorialny rozkład zachorowań na ospę wietrzną w regionie przedstawia poniższy wykres.

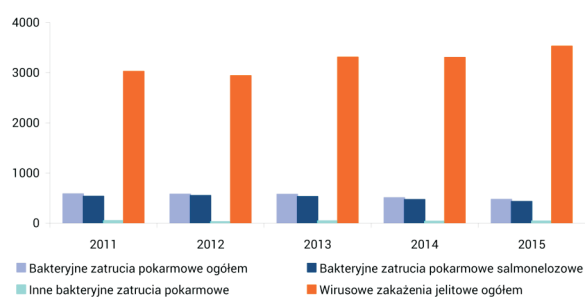


Ospa wietrzna w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2012-2015. Odsetek zachorowań według powiatów.

Zatrucia i zakażenia pokarmowe wywołane przez czynniki biologiczne

Zatrucia i zakażenia pokarmowe to grupa chorób niejednorodna pod względem etiologicznym, wyodrębniona w nadzorze epidemiologicznym ze względu na ważną rolę w zdrowiu publicznym. Zapadalność na te jednostki chorobowe jest związana ze stanem warunków sanitarno-higienicznych obiektów produkcji i obrotu żywnością, a także higieną przyrządzania i spożywania potraw w środowiskach domowych. Zatrucia i zakażenia pokarmowe zostały wskazane w Narodowym Programie Zdrowia jako grupa chorób wymagająca wzmożonego nadzoru. W województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011–2015 zaobserwowano nieznaczny spadek zapadalności na zatrucia pokarmowe o etiologii bakteryjnej ogółem, w tym salmonelozowej, oraz wzrost zapadalności na zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej ogółem. W tym okresie odnotowano także wzrost liczby rejestrowanych innych bakteryjnych zakażeń jelitowych, w których dominującym czynnikiem etiologicznym jest łaseczka *Clostridium difficile*.

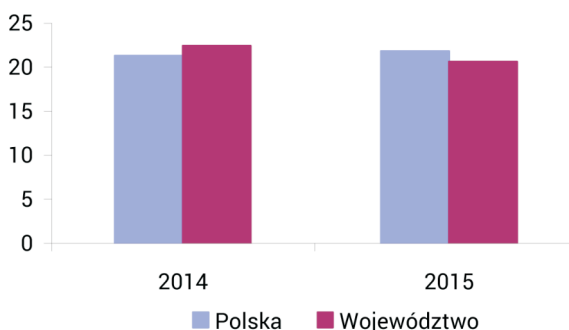
Od 2013 roku obserwujemy wzrost zakażeń jelitowych o etiologii *Clostridium difficile*. W roku 2015 zapadalność wzrosła prawie dwukrotnie i nieznacznie przewyższała zapadalność krajową.



Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011-2015. Liczba zachorowań.

W roku 2015 odnotowano 472 przypadki bakteryjnych zatruc pokarmowych ogółem. To najmniej od 2011 roku. Zapadalność, wyno-

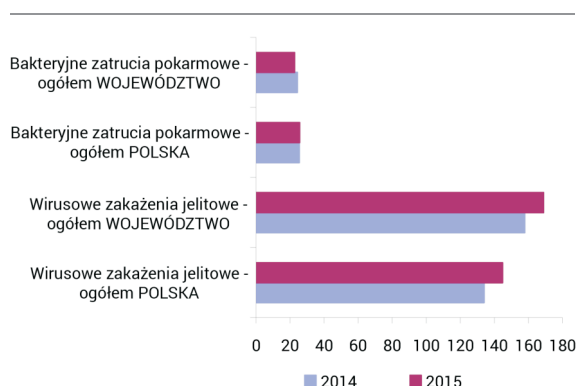
sząca 22,58/100000 ludności była niższa od krajowej, wynoszącej 25,56. Od wielu lat, podobnie jak w całym kraju, głównym czynnikiem etiologicznym bakteryjnych zatruc pokarmowych są odzwierzęce typy pałeczek *Salmonella*, wśród których dominuje *Salmonella Enteritidis*, jednak częstość zachorowań spowodowana tym serotypem zmniejsza się. Udział zatruc o etiologii salmonelozowej wyniósł w 2015 roku 91,3%. W porównaniu z rokiem 2014 odnotowano wzrost liczby salmonelozowych zakażeń pozajelitowych, które w ponad 80% przypadków manifestowały się klinicznie posocznicą.



Zatrucia pokarmowe o etiologii salmonelozowej w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2014-2015. Zapadalność na 100000 ludności.

O dobrej diagnostyce bakteryjnych zatruc pokarmowych świadczy fakt, że zatrucia o nieustalonej etiologii stanowiły w 2015 r. poniżej 1,5% ogółu zgłoszeń.

Od roku 2012 obserwowany jest wzrost zapadalności w grupie wirusowych zakażeń jelitowych, spowodowany najprawdopodobniej coraz szerszą diagnostyką laboratoryjną chorób przewodu pokarmowego. W roku 2015 zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim 3531 wirusowych zakażeń jelitowych ogółem. To więcej o 6,5% w stosunku do roku 2014. Zapadalność wojewódzka (168,95) była wyższa od krajowej, wynoszącej 144,82/100000 ludności. Podobnie jak w kraju, najwięcej zgłoszonych przypadków dotyczyło zakażeń wywołanych przez rotawirusy (ponad 60%), a zdiagnozowane u dzieci do lat 2 wirusowe zakażenia jelitowe stanowiły ponad 40% wszystkich zachorowań.



Bakteryjne zatrucia pokarmowe i wirusowe zakażenia jelitowe w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2014-2015. Zapadalność na 100000 ludności.

Po raz pierwszy od 2012 roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu A. Zachorowania dotyczyły dwóch osób; jedna podróżowała na Białoruś, druga do Maroka. Osoby te nie poddały się szczepieniom przeciwko wzw typu A w ramach profilaktyki choroby.

Zapadalność, wynosząca 0,1/100000 ludności, była niższa od notowanej w kraju (0,13). Niewielka liczba notowanych zachorowań na wzv typu A skutkuje niską odpornością naturalną populacji, co może być powodem, w przypadku tej choroby, poważniejszych zagrożeń epidemicznych.

W 2015 roku odnotowano jeden, przywleczony z Indii, przypadek duru brzuszego u 34-letniej kobiety. Odnotowano dwa sporadyczne zachorowania na czerwone bakterie. Jedno z zachorowań było przypadkiem przywleczonym z Azerbejdżanu. Zgłoszono jeden potwierdzony laboratoryjnie przypadek zatrucia toksyną botulinową. Źródłem zatrucia był nieprawidłowo przygotowany produkt wędliniarski własnego wyrobu. W 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim nie notowano durów rzekomych oraz przypadków zatrucia toksynami grzybów trujących.

Nadzorowi epidemiologicznemu podlegają biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe u dzieci do lat 2 o nieokreślonej etiologii, o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu. W roku 2015, w porównaniu z rokiem poprzednim, odnotowano wzrost liczby zachorowań w tej grupie

chorób; to najwięcej przypadków zachorowań od roku 2009. Zapadalność 1837,29 (w grupie dzieci do lat 2) była niższa od zapadalności krajowej (2538,52). Wprowadzone w 2009 roku zmiany w raportowaniu tych zachorowań pozwalają na analizę zgłaszanych przypadków pod kątem wykonanej diagnostyki laboratoryjnej, w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych. Z danych za 2015 rok wynika, że w blisko 70% przypadków nie wykonano żadnych badań laboratoryjnych w kierunku czynników etiologicznych wywołujących zachorowania. Wysoki odsetek przypadków, w których nie wykonywano badań diagnostycznych, utrzymuje się w województwie kujawsko-pomorskim od 2009 roku i wskazuje na małą liczbę szczegółowo rozpoznawanych biegunk u dzieci. Głównym kierunkiem badań laboratoryjnych, które wykonano, były bakterie i wirusy.

W roku 2015 w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 617 przypadków bakteryjnych, sporadycznych zatruc pokarmowych i zakażeń jelitowych. To o 107 przypadków mniej niż w roku 2014. Czynniki etiologiczne zostały wyizolowane w 502 przypadkach zachorowań. Badań nie wykonano u 28 osób, a u 87 osób wynik był ujemny. Łącznie w 115 przypadkach zachorowań nie ustalono czynnika etiologicznego (18,6%); to o 4,9% więcej przypadków niż w roku 2014.

Zachorowania na jersiniozę jelitową pozostawały na poziomie roku 2014. Zapadalność wyniosła 0,96 na 100000 mieszkańców i była wyższa od zapadalności krajowej (0,49). Po raz pierwszy od roku 2012 odnotowano 1 przypadek jersiniozy pozajelitowej. Nadal nielicznie rejestrowane były przypadki kampylobakteriozy. Zapadalność na poziomie 0,91/100000 mieszkańców była prawie dwukrotnie niższa od krajowej (1,71).

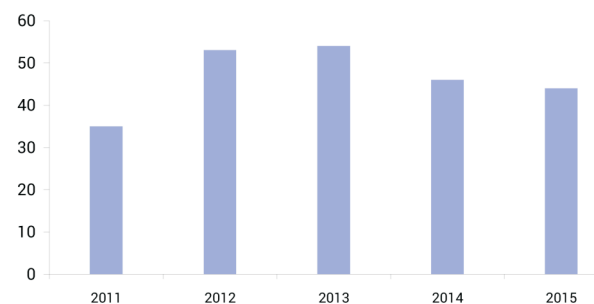
Odnawiano dwukrotny spadek liczby zgłoszonych zakażeń wywołanych przez *Escherichia coli* – 64 przypadki (w roku 2014 – 125). Zgłoszono jeden przypadek ciężkiego zespołu hemolityczno-mocznicowego w przebiegu zakażenia *E. coli* enterokrwotoczną u dziecka w wieku do lat 2 oraz 4 przypadki zakażeń jelitowych wywołane przez *E. coli* biegunkotwórczą, również u dzieci do lat 2. Spośród wszystkich przypadków bakteryjnych, sporadycznych zatruc/zakażeń pokarmowych

mowych, najczęściej nośnikiem pokarmowym były potrawy z jaj oraz z dodatkiem jaj – 36% (spadek o 26% w porównaniu do roku poprzedniego). Drugą grupą nośników były warzywa i owoce – 27,9% (spadek o 3,1%), kolejną mleko i przetwory mleczne – 10,2%, inne potrawy – 8,4%, mięso i potrawy mięsne 1,6%. Dla 15,9% nie ustalono nośnika pokarmowego (w roku 2014 było to 18%, a w roku 2013 – 25,6%).

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową

Liczba zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2011–2015 wahała się pomiędzy 35 a 54.

W roku 2015 zgłoszono 44 ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową, w tym 14 to ogniska epidemiologiczne zakażeń szpitalnych (blisko 32% ogółu; rok 2014 – 10 ognisk, 22%). Łącznie w 2015 roku w ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową, narażonych na zachorowanie było 1351 osób (w tym 267 dzieci do lat 14), zachorowało 409 osób (w tym 87 dzieci do lat 14), a hospitalizowano 88 osób – ponad 20% wszystkich chorych (w tym 34 dzieci do lat 14). Odnotowano 4 zgony w szpitalnych ogniskach epidemicznych, gdzie czynnikiem etiologicznym była laseczka *Clostridium difficile*.

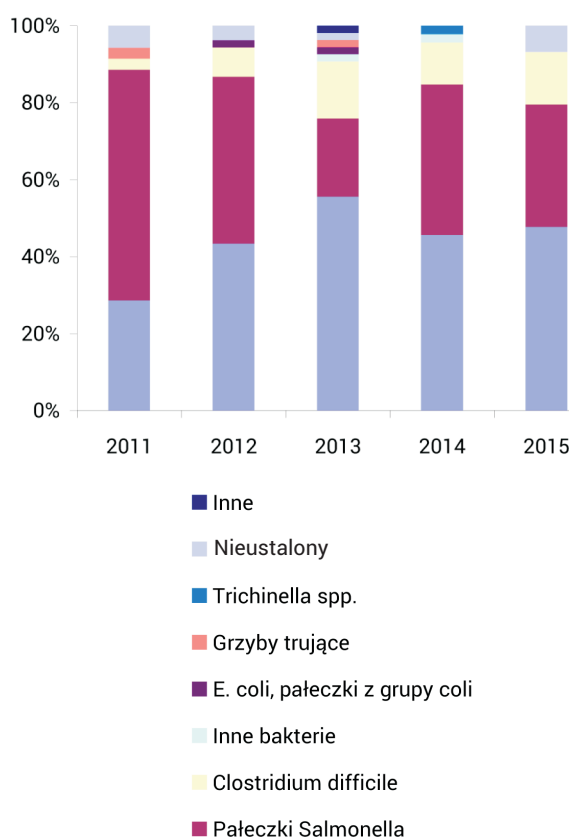


Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2011-2015. Liczba ognisk.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego odnotowano dwa ogniska choroby

przenoszonej drogą pokarmową o etiologii wirusowej, które wystąpiły w szpitalach, a związane były z korzystaniem przez te podmioty z tego samego outsourcingu w zakresie żywienia pacjentów.

Dominującym czynnikiem etiologicznym (ponad 47%) w ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową były wirusy, w tym: rotawirusy (14 ognisk) i norowirusy (7 ognisk). Pozostałe czynniki etiologiczne ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową to: pałeczki *Salmonella* (14 ognisk) i toksynotwórcze szczepy laseczki *Clostridium difficile* (6 ognisk). Odnotowano trzy ogniska, w których nie ustalono czynnika etiologicznego (6,8% wszystkich zgłoszonych).

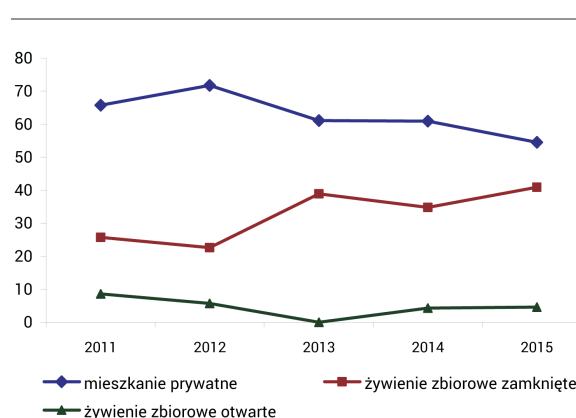


Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2011-2015. Udział procentowy według czynnika etiologicznego

W dalszym ciągu duże znaczenie w epidemiologii ognisk chorób przenoszonych drogą po-

karmową ma kontaktowa droga szerzenia się zakażeń. Szczególnie dotyczy to takich patogenów jak: noro- i rotawirusy oraz zarodnikująca laseczka *Clostridium difficile*. Liczba ognisk, w których zakażenie szerzyło się drogą kontaktową wyniosła 24 (ponad 50% wszystkich zgłoszonych), w tym 14 to ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych.

Dużym problemem i wyzwaniem dla zespołów ds. kontroli zakażeń szpitalnych są ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych wywołane przez laseczkę *Clostridium difficile*, zarówno ze względu na ciężki przebieg zachorowań (zwłaszcza u osób starszych, z obniżoną odpornością), antybiotykoterapię jako czynnik ryzyka zakażeń, jak i trudności w wyeliminowaniu patogenu ze środowiska szpitalnego. W sześciu zgłoszonych w 2015 roku szpitalnych ogniskach zakażeń, wywołanych przez toksynotwórcze szczepy *Clostridium difficile*, prawdopodobnymi drogami szerzenia się zakażenia były zanieczyszczone ręce



Ogniska zatruc/zakażeń pokarmowych w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011-2015, według miejsc występowania.

zakażeń. Były to potrawy z jaj i z dodatkiem surowych jaj (11 ognisk) oraz inne potrawy z różnych surowców (11 ognisk).

Ponad 50% zgłoszonych w 2015 roku ognisk znajdowało się w mieszkaniach prywatnych

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2011-2015.

Czynnik etiologiczny	2011				2012				2013				2014				2015			
	Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania		Ogniska		Zachorowania	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Salmonella – typy odzwierzęce	21	60	148	36,6	23	43,4	111	25,3	11	20,3	92	11,1	18	39,1	111	34,7	14	31,8	96	23,5
Clostridium botulinum									1	1,9	2	0,24								
Clostridium difficile	1	2,9	11	2,7	4	7,5	25	5,7	8	14,8	43	5,1	5	10,8	20	6,3	6	13,6	27	6,6
E.coli, pałeczki z grupy coli					1	1,9	2	0,5	1	1,9	2	0,24								
Inne czynniki bakteryjne (Shigella sonnei)													1	2,2	3	0,9				
Wirusy (rotawirus, norowirus, HAV)	10	28,5	210	51,9	23	43,4	282	64,4	30	55,5	685	82,5	21	45,7	164	51,2	21	47,7	223	54,5
Toksyny grzybów trujących	1	2,9	3	0,7					1	1,9	2	0,24								
Trichinella spp.													1	2,2	22	6,9				
Nieustalony	2	5,7	32	7,9	2	3,8	18	4,1	1	1,9	2	0,24					3	6,9	63	15,4
Inne (Giardia lamblia)									1	1,9	2	0,24								
Ogółem	35	100	404	100	53	100	438	100	54	100	830	100	46	100	320	100	44	100	409	100

personelu, kontakt ze skażonymi powierzchniami dotykowymi lub kontakt bezpośredni z osobami zakażonymi. W pozostałych ośmiu zgłoszonych z oddziałów szpitalnych ogniskach epidemicznych, czynnikami etiologicznymi zachorowań były rotawirusy (6 ognisk) i norowirusy (2 ogniska). Również w tych przypadkach drogą szerzenia się zakażeń była droga kontaktowa.

W 22 ogniskach chorób przenoszonych drogą pokarmową określono nośniki pokarmowe

(23 ogniska), a ponad 30% to ogniska epidemiczne zakażeń w szpitalach (14). Pozostałe ogniska związane były z pobytem w obiektach użyteczności publicznej, takich jak sanatorium, restauracje oraz placówki nauczania i wychowania.

Niepokojącym zjawiskiem jest obserwowany w latach 2012-2015 wzrost, w ogólnej liczbie zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową, liczby ognisk występujących w obiektach żywienia zbiorowego typu zamknię-

tego. Występowanie ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych związanych z żywnością zbiorową, prowadzonym również w ramach usług cateringowych w szpitalach, wymaga w dalszym ciągu wzmoczonego nadzoru sanitarnego nad przestrzeganiem standardów produkcji i wydawania do spożycia potraw oraz nad stanem sanitarno-higienicznym w tych obiektach.

Kontaktowa droga szerzenia się zakażeń w szpitalnych ogniskach epidemicznych chorób przenoszonych drogą pokarmową, mimo podejmowania szeregu działań przeciwepidemicznych, świadczyć może o niedostatecznym przestrzeganiu przez personel medyczny procedur higieny rąk oraz niedostatecznym utrzymywaniu czystości

środowiska szpitalnego i wymaga ciągłego wdrażania strategii zmierzających do poprawy, zwłaszcza w zakresie higieny rąk. Występowanie ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w środowiskach domowych wymaga natomiast działań w zakresie kształtowania i utrwalania podstawowych zachowań prozdrowotnych ludności.

Na przestrzeni lat 2008–2015 obserwowane jest zróżnicowanie terytorialne w liczbie zgłaszanych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową w poszczególnych powiatach. Może to świadczyć o różnej czułości nadzoru epidemiologicznego prowadzonego w tym zakresie oraz niepełnym zgłaszaniu tych zdarzeń.

Ogniska chorób przenoszonych drogą pokarmową w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2008–2015. Liczba zgłoszeń według powiatów.

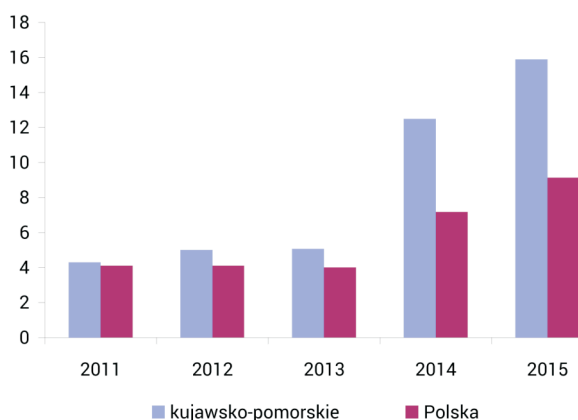
Powiat	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
aleksandrowski	-	-	1	1	-	1	-	2
brodnicki	2	-	-	1	3	-	1	1
bydgoski	7	-	12	1	9	13	12	7
chełmiński	-	1	-	-	-	-	-	-
golubsko-dobrzyński	-	1	-	-	1	1	1	1
grudziądzki	-	-	1	2	2	2	1	6
inowrocławski	4	2	3	5	6	3	3	3
lipnowski	2	1	-	2	1	1	2	1
mogileński	1	-	1	1	1	2	1	1
nakielski	-	-	-	-	3	1	-	-
radziejowski	1	1	1	-	-	1	-	-
rypiński	1	-	-	2	1	1	-	1
sępoleński	1	-	1	-	-	1	2	1
świecki	-	-	-	3	4	2	3	2
toruński	10	6	14	11	19	22	15	14
tucholski	2	-	1	1	-	1	1	1
wąbrzeski	1	-	-	-	-	-	-	-
włocławski	5	2	5	3	2	-	2	1
żniński	-	4	-	2	1	2	2	2
Razem	37	18	40	35	53	54	46	44

Choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek

Zakażenia HBV i HCV stanowią ciągle istotny problem zdrowia publicznego ze względu na możliwość wystąpienia poważnych następstw zdrowotnych, takich jak marskość wątroby i rak wątrobowokomórkowy (HCC), a także z uwagi na utrzymywanie się ogólnej tendencji wzrostu liczby nowo wykrywanych przypadków.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Wirusowe zapalenie wątroby typu B rejestrowano kwalifikując przypadki według szczegółowych kryteriów. Podobnie jak w roku 2014, uwzględniano zarówno zgłoszenia przesyłane przez lekarzy, jak i kierowników laboratoriów. W roku 2015 odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 332 nowe przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu B, w tym 2 z koinfekcją HBV/HCV oraz 3 przypadki o przebiegu ostrym. W porównaniu z rokiem 2014 to więcej o ponad 27%. Zapadalność 15,88/100000 ludności była wyższa od notowanej w kraju (9,13/100000).



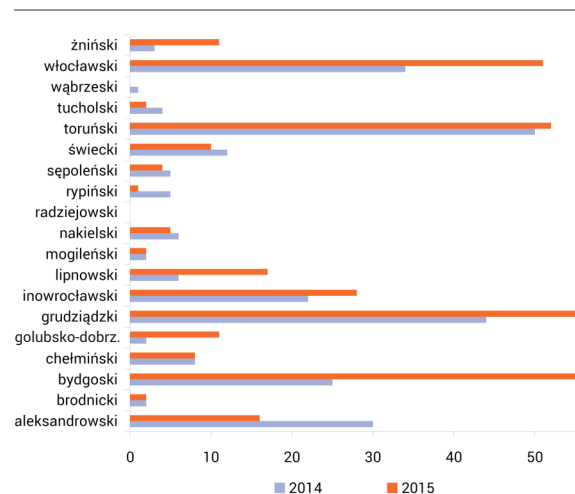
Wirusowe zapalenie wątroby typu B ogółem w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2011-2015. Zapadalność na 100000 ludności.

Podstawową przyczyną wzrastającej liczby rejestrowanych przypadków wzv typu B było wprowadzenie w roku 2014 obowiązku zgłaszania przez laboratoria dodatnich wyników ba-

dań w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu B oraz zmiany w definicji choroby. W roku 2015 przypadki rejestrowane na podstawie zgłoszeń z laboratoriów stanowiły ponad 70% wszystkich notowanych.

W nadzorze epidemiologicznym klasyfikacja przypadków opiera się na kryteriach laboratoryjnych, które dzieli się na kryteria postaci ostrej i na kryteria postaci przewlekłej lub bliżej nieokreślonej (BNO). Uwzględnienie kryteriów laboratoryjnych, określających fazy choroby, pozwoliło zakwalifikować zgłoszone przypadki jako: ostre - 3 przypadki (0,9% ogółu zachorowań), przewlekłe - 45 (13,6%) oraz BNO („bliżej nieokreślone” co do fazy choroby) - 284 przypadki (85,5%). Podobnie jak w kraju, zachorowania ostre wzv B pozostają w województwie kujawsko-pomorskim od wielu lat na niskim poziomie (zapadalność w 2015 roku wynosiła 0,14/100000 ludności), co jest zjawiskiem korzystnym. Zachorowało 176 kobiet i 156 mężczyzn. Zgłaszane przypadki częściej dotyczyły mieszkańców miast niż wsi. Ponad 62% zachorowań wystąpiło w grupach wiekowych pomiędzy 20 a 39 lat. Nie notowano zachorowań w grupie wiekowej 0-14 lat, która jest w całości objęta szczepieniami przeciwko wzv typu B w okresie noworodkowym.

W dalszym ciągu obserwowane są różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachoro-



Wirusowe zapalenie wątroby typu B w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2014 - 2015. Liczba zachorowań wg powiatów.

wań w powiatach. Sytuację tę można powiązać z niepełnym zgłaszaniem wykrywanych przypadków. Potwierdzają to prowadzone przez nadzór epidemiologiczny województwa kujawsko-pomorskiego weryfikacje danych o zachorowaniach, sporządzanych przez NFZ na podstawie raportów świadczeniodawców.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

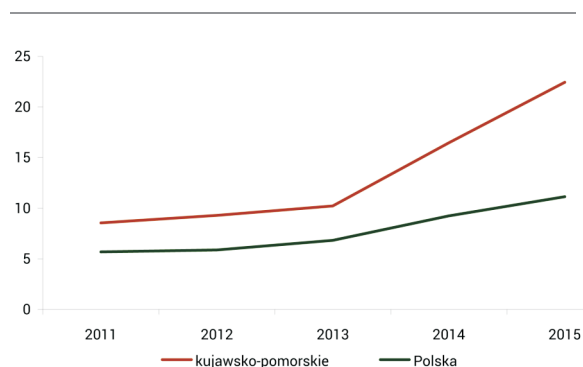
W roku 2015 w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 469 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C. Zapadalność na 100000 ludności wyniosła 22,44 i była dwukrotnie wyższa od notowanej w kraju – 11,13.

Zauważalna od roku 2013 tendencja wzrostowa zapadalności wzv typu C nie jest faktycznym wzrostem liczby zachorowań, a jedynie wzrostem liczby identyfikowanych przypadków, wynikającym z obowiązku zgłaszania przez laboratoria dodatnich wyników badań w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu C. Przypadki zarejestrowane w województwie kujawsko-pomorskim na podstawie zgłoszenia laboratoryjnego stanowiły w 2015 roku ponad 40% wszystkich rejestrowanych zachorowań.

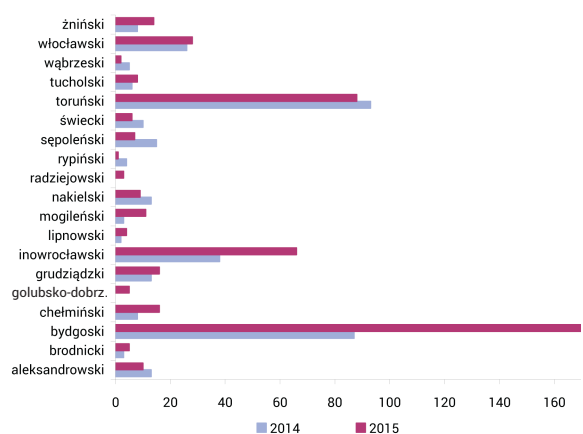
Zgłoszono dwa zachorowania o przebiegu ostrym (0,4%). Bezobjawowy przebieg choroby odnotowano w blisko 70% przypadków. Zarejestrowano zachorowania 242 kobiet i 227 mężczyzn. Najwięcej, blisko 1/3 zachorowań, stwierdzono w grupie wiekowej 60+, następnie w grupach wiekowych 30-39 lat i 20-29 lat – odpowiednio 25,9% i 20,3% wszystkich zachorowań. U ponad 97% osób aktywność zakażenia potwierdzono obecnością HCV RNA. Analiza dostępnych informacji o potencjalnych narażeniach, których skutkiem może być zakażenie HCV wykazała, że ponad 34% osób leczonych było przetoczeniami krwi w przeszłości, blisko 50% obecnie chorych miało duże operacje, a u ponad 66% wykonywano małe zabiegi chirurgiczne. 8,7% chorych miało wykonany tatuaż.

Podobnie, jak w przypadku wzv typu B, występują różnice terytorialne w liczbie zgłaszanych zachorowań w powiatach – od pojedynczych przypadków do kilkudziesięciu w ciągu ro-

ku. Najwięcej zgłoszono w powiecie bydgoskim, inowrocławskim i toruńskim – łącznie blisko 70% ogółu zachorowań. W porównaniu z rokiem 2014, wyraźnie zauważalny był w roku 2015 wzrost liczby rejestrowanych przypadków w powiatach: bydgoskim, chełmińskim, inowrocławskim, mogileńskim i żnińskim.



Wirusowe zapalenie wątroby typu C (def. 2014) w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011-2015. Zapadalność na 100000 ludności.



Wirusowe zapalenie wątroby typu C w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2014-2015. Liczba przypadków według powiatów.

Wzrost liczby wykrywanych przypadków może wynikać z lepszego dostępu do badań w kierunku zakażenia HCV, także poprzez bezpłatne badania przeprowadzane w ramach realizacji programów zdrowotnych i kampanii społecznych. Wobec faktu braku szczepień przeciw zakażeniom HCV oraz wskazywaniu procedur medycznych jako najbardziej prawdopodobnej drogi za-

każeń HCV, w dalszym ciągu konieczne jest upowszechnianie wiedzy na temat sposobów zapobiegania zakażeniom HCV, edukacja na temat zagrożeń oraz wzmocnienie kontroli przestrzegania procedur medycznych.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

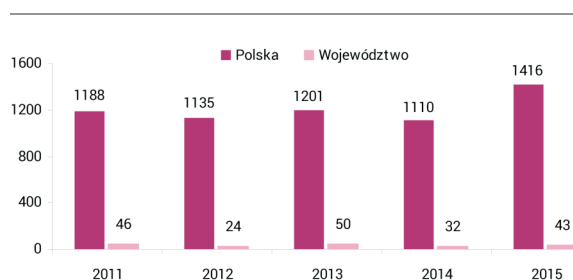
Ocenę sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w województwie kujawsko-pomorskim oparto na zgłoszeniach od lekarzy oraz kierowników laboratoriów, które wpłynęły do końca 2015 roku i zostały poddane weryfikacji w celu ustalenia spełnienia kryteriów definicji do celów nadzoru epidemiologicznego oraz wykluczenia powtórnych zgłoszeń tego samego przypadku.

W województwie kujawsko-pomorskim utrzymywała się względnie korzystna sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV i zachorowań na AIDS. W 2015 roku zgłoszono 43 nowo wykryte zakażenia HIV i 4 zachorowania. Nie odnotowano zgonów z powodu AIDS. Ogółem od początku rejestracji (czyli od 1985 roku) do końca 2015 roku w województwie odnotowano 779 osób zakażonych HIV i 184 zachorowania na AIDS. Z powodu choroby zmarły 92 osoby.

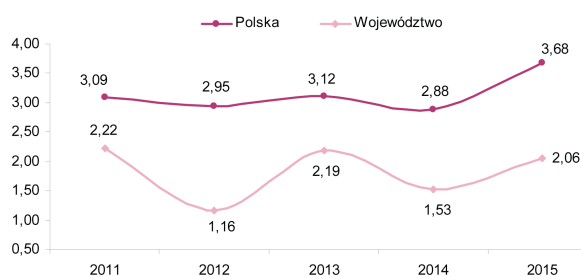
W Polsce od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 grudnia 2015 roku ogółem zarejestrowano 20 062 zakażeń HIV i 3 339 zachorowań na AIDS. Zmarło 1 322 chorych (stan na 30 listopada 2015 roku).

Nowo wykryte przypadki HIV w większości przypadków dotyczyły osób z grup wiekowych: 19-29 lat (42%) oraz 30-39 lat (33%). Dominowały zakażenia HIV mężczyzn.

Podobnie jak w latach ubiegłych utrzymywał się niski odsetek zgłoszeń, w których po-



Zakażenia HIV w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2011–2015. Liczba nowo wykrytych zakażeń.



Zakażenia HIV w Polsce i w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2011–2015. Zapadalność na 100000 ludności.

dano prawdopodobną drogę zakażenia. W 2015 roku tylko 9% zgłoszeń zawierało te informacje, a wśród podanych dróg szerzenia dominowały kontakty seksualne homoseksualnych mężczyzn. Odnotowano 1 zakażenie HIV w wyniku ekspozycji zawodowej na krew. Brak dostatecznej wiedzy dotyczącej transmisji zakażeń HIV ogranicza możliwość odpowiedniego ukierunkowania działań profilaktycznych.

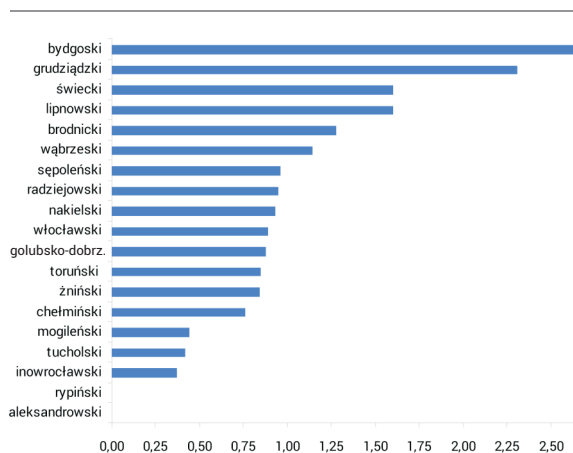
Średnia roczna zapadalność HIV w woj. kujawsko-pomorskim w latach 2011–2015 utrzymywała się na stosunkowo niskim poziomie: zakażeniu ulegały mniej niż 2 osoby na 100000 ludności.

Liczba zakażeń HIV i zapadalność na 100000 ludności.

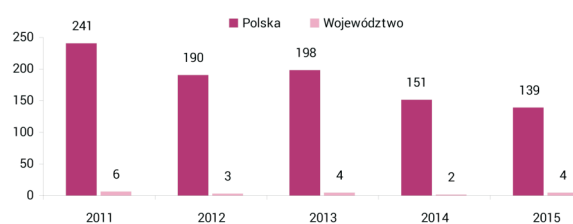
HIV	2011		2012		2013		2014		2015	
	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
Polska	1 188	3,09	1 135	2,95	1 201	3,12	1 110	2,88	1416	3,68
Województwo kujawsko-pomorskie	46	2,22	24	1,16	50	2,39	31	1,48	43	2,06

Liczba zachorowań na AIDS i zapadalność na 100000 ludności.

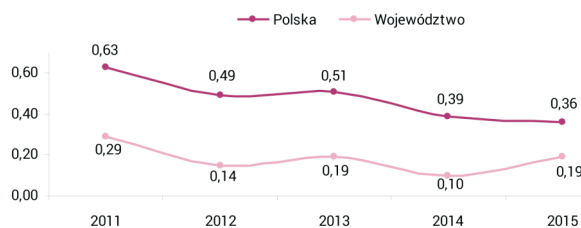
AIDS	2011		2012		2013		2014		2015	
	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.	Liczba	Zapad.
Polska	241	0,63	190	0,49	198	0,51	15	0,39	139	0,36
Województwo kujawsko-pomorskie	6	0,29	3	0,14	4	0,19	2	0,10	4	0,19



Średnia roczna zapadalność na HIV, na 100000 ludności w latach 2011-2015, według powiatów.



AIDS w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2011-2015. Liczba zachorowań.



Zachorowania na AIDS w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011-2015. Zapadalność na 100000 ludności.

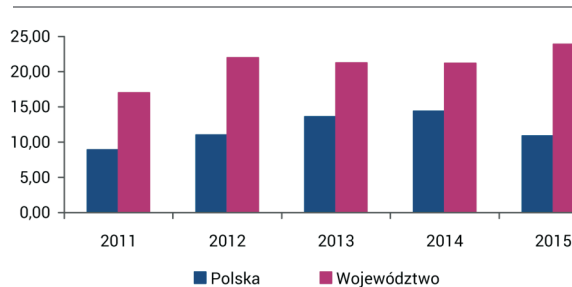
Kluczową rolę w ograniczeniu transmisji zakażeń HIV odgrywa wczesna diagnoza oraz natychmiastowe wdrożenie terapii. Późne rozpoznanie, a w rezultacie opóźnione wdrożenie terapii,

są czynnikami prowadzącymi do rozwoju chorób związanych z AIDS oraz śmierci.

Choroby inwazyjne

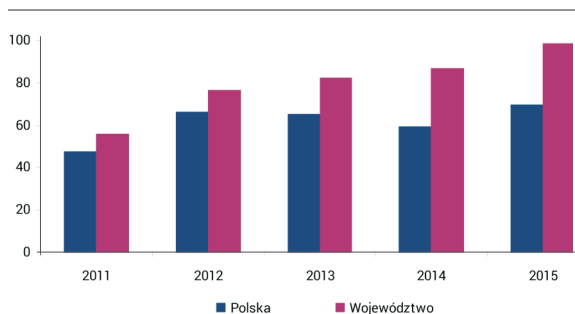
Od wielu lat dominującą postacią kliniczną rejestrowanych inwazyjnych chorób wywołanych przez *Streptococcus pyogenes* jest róża. W 2015 roku zgłoszono 499 przypadków tej choroby, co stanowi 97,8% wszystkich przypadków inwazyjnych zakażeń wywołanych tym czynnikiem biologicznym. Zapadalność na różę wynosiła 23,88/100000 i dwukrotnie przekraczała średnią zapadalność w kraju. Nie zgłoszono przypadków zespołu wstrząsu toksycznego i gorączki postępowej. 11 przypadków zakwalifikowano do grupy „innych określonych i nieokreślonych” zachorowań inwazyjnych.

Ważną chorobą wywołaną przez paciorkowce ropotwórcze jest płonica. W ewidencji sprawozdawczej wyłączona została ona z grupy chorób inwazyjnych wywołanych przez *Streptococcus pyogenes*, ale zasługuje ona w tym miejscu na wyszczególnienie z uwagi na wysoką zapadalność, znacznie przekraczającą średnią krajową. W 2015 roku w regionie zgłoszono 2060 przypadków płonicy (98,6/100000). Jest to aż o 241 zgłoszonych przypadków więcej niż w 2014 roku. Pod względem zapadalności płonica zajmuje

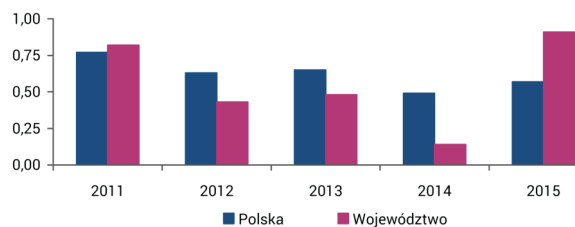


Róża w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2011-2015. Zapadalność na 100000 ludności.

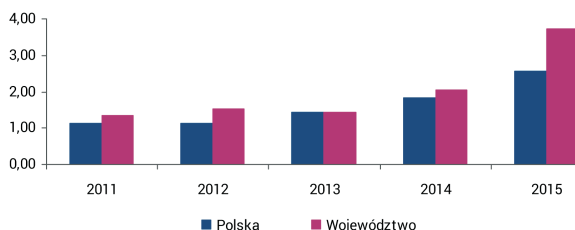
je jedną z czołowych pozycji na liście wszystkich rejestrowanych w województwie kujawsko-pomorskim chorób zakaźnych.



Płonica w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2011–2015. Zapadalność na 100000 ludności.



Choroba meningokokowa w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2011–2015. Zapadalność na 100000 ludności.



Choroba pneumokokowa w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2011–2015. Zapadalność na 100000 ludności.

Zakażenia meningokokowe, pneumokokowe i wywołane przez *Haemophilus influenzae* wywołują poważne w skutkach zespoły chorobowe, do których należą między innymi zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub zapalenie mózgu oraz posocznica. W 2015 roku zgłoszono 19 przypadków choroby meningokokowej (zapadalność 0,90 na 100000), w tym 10 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i 13 przypadków posocznicy. U czwórki chorych roz-

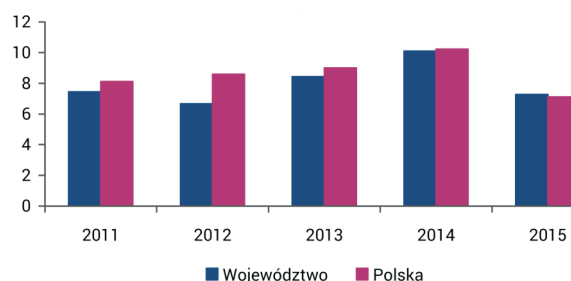
poznano obie wyżej wymienione postacie kliniczne choroby. To znaczny wzrost zachorowań w stosunku do lat ubiegłych, ale nie wywołujący zagrożenia epidemiologicznego. Wszystkie przypadki to zachorowania sporadyczne, bez powiązań epidemiologicznych. Zgodnie z procedurami prowadzono nadzór epidemiologiczny nad osobami mającymi styczność z chorymi i kierowano je na profilaktyczną antybiotykoterapię.

Pneumokoki były przyczyną zgłoszenia 78 przypadków inwazyjnych zakażeń (zapadalność 3,73 na 100000.); to prawie dwukrotnie więcej niż 2014 roku (2,06). Dominującą postacią kliniczną była posocznica – 59 przypadków i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – 13 przypadków. W 23 przypadkach rozpoznano pneumokokowe zapalenie płuc. Z ogólnej liczby zachorowań tylko 8 przypadków dotyczyło dzieci do 15 roku życia, z czego 3 zachorowania wystąpiły u dzieci w pierwszym roku życia.

W ocenianym okresie odnotowano tylko trzy przypadki inwazyjnej choroby wywołanej przez *Haemophilus influenzae* pod postacią posocznicy. Wszystkie zachorowania wystąpiły u osób dorosłych.

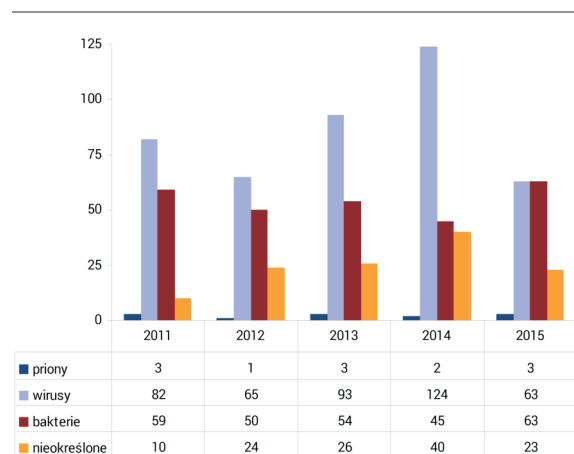
Neuroinfekcje

W 2015 roku w grupie infekcyjnych chorób ośrodkowego układu nerwowego zaobserwowano spadek zapadalności. W porównaniu do 2014 roku liczba zgłoszonych neuroinfekcji była mniejsza o 28%. Zapadalność na neuroinfekcje ogółem w 2015 roku w regionie była zbliżona do



Neuroinfekcje ogółem w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2011–2015. Zapadalność na 100000 ludności.

zapadalności krajowej. Zgłoszono łącznie 152 (zapadalność 7,27/100000) przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, z czego 63 przypadki o etiologii wirusowej (zapadalność 3,01/100000), 63 przypadki o etiologii bakteryjnej (zapadalność 3,01/100000), 3 przypadki encefalopatii gąbczastych, a w 23 przypadkach nie określono rodzaju czynnika chorobotwórczego. Hospitalizacja pacjentów w tej grupie chorób wynosiła 100%.



Liczba przypadków chorób OUN w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011–2015 według czynników etiologicznych.

Wykrytymi w badaniach laboratoryjnych bakteryjnymi czynnikami etiologicznymi zakażeń ośrodkowego układu nerwowego były meningokoki (10) i pneumokoki (13) oraz gronkowce (6).

Choroby przenoszone przez kleszcze

Od kilku lat obserwuje się w Polsce wzrost częstości występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, zarówno wśród ludzi, jak i wśród zwierząt. Najczęściej notowanymi i zarazem najgroźniejszymi są choroba z Lyme oraz kleszczowe zapalenie mózgu. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, w 2015 roku, zarejestrowano 399 przypadków boreliozy oraz jedno zachorowanie na kleszczowe zapalenie mózgu.

Borelioza (Choroba z Lyme)

Borelioza jest odzwierzęcą chorobą zakaźną, występującą endemicznie głównie w sąsiedztwie większych kompleksów leśnych. Wywołują ją krętki *Borellia* z rodziny *Spirochaetaceae*. Rezerwuarem tych bakterii są liczne gatunki zwierząt, głównie gryzonie, natomiast wektorem choroby są kleszcze z rodzaju *Ixodes*. Zainfekowany kleszcz, żerując na żywicielu wprowadza krętka przez skórę podczas ukłucia. Choroba może mieć różną postać, a jej przebieg regulowany jest zarówno przez układ immunologiczny danej osoby, jak i uwarunkowania genetyczne. Obraz kliniczny wiąże się z zajęciem skóry (postać wczesna), stawów, układu nerwowego lub serca.

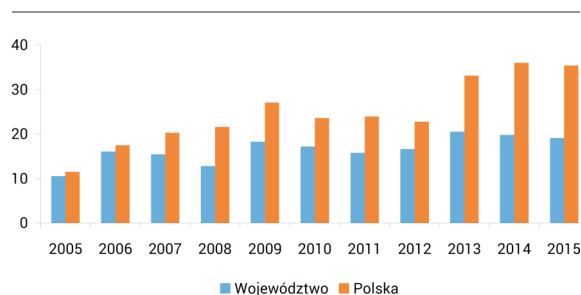
Zapadalność na boreliozę w województwie kujawsko-pomorskim oraz na terenie kraju w poszczególnych latach przedstawiono w poniższej tabeli.

Borelioza w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2005–2015. Zapadalność na 100000 ludności.

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Województwo kujawsko-pomorskie	10,54	16,06	15,44	12,82	18,27	17,20	15,80	16,63	20,53	19,80	19,09
Polska	11,54	17,5	20,28	21,64	27,08	23,62	23,98	22,80	33,14	36,01	35,40

Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu boreliozy i listeriozy rozpoznano łącznie w 7 przypadkach. Wśród infekcji wirusowych najczęściej zgłaszaną postacią kliniczną były zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych – 53 przypadki. Zapalenie mózgu o etiologii wirusowej rozpoznano u 9 chorych.

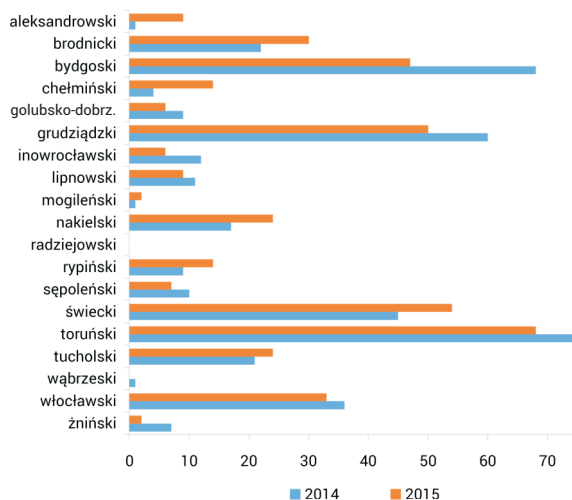
W latach 2005-2015 zapadalność na chorobę z Lyme na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wahała się od 10,54 na 100000 mieszkańców w 2005 roku, do 19,09 w roku 2015. Współczynnik zapadalności dla województwa był zbliżony do ubiegłorocznego. Jednocześnie zaobserwowano, iż zapadalność dla województwa



Borelioza w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2005–2015. Zapadalność na 100000 ludności.

była prawie o połowę niższa od zapadalności krajowej.

W 2015 roku zarejestrowano 399 przypadków boreliozy - o 14 mniej niż w roku poprzednim. Częstość występowania zachorowań na boreliozę w 2015 roku była zróżnicowana na obszarze województwa. Najwięcej przypadków rozpoznano i zgłoszono w powiecie toruńskim – 68, świeckim – 54 oraz grudziądzkim – 50. Na terenie dwóch powiatów (radziejowskiego i wąbrzeskiego) nie odnotowano zachorowań na boreliozę.



Przypadki boreliozy w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2014–2015. Liczba zachorowań wg powiatów.

Zgodnie z definicją obowiązującą w nadzorze, 364 przypadki zakwalifikowano jako potwierdzone, natomiast 35 zachorowań spełniało kryteria przypadku prawdopodobnego. Wśród zachorowań wystąpiły różne postacie kliniczne boreliozy. Dominowała faza wczesna (75,4%); faza

późna stanowiła 24,6%, w tym: postać stawowa 18,3%, neuroborelioza 6,0% oraz jeden przypadek boreliozy układu krążenia (0,3%). Obecność rumienia wędrującego potwierdzono u 79,7% chorych. Wśród chorych przeważały kobiety (54,1%). Z powodu boreliozy hospitalizowano 66 chorych (16,5%) - o 38 mniej, niż w roku 2014. Większość osób, u których stwierdzono boreliozę, narażona była na ukłucie przez kleszcze w lasach i ogródkach działkowych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Niewielki odsetek (7%) zgłoszonych zachorowań związany był z ekspozycją na zakażone kleszcze z racji wykonywanego zawodu. W grupie tej dominowali rolnicy i pracownicy nadleśnictwa.

Profilaktyka czynna w postaci szczepień przeciwko boreliozie jest nadal niedostępna. Podstawą zapobiegania chorobie jest ochrona ciała przed kleszczami podczas przebywania w rejonach ich występowania, stosowanie repelentów, a także odpowiednio wczesne usuwanie kleszczy.

Kleszczowe zapalenie mózgu

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Wywołuje ją Flavivirus z rodziny Togaviridae. W Europie występują dwa podtypy tego wirusa: zachodni, powodujący środkowoeuropejskie zapalenie mózgu, oraz wschodni – bardziej wirulentny i częściej przyczyniający się do śmiertelnego przebiegu choroby. W warunkach naturalnych głównym przenosicielem wirusów Flavi są kleszcze, przede wszystkim *Ixodes ricinus*. Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania chorobie są szczepienia.

W 2015 roku, podobnie jak w roku 2014 w województwie kujawsko-pomorskim zgłoszono jedno zachorowanie na kleszczowe zapalenie mózgu (zapadalność na 100000 mieszkańców wyniosła 0,05). Przypadek ten pochodził z terenu powiatu bydgoskiego. Osoba chora nie była szczepiona przeciw KZM. Do narażenia doszło prawdopodobnie w miesiącach letnich, w miejscowości Ryn (woj. warmińsko-mazurskie).

Na terenie kraju w 2015 roku zarejestrowano 150 przypadków kleszczowego zapalenia mózgu (zapadalność na 100000 mieszkańców wyniosła 0,39), to jest o 45 przypadków mniej niż w roku 2014. Jest to najniższy współczynnik zapadalności notowany w przeciągu dziesięciu lat.

Kleszczowe zapalenie mózgu w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2005–2015. Zapadalność na 100000 ludności.

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Województwo kujawsko-pomorskie	0	0	0	0,05	0,14	0,10	0	0	0,05	0,05	0,05
Polska	0,46	0,83	0,61	0,53	0,92	0,77	0,58	0,49	0,59	0,51	0,39

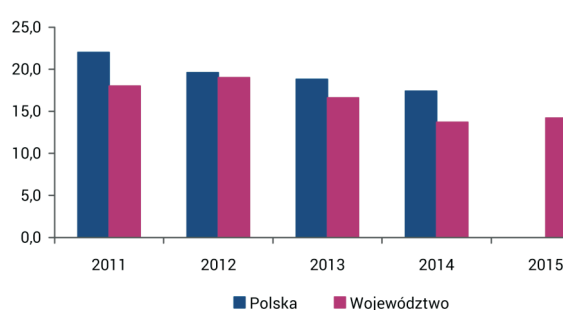


Kleszczowe zapalenie mózgu w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2005–2015. Zapadalność na 100000 ludności.

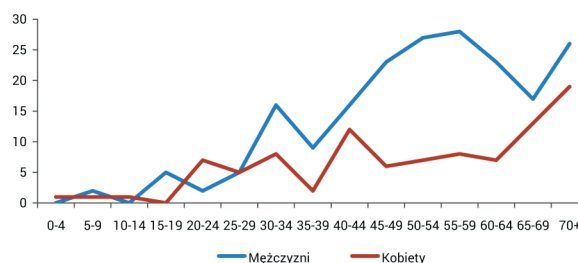
Gruźlica

W 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim zarejestrowano 296 przypadków zachorowań na gruźlicę; to nieznacznie więcej niż w 2014 roku (287). Zapadalność na wszystkie postaci tej choroby w ocenianym okresie wyniosła 14,2 na 100000 ludności. Podobnie jak w poprzednich latach, dominowała gruźlica płuc, której odnotowano 274 przypadki. Ta postać choroby stanowiła 92,6% wszystkich postaci zachorowań na gruźlicę. Pozostałe przypadki to chorzy z innymi postaciami gruźlicy: układu oddechowego (12), gruźlicą układu moczowego (4), gruźlicą kości i stawów (1), gruźlicą układu limfatycznego (4) i gruźlicą prosówkową o wielomiejscowej lokalizacji (1).

Największy odsetek zachorowań (78,4%) odnotowano u osób dorosłych powyżej 40 roku życia, z czego aż 15,2% ogółu przypadków gruźlicy stwierdzono u osób mających więcej niż 70 lat. 67,2% wszystkich nowych przypadków zachorowań stanowią mężczyźni.



Gruźlica w woj. kujawsko-pomorskim i w Polsce, w latach 2011–2015. Zapadalność na 100000 ludności.

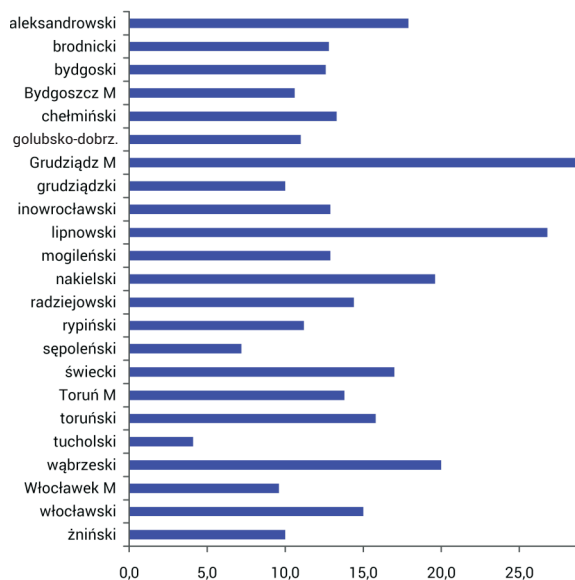


Liczba przypadków gruźlicy w województwie kujawsko-pomorskim, w 2015 roku, wg płci i wieku.

Gromadzone dane od wielu lat wykazują znaczne różnice zapadalności na gruźlicę w poszczególnych powiatach regionu. W 2015 roku największą zapadalność odnotowano w powiatach: Grudziądz M. (28,7), lipnowskim (26,8) i wąbrzeskim (20,0), a najniższą zapadalność (poniżej 10 na 100 tys.) w powiatach tucholskim (4,1), sępoleńskim (7,2) i Włocławek M. (9,6).

Systematycznie realizowany „Program nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim” oraz nadzór epidemiologiczny nad osobami ze styczności z chorymi na gruźlicę powinien przynieść w najbliższych latach dalszy spadek zachorowalności na

tę chorobę w regionie. Duże znaczenie odgrywa zacieśnianie współpracy z lekarzami POZ, podmiotami diagnostycznymi oraz podmiotami leczniczymi zaangażowanymi w zwalczanie gruźlicy.



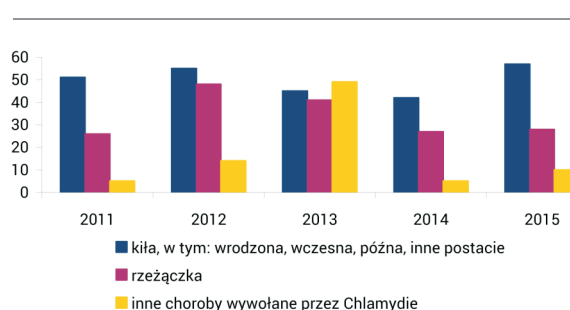
Gruźlica w województwie kujawsko-pomorskim, w 2015 roku. Zapadalność na 100 000 ludności wg powiatów.

Choroby przenoszone drogą płciową

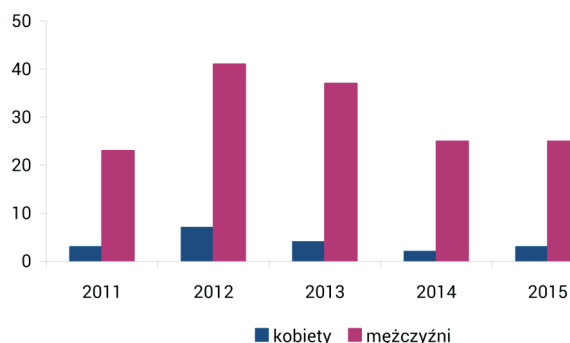
W ramach nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową, w 2015 roku zgłoszono w województwie kujawsko-pomorskim ogółem 95 zachorowań, w tym: 57 przypadków wszystkich postaci kiły, 28 przypadków rzeżączki oraz 10 przypadków innych chorób wywołanych przez Chłamydie. Podobnie jak w kraju, nie notowano ziarnicy wenerycznej wywołanej przez Chłamydie.

Od kilku lat w województwie kujawsko-pomorskim utrzymuje się podobny, niski poziom zgłaszania chorób przenoszonych drogą płciową.

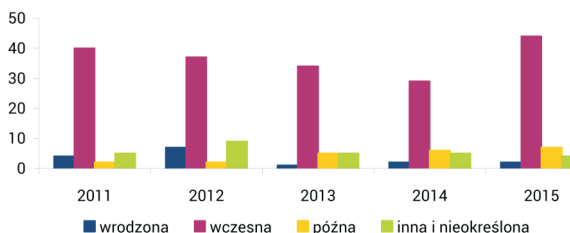
Analiza danych z raportów jednostkowych zachorowań na rzeżączkę wykazała, że średnia wieku chorych nieznacznie przekraczała 30 lat. Rejestrowane przypadki rozpoznawano częściej u mężczyzn – ponad 89% wszystkich zgłoszonych zachorowań.



Choroby przenoszone drogą płciową w woj. kujawsko-pomorskim, w latach 2011–2015. Liczba przypadków.



Rzeżączka w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011–2015. Liczba przypadków wg płci.



Kiła w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011–2015. Liczba zachorowań wg postaci choroby.

Zgłoszono 57 zachorowań na wszystkie postacie kiły; to najwięcej od 2010 roku. W stosunku do roku 2014 odnotowano wzrost rejestrowanych przypadków kiły wczesnej. Zapadalność 2,11/100 000 ludności była dwukrotnie wyższa od krajowej. Tak samo, jak w roku 2014, zarejestrowano 2 przypadki kiły wrodzonej.

Gromadzone dane w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową prawdopodobnie nie odzwierciedlają faktycznej zachorowalności, ze względu na brak diagnostyki przesiewowej i niepełne zgłaszanie leczonych przypadków. Ko-

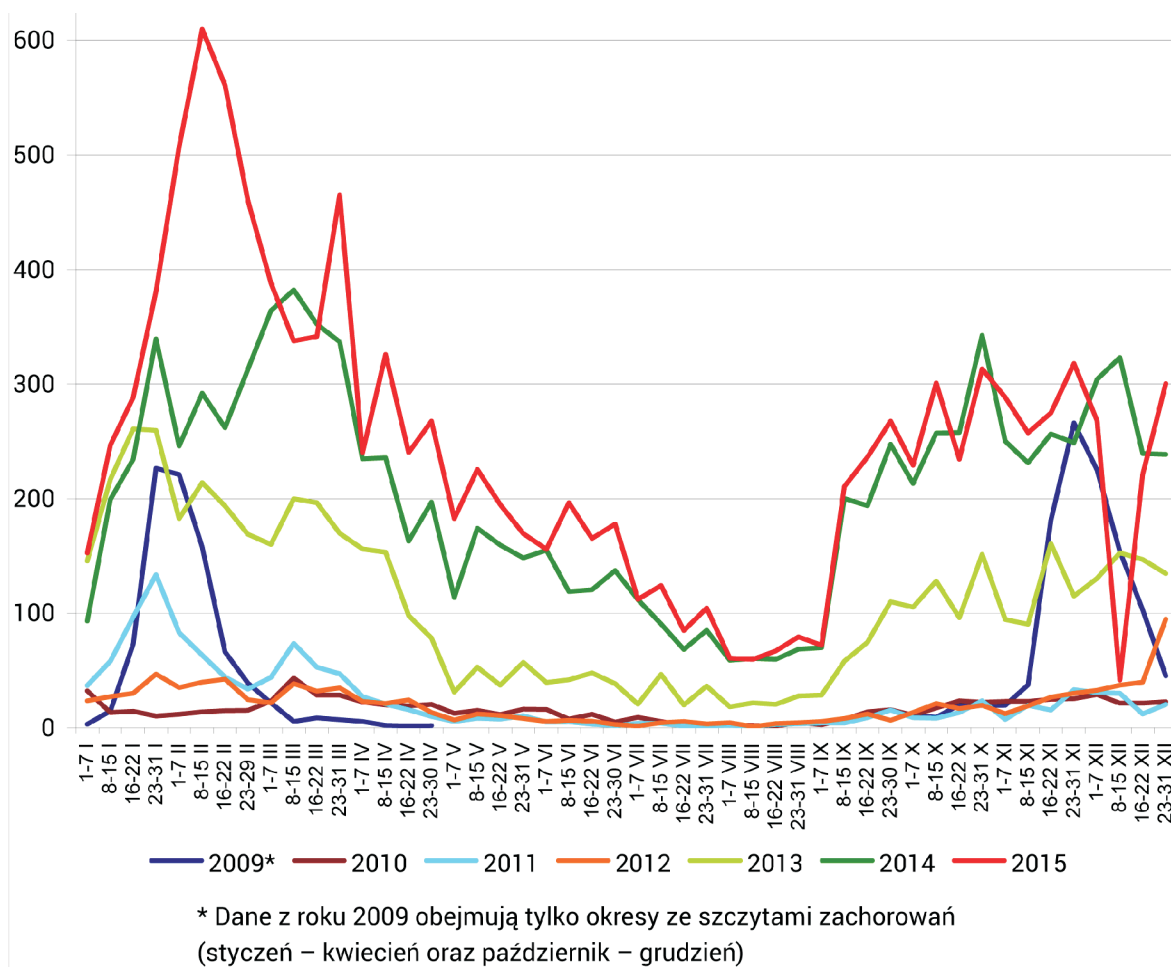
nieczna jest dalsza poprawa nadzoru w tym zakresie, gdyż choroby przenoszone drogą płciową znalazły się w grupie chorób powracających, niebezpiecznych dla zdrowia publicznego. Raport ECDC podaje, że coraz częściej notowane są oporne na leczenie szczepy drobnoustrojów wywołujących rzeżączkę.

Grypa i zachorowania grypopodobne

Zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, w ramach monitorowania sytuacji epidemiologicznej grypy, zgłaszaniu podlegają przypadki zachorowań i podejrzeń zachorowań na

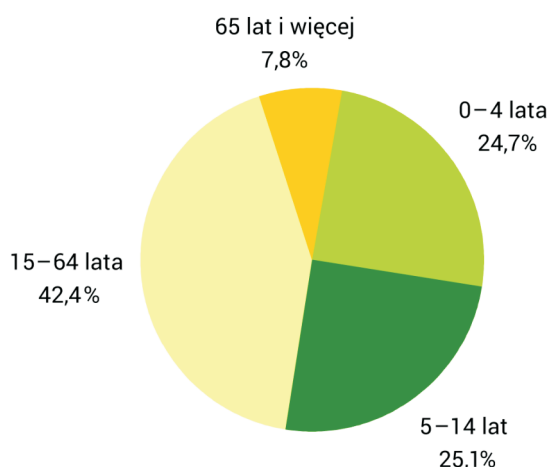
grypę oraz wszystkie rozpoznane klinicznie zachorowania grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim na grypę, infekcje grypopodobne oraz ostre zakażenia dróg oddechowych zachorowało ogółem 252920 osób, co w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego stanowiło wzrost liczby zachorowań o ponad 46000 przypadków. Zapadalność na 100000 mieszkańców wyniosła 12101,48 i była wyższa od zapadalności krajowej (9987,01). Udział zachorowań zgłoszonych na terenie województwa stanowił 6,5% ogółu zachorowań odnotowanych na terenie całego kraju.



Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2009–2015. Zapadalność okresu sprawozdawczego na 100000 ludności.*

Do szpitali skierowano 522 osoby, co stanowiło 0,21% ogółu chorych. U 498 pacjentów jako główną przyczynę hospitalizacji podano objawy ze strony układu oddechowego (95,4%). Ponadto u 10 osób stwierdzono zaburzenia pracy układu krążenia (1,9%), a 22 chorych zgłosiło także inne objawy (4,2%), wśród których wymieniano: wysoką temperaturę, osłabienie, utrudniony kontakt, zapalenie gardła, wymioty i biegunkę. W analizowanym roku nie zgłoszono zgonów, w których jako wyjściową przyczynę zgonu wskazano grypę wywołaną zidentyfikowanym wirusem. Najwięcej przypadków zachorowań odnotowano w grupie wiekowej 15-64 lata (42,4% ogółu chorych), a najmniej przypadków wystąpiło wśród osób powyżej 65 roku życia (7,8% ogółu chorych).

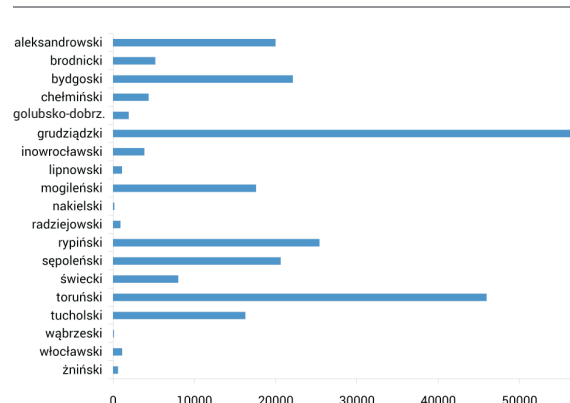


Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim, w 2015 roku. Odsetek zachorowań wg grup wiekowych.

Zachorowania oraz podejrzenia zachorowań na grypę zgłaszano we wszystkich 19 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego. Najwięcej przypadków odnotowano w powiecie grudziądzkim – 57805 (22,9% ogółu chorych), natomiast najmniej w powiecie wąbrzeskim – 96 (0,04% ogółu chorych).

W zakresie monitorowania sytuacji epidemiologicznej grypy w 2015 roku zarejestrowano 51 przypadków zakażeń wirusami grypy potwierdzonej laboratoryjnie. Dodatkowo jedno zachorowanie z terenu powiatu tucholskiego zarejestro-

wano jako przypadek prawdopodobny. W ramach programu sentinel do badań pobrano 35 próbek materiału biologicznego, z czego w 13 przypadkach uzyskano wynik dodatni. Pozostałych 38 laboratoryjnie potwierdzonych przypadków grypy pochodziło spoza tego nadzoru.



Grypa i zachorowania grypopodobne w województwie kujawsko-pomorskim, w 2015 roku. Liczba przypadków wg powiatów.

W porównaniu z rokiem 2014, gdzie laboratoryjnie potwierdzono 20 przypadków zakażeń wirusem grypy, w analizowanym roku odnotowano wzrost liczby zachorowań potwierdzonych badaniami o 31 przypadków. Przeważająca większość próbek materiału biologicznego potwierdzonych pochodziła z podmiotów leczniczych z powiatu bydgoskiego (29 przypadków).

Biorąc pod uwagę liczbę zachorowań potwierdzonych badaniami w ramach programu sentinel (13) w stosunku do ogółu przypadków zarejestrowanych, w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 roku (252920) można stwierdzić, że założenia programu, pomimo pewnej poprawy, w dalszym ciągu są realizowane na niewystarczająco.

Laboratoryjnie potwierdzone zakażenia wirusem grypy w 2015 roku, z uwzględnieniem wieku chorych.

Typ wirusa	Grupy wiekowe				Razem
	0-4	5-14	15-64	65 i więcej	
typ A	1 (1)	2	23 (4)	17 (5)	43 (10)
podtyp A/H1N1v	0	0	3 (2)	2 (1)	5 (3)
typ B	0	1	0	2 (2)	3 (2)
Razem	1 (1)	3	26 (6)	21 (8)	51 (15)

(n)-liczba pacjentów skierowanych do szpitala

jącym poziomie w zakresie pozyskiwania materiału klinicznego do badań wirusologicznych. Sprawnie działający program nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą, rozpowszechniony na terenie całego kraju, jest niezbędny dla systemu wczesnego ostrzegania w sytuacji epidemii i ewentualnej pandemii wirusa grypy.

Wykonawstwo szczepień ochronnych

Ocenę realizacji Programu Szczepień Ochronnych w roku 2015 dokonano w oparciu o analizę danych uzyskanych ze sprawozdań z wykonania szczepień ochronnych przekazanych przez powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne województwa kujawsko-pomorskiego. W województwie kujawsko-pomorskim szczepienia ochronne prowadzone były w 475 punktach szczepień: w placówkach podstawowej opieki

ciwko gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis oraz Haemophilus influenzae typu b realizowane były na poziomie zbliżonym do roku poprzedniego (odchylenia od wartości rejestrowanych w roku 2014 nie przekraczały 1%). Wykonawstwo w/w szczepień w ostatnich 5 latach przewyższało nieznacznie średni poziom zaszczepienia w tej grupie wiekowej w kraju.

Stan wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych w 2 roku życia utrzymuje się od wielu lat na stałym, wysokim poziomie, przekraczającym średnie wartości krajowe. W 2015 roku odsetek realizacji szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce w 13–14 miesiącu życia pozostawał na zbliżonym poziomie w stosunku do roku poprzedniego.

W roku 2015 obowiązkowe szczepienia ochronne u dzieci i młodzieży szkolnej wykonywa-

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w 1 roku życia, w latach 2011–2015.

Rodzaj szczepienia	2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.		2015 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
BCG szczepienie pierwotne	99,6	99,7	99,6	99,7	99,4	99,6	99,2	99,5	brak danych	99,5
WZW typu B	90,3	91,1	90,0	90,4	89,6	90,3	88,2	91,1	brak danych	90,6
DTP – błonica, tężec, krztusiec	60,3	62,3	60,1	62,3	59,8	61,3	58,1	60,7	brak danych	59,7
Poliomyelitis	60,3	62,3	60,1	62,3	59,8	61,3	58,1	60,7	brak danych	59,7
Haemophilus influenzae typu b	60,2	62,3	60,0	62,3	59,7	61,3	58,0	60,7	brak danych	59,7

zdrowotnej, w oddziałach noworodkowych oraz w podmiotach wykonujących szczepienia ochronne osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie. Obowiązkiem szczepień ochronnych w roku 2015 objęta była populacja 404125 osób w wieku od 0–20 lat, czyli o 1,6% osób mniejsza niż w roku 2014.

Szczegółowa analiza przebiegu szczepień ochronnych w pierwszym roku życia wykazała, że obowiązkowe szczepienia ochronne prze-

ne były w regionie w większości na poziomie zbliżonym do roku 2014. Wyjątek stanowiła realizacja szczepień przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi i poliomyelitis dzieci w 6 roku życia, gdzie odsetek zaszczepienia był niższy o 18% w stosunku do roku 2014. Sytuacja ta spowodowana była wystąpieniem w Europie długotrwałego, czasowego problemu z produkcją i dystrybucją szczepionek zawierających acelularny komponent krztuśca, co wiązało się z utrudnieniem w stosowaniu

w/w preparatów w realizacji szczepień obowiązkowych również w Polsce. Niższy odsetek realizacji szczepień przeciwko poliomyelitis o około 7% był wynikiem zasady równoczesowego podania szczepionki przeciwko poliomyelitis z preparatem przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi z acelularnym komponentem krztuśca, co wynika z Programu Obowiązkowych Szczepień Ochronnych. Kontynuacja realizacji tych szczepień nas-

tąpi w kolejnym roku.

Najwyższe odsetki uodpornienia uzyskano w przypadku szczepień przeciwko błonicy i tężcowi w 14 roku życia (97,0%) oraz w przypadku szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce w 10 roku życia (96,3%). Od wielu lat rejestrowano w regionie również wysoki odsetek 19-latków szczepionych przeciwko błonicy i tężcowi.

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w 2 roku życia w latach 2011–2015.

Rodzaj szczepienia	2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.		2015 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
WZW typu B	99,7	99,8	99,7	99,8	99,6	99,8	99,4	99,7	brak danych	99,7
DTP – błonica, tężec, krztusiec	98,8	99,6	98,7	99,4	98,6	99,4	98,3	99,3	brak danych	99,2
Poliomyelitis	98,8	99,6	98,7	99,4	98,6	99,4	98,2	99,3	brak danych	99,2
Haemophilus influenzae typu b	98,8	99,6	98,7	99,4	98,7	99,4	98,2	99,3	brak danych	99,2
MMR – odra, świnka, różyczka	84,4	88,4	83,6	87,1	82,8	89,5	79,7	86,1	brak danych	86,3

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w grupie dzieci i młodzieży szkolnej, w latach 2011–2015.

Rodzaj szczepienia	2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.		2015 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
DTaP – błonica, tężec, acelulany, krztusiec w 6 r.ż.	81,6	95,3	80,8	94,6	79,9	93,7	75,2	93,0	brak danych	76,2
OPV – poliomyelitis w 6 r.ż.	81,5	95,3	90,8	94,6	79,9	93,7	75,3	93,0	brak danych	86,5
Td – tężec, błonica w 14 r.ż.	86,4	97,7	85,6	97,0	85,0	97,5	83,6	97,1	brak danych	97,0
Td – tężec, błonica w 19 r.ż.	76,0	94,9	75,2	94,9	75,0	94,7	73,4	94,5	brak danych	94,9
MMR – odra, świnka, różyczka w 10 r.ż.	53,7	97,0	76,6	94,9	79,0	96,8	77,7	96,6	brak danych	96,3

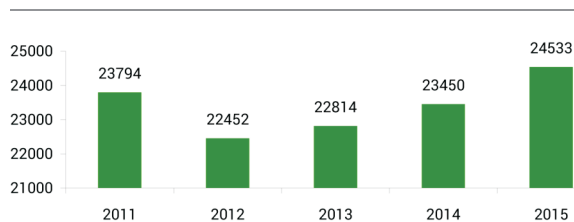
Realizacja szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w grupach ryzyka, w latach 2011–2015.

Rodzaj szczepienia	2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.		2015 r.	
	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %	kraj %	województwo %
Uczniowie szkół medycznych	92,9	98,4	94,1	95,2	94,4	97,9	95,7	99,3	brak danych	98,7
Studenci kierunków medycznych	95,2	100,0	95,6	100,0	95,7	99,9	96,6	100,0	brak danych	100,0
Osoby wykonujące zawody medyczne	98,2	99,1	98,4	98,8	98,6	98,9	98,5	98,7	brak danych	99,1
Otoczenie zakażonych HBV	67,1	95,2	68,3	95,4	69,8	95,4	72,1	96,2	brak danych	79,5

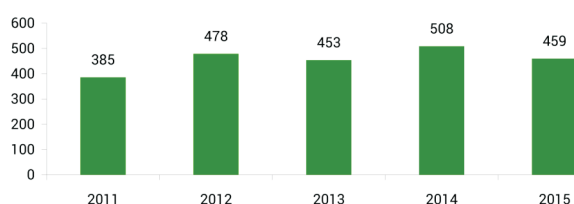
Obowiązkowe szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B uczniów i studentów kierunków medycznych oraz osób wykonujących zawody medyczne od kilku lat realizowane są na poziomie o kilka procent powyżej średnich wartości uzyskiwanych w kraju. Szczepienia w tych grupach wykonane były w 2015 roku na poziomie zbliżonym do roku 2014. W przypadku osób z bliskiego otoczenia zakażonych HBV, wykonawstwo szczepień od kilku lat należy do najlepszych w kraju. W tej grupie ryzyka od 2011 do 2014 roku obserwowana była tendencja wzrostowa wykonawstwa szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Zanotowany w 2015 roku znacznie niższy odsetek zaszczepionych osób z otoczenia zakażonych HBV wynika ze zmiany sposobu sprawozdawania szczepień przeciwko WZW typu B w tej grupie ryzyka, ograniczonego tylko do roku 2014 i 2015; w latach poprzednich wykazywano skumulowaną liczbę osób szczepionych od początku rejestracji.

W dalszym ciągu obserwuje się dużą zmienność w zakresie liczby wykonanych szczepień poekspozycyjnych (tężec, wścieklizna), szczepień obowiązkowych osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie oraz szczepień zalecanych. Dzięki prowadzonej w województwie kujawsko-pomorskim intensywnej pro-

filaktyce tężca, w 2015 roku, podobnie jak w roku poprzednim, nie rejestrowano zachorowań na tężec. Szczepionka przeciwko tężcowi stosowana jest w celu indywidualnej ochrony przed zachorowaniem. W związku z powyższym każdego roku u ponad 20 tysięcy osób w województwie stosuje się swoiste zapobieganie tężcowi u osób zranionych, w celu niedopuszczenia do rozwoju zakażenia.



Liczba osób, u których wykonano poekspozycyjne szczepienia p/w tężcowi w latach 2011–2015.



Liczba osób, u których wykonano szczepienia poekspozycyjne po kontakcie ze zwierzęciem nieznanym lub podejrzanym o zakażenie wścieklizną w latach 2011–2015.

Realizacja wybranych szczepień zalecanych w latach 2011–2015.

Szczepienia przeciwko	Liczba zaszczepionych				
	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.
Grypie	58 227	46 777	51 695	48 675	46 455
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A	1 142	1 175	1 203	1 258	1 363
Kleszczowemu zapaleniu mózgu	1 341	930	1 032	1 051	1 465
Ospie wietrznej	2 147	3 117	2 901	2 682	2 773
Biegunce rotawirusowej	4 111	4 205	4 251	4 544	4515
Streptococcus pneumoniae	9 708	9 924	11 083	10 982	12 929
Neisseria meningitidis	2 963	1 740	1 847	2 190	1 901
Brodawczakowi ludzkiemu	1 259	1 038	845	1 014	837

W analizowanym okresie ze względu na styczeń i narażenie na zakażenie wścieklizną wystąpiła konieczność podjęcia szczepień przeciwko wściekliznie u 459 osób. Najczęściej źródło zakażenia stanowiły nieznane psy i koty, w nieznacznym procencie zwierzęta dziko żyjące. W 8 przypadkach do narażenia na zakażenie doszło poza granicami kraju.

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie zapobiegania wściekliznie wymaga ciągłego monitorowania oraz intensywnego edukowania, w celu wzrostu wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki tej niebezpiecznej choroby odzwierzęcej, cechującej się najwyższym wskaźnikiem śmiertelności ze wszystkich znanych zakażeń.

W 2015 roku realizacja szczepień przeciwko Streptococcus pneumoniae wzrosła o około 17,7% w stosunku do roku 2014; zaszczepiono 12929 osób, w tym 12062 dzieci w wieku 0–4 lat. Przeprowadzona analiza poziomu zaszczepienia dowodzi, że w województwie kujawsko-pomorskim uodpornieniem przeciwko zakażeniom wywołanym przez pneumokoki realizowanym w ramach szczepień obowiązkowych i zalecanych objęto w 2015 roku 15,7% populacji w przedziale wiekowym od 0–4 lat. W roku 2015 kontynuowano również realizację obowiązkowych szczepień przeciwko ospie wietrznej, zalecanych

u dzieci zgodnie z zapisami w Programie Szczepień Ochronnych. Szczepieniami objęto łącznie 2773 osoby, w tym 2727 osób w wieku od 0–19 lat. Dane te dotyczą wszystkich wykonanych w roku kalendarzowym szczepień, zarówno w ramach szczepień obowiązkowych, jak i zalecanych. Liczba osób objętych szczepieniami przeciwko ospie wietrznej zwiększyła się o 3,3% w porównaniu do 2014 roku.

Zalecane szczepienia przeciwko biegunce rotawirusowej u niemowląt (odpłatne dla pacjenta) wykonywane były na przestrzeni ostatnich lat na zbliżonym poziomie. Dane wskazują, że dzięki skutecznie prowadzonym działaniom edukacyjnym, szczepieniem chroniącym przed ciężkimi przypadkami zakażeń rotawirusami i hospitalizacją obejmuje się rocznie ponad 20% niemowląt w wieku od 6 do 24 tygodnia życia.

Liczba osób poddanych uodpornieniu przeciwko grypie zmniejszyła się w 2015 roku o około 4,5% osób w porównaniu do 2014 roku. W 2015 roku zaszczepiono przeciwko grypie 2,2% populacji w regionie. Przypuszczać należy, że niski poziom uodpornienia przeciwko grypie wynika nie tylko ze statusu materialnego społeczeństwa, ale także z niskiej świadomości w zakresie powikłań związanych z zachorowaniami na grypę. Nadal więc niezbędna jest edukacja społeczeństwa

w tym zakresie oraz popularyzacja szczepień.

W porównaniu do roku 2014 o około 13,1% spadła liczba osób zaszczepionych przeciwko zakażeniom wywołanym przez *Neisseria meningitidis*. Ze względu na mały odsetek zaszczepienia populacji przeciwko zakażeniom wywołanym przez meningokoki, brak jest odporności zbiorowskiej, co sprzyja szerzeniu się zakażeń. Znalazło to odzwierciedlenie w sytuacji epidemiologicznej tych zachorowań. W 2015 roku nastąpił przeszło sześciokrotny wzrost zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową.

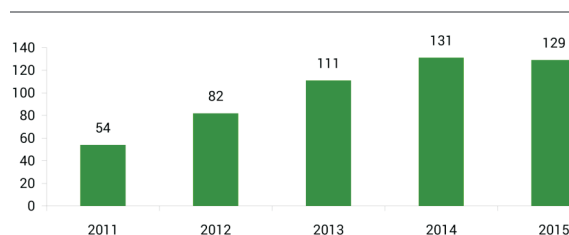
Liczba osób poddanych szczepieniom przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w 2015 roku zwiększyła się o 39,3% w stosunku do roku ubiegłego.

O 17,5% w stosunku do roku 2014 zmalała na terenie województwa liczba osób zaszczepionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego. Szczepienia przeciw onkogennym odmianom wirusa HPV najpełniej zabezpieczają, jeśli przeprowadzone zostają przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej. Corocznie zmienna jest liczba osób poddających się szczepieniom przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, błonicy, tężcowi, durowi brzuszemu, żółtej gorączce, które związane są z podróżami do krajów o odmiennych warunkach klimatycznych, w tym do krajów o niskim statusie sanitarno-higienicznym.

Korzystna sytuacja epidemiologiczna wielu chorób zakaźnych, którą osiągnięto dzięki prowadzeniu szczepień ochronnych powoduje, że społeczeństwo i realizatorzy szczepień coraz więcej uwagi poświęcają bezpieczeństwu szczepień i niepożądanym odczynom poszczepiennym – niekorzystnym reakcjom organizmu, mogącym wystąpić po szczepieniu.

W Polsce od wielu lat istnieje uregulowany prawnie obowiązek zgłaszania i rejestracji niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). W roku 2015 zarejestrowano w województwie kujawsko-pomorskim 129 przypadków niepożądanych odczynów poszczepiennych - o około 2,3% mniej niż w roku poprzednim. Każdy zgłoszony przypadek niepożądanego odczynu poszczepiennego jest analizowany i kwalifikowany na podstawie kryteriów opracowanych przez

światowych ekspertów i zgodnie z obowiązującym stanem prawnym.



Liczba zgłoszonych niepożądanych odczynów poszczepiennych w województwie kujawsko-pomorskim, w latach 2011–2015.

Przypuszczać należy, że rejestrowany w latach 2013–2014 znaczny wzrost liczby NOP to między innymi wynik prowadzonego przez organy inspekcji sanitarnej nadzoru i egzekwowania obowiązku zgłaszania przez lekarzy przypadków niepożądanych odczynów poszczepiennych. Wśród zgłoszonych w analizowanym okresie przypadków NOP aż 95,3% zakwalifikowano jako łagodne. Wszystkie osoby, u których wystąpił niepożądany odczyn poszczepienny, otrzymały stosowne do występujących objawów leczenie i objęte zostały indywidualnym nadzorem epidemiologicznym.

W celu utrzymania immunogenności szczepionek organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również stały nadzór nad przechowywaniem, dystrybucją i transportem w zakresie zachowania oraz monitorowania łańcucha chłodniczego.

Zagrożeniem dla realizacji szczepień ochronnych są nasilające się w ostatnich latach oddziaływania ruchów antyszczepionkowych. Decydując się na rezygnację ze szczepień, rodzice bądź opiekunowie ryzykują zdrowiem i życiem swoich dzieci. W roku 2015 od obowiązku wykonania szczepień ochronnych uchylało się 617 osób, co skutkowało niezaszczepieniem 456 osób (0,1% populacji podlegającej szczepieniom w roku 2015). W odniesieniu do analogicznego okresu roku poprzedniego liczba osób uchylających się od wyżej wymienionego obowiązku wzrosła o 42,8%. W wyniku uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych nie zaszczepiono

o 43,8% więcej osób niż w roku poprzednim. Najczęstszą przyczyną uchyłania się od obowiązku szczepień było oddziaływanie ruchów antyszczepionkowych (65,5% osób uchyłających się). Wpływ na 3,4% uchyłających się miały: odrębność kulturowa, religijna oraz etniczna, środowiska propagujące medycynę alternatywną lub wcześniejsze wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego. W przypadku 31,1% przyczyna uchyłania się od obowiązku szczepień była nieznana (nie została ujawniona), jednak nie można wykluczyć, iż w tej grupie dominują osoby pozostające pod wpływem przekazów medialnych ruchów antyszczepionkowych.

W roku 2015, w celu wyegzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby uchyłające się, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wystawiono 336 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień oraz 187 tytułów wykonawczych, skierowano 176 wniosków do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień, prowadzono 79 postępowań dotyczących zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał 62 postanowienia w związku z zarzutami strony na postanowienia państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych o uznaniu zarzutów za nieuzasadnione oraz przekazał do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy 32 skargi osób zobowiązanych do wykonania obowiązku szczepień. Sukcesywnie wzrastająca liczba osób niepoddawanych szczepieniom, w związku z uchyłaniem się od tego obowiązku, stanowi zagrożenie dla osiągnięcia wysokiego odsetka uodpornienia, gwarantującego odporność zbiorowiskową.

Wnioski

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych i zakażeń w 2015 roku była zróżnicowana, ale można ją ocenić jako dobrą.
2. Pomimo potencjalnego zagrożenia nie przywleczono do naszego regionu gorączki Ebola i innych chorób szczególnie niebezpiecznych, i wysocze zakaźnych.

3. Odnotowano 1 przypadek duru brzuszego przywleczony z Indii.
4. Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych cechowała, podobnie, jak w latach poprzednich, cykliczność występowania. Zaznaczył się wzrost o 33% zapadalności na krztusiec, o 7% zapadalności na świnkę oraz spadek o 10% zapadalności na ospę wietrzną i prawie 2-krotny spadek zapadalności na różyczkę.
5. Szczepienia ochronne w ocenianym okresie były w większości wykonane w odsetkach zapewniających odporność zbiorowiskową.
6. Niekorzystnym i narastającym zjawiskiem są działania ruchów antyszczepionkowych. Skutkuje to rosnącą liczbą rodziców (opiekunów) uchyłających się od szczepień i tym samym z roku na rok rośnie liczba dzieci nieszczepionych. To w przyszłości przyniesie szkodliwe następstwa dla zdrowia publicznego, bowiem warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób.
7. Utrzymanie akceptacji społecznej szczepień i wysokiego odsetka uodpornienia populacji to ważny element działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej i personelu medycznego wykonującego szczepienia ochronne.
8. Zaobserwowano nieznaczny spadek (z 46 do 44) liczby zgłoszonych ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową. Wśród nich ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych stanowiły 32%. Choroby przenoszone drogą pokarmową wymagają ciągłej czujności i podejmowania działań prewencyjnych zarówno przez organy PIS, jak i podmioty prowadzące działalność leczniczą.
9. Pomimo wzrostu liczby wykrywanych przypadków wzw B i C, przypadki o przebiegu ostrym stanowią w naszym województwie niski odsetek wszystkich zachorowań, co świadczy o małej transmisji zakażeń.
10. Nastąpił spadek o 39% nowo wykrytych zakażeń HIV; to efekt zwiększonej liczby prowadzonych badań przesiewowych.
11. Choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego nie stanowiły problemu. Odnotowano 28% spadek zapadalności, która ogólnie

utrzymywała się na niskim poziomie.

12. Z chorób przenoszonych przez kleszcze od lat dominuje borelioza; zapadalność utrzymywała się na poziomie ubiegłorocznym. Wobec braku czynnego uodpornienia przeciw tej chorobie muszą być kontynuowane działania edukacyjne w społeczeństwie w zakresie stosowania odpowiednich zabezpieczeń przed kleszczami.
13. Od wdrożenia w 2013 roku „Programu reorganizacji nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą w województwie kujawsko-pomorskim” zapadalność na tę chorobę wyraźnie zmniejszyła się. W omawianym okresie zarejestrowano nieznacznie większą liczbę zachorowań. Realizowany program i doskonały nadzór epidemiologiczny powinien przynieść dalszy spadek zachorowalności i ograniczenie transmisji zakażeń w środowiskach osób chorych.
14. Nadal w raportowanych chorobach przenoszonych drogą płciową największy odsetek stanowiła kiła.
15. Odnotowano wzrost zapadalności na grypę i infekcje grypopodobne na poziomie 23%. To także efekt działań organów PIS na rzecz poprawy zgłaszalności tych zachorowań.



HIGIENA KOMUNALNA 1



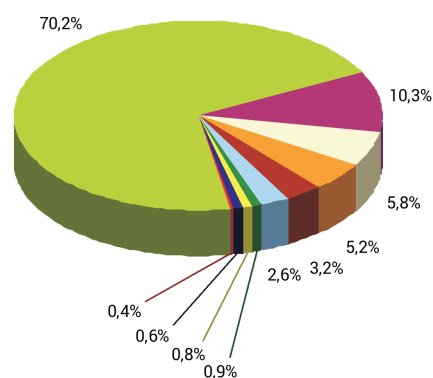
Ocena sanitarna podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego

Działalność kontrolno-represyjna

W województwie kujawsko-pomorskim w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1077 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą oraz 2438 praktyk zawodowych.

Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą obejmowały:

- 114 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - 56 szpitali, w tym 9 szpitali jednodniowych i 7 szpitali uzdrowiskowych,
 - 9 zakładów opiekuńczo-leczniczych,
 - 7 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - 28 sanatoriów,
 - 4 hospicja stacjonarne,
 - 10 innych;
- 963 podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne:
 - 756 przychodni, ośrodków zdrowia, poradni, ambulatoriów z izbą chorych, lecznic,
 - 62 zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne,
 - 34 zakłady rehabilitacji leczniczej,
 - 111 innych, w tym 2 uzdrowiskowe;
- praktyki zawodowe, obejmujące:



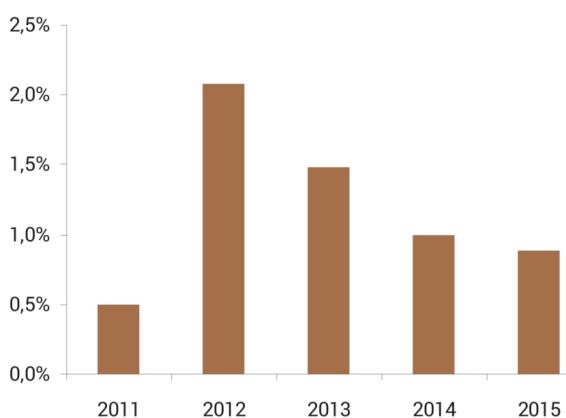
- przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice
- inne ambulatoryjne ogółem
- zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne
- szpitale ogółem
- zakłady rehabilitacji leczniczej
- sanatoria
- inne niż szpitale (stacjonarne)
- zakłady opiekuńczo-lecznicze
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze
- hospicja

Udział procentowy podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych znajdujących się w ewidencji woj. kujawsko-pomorskiego.

- 2264 praktyk lekarskich,
- 124 praktyki pielęgniarstwa,
- 50 innych.

W roku 2015 skontrolowano ogółem 1478 podmiotów leczniczych i praktyk zawodo-

wych, w tym 847 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą, co stanowi 79% ujętych w ewidencji, a także 631 (26%) praktyk zawodowych: lekarskich, pielęgniarских i innych. W porównaniu z rokiem ubiegłym, poprawie uległ stan higieniczno-sanitarny i techniczny omawianych placówek, bowiem negatywnie pod tym względem oceniono 13 (w 2014 roku - 17) obiektów, co stanowi 0,88% (z tego 12 obiektów negatywnie oceniono tylko pod względem technicznym, a jedną placówkę pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym). Na przestrzeni poprzednich pięciu lat odsetek ze złym stanem sanitarnym wynosił odpowiednio: 0,5% w 2011 roku, 2,08% w roku 2012, 1,48% w roku 2013 i 1,0% w 2014 roku.



Odsetek obiektów ze złym stanem sanitarnym w latach 2011-2015.

W roku sprawozdawczym przeprowadzono łącznie 2263 kontrole sanitarne. Wydano 157 decyzji merytorycznych (w tym 64 zmienne, 11 umarzających i jedną odmawiającą), 333 decyzje opiniujące spełnienie wymagań sanitarnych obowiązujących przepisów prawnych, 13 decyzji zmiennych dla programów dostosowania, wystosowano także 81 wystąpień. W ciągu roku wystawiono również trzy postanowienia. Za rażące zaniedbania sanitarno-porządkowe nałożono mandaty karne na kwotę 1600,00 zł oraz 3 grzywny na sumę 1900,00 zł.

Stan techniczny i funkcjonalny

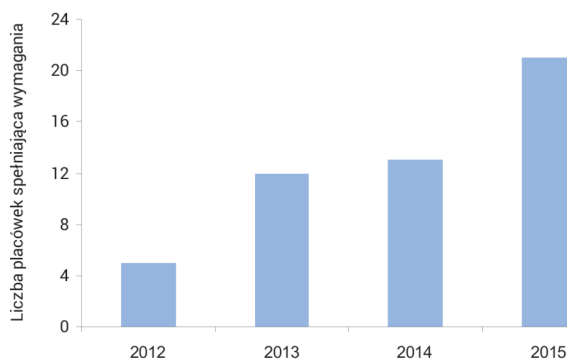
Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Szpitalne

W 2015 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zwiększyła się liczba szpitali – rozpoczął działalność nowy szpital jednodniowy Endonet w Bydgoszczy. Wobec tego ewidencja obejmowała 56 placówek, w tym 9 szpitali jednodniowych oraz 7 szpitali uzdrowiskowych.

W omawianym okresie sprawozdawczym skontrolowano 55 jednostek szpitalnych i żaden z nich nie został oceniony negatywnie.

Omawiając stan higieniczno-sanitarny i techniczny szpitali należy stwierdzić, że był on zróżnicowany. Wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739) spełniało 21 placówek. Były to: Centrum Diagnostyczno-Lecnicze Sp. z o.o. Szpital Specjalistyczny „Barska”, Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny „Barska” Sp. z o.o. we Włocławku, Szpital Eskulap Centrum Leczenia Chorób Serca i Naczyni w Osielsku, Szpital Prywatna Klinika Wident - Liliana Winiarska, ZOZ Szpital Aresztu Śledczego, Centrum Onkologii, Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny, Centrum Medyczne Gizińscy, Szpital Św. Łukasza w Bydgoszczy oraz 7 szpitali jednodniowych (5 w Bydgoszczy i po jednym w Toruniu i we Wło-



clawku), a także 5 szpitali uzdrowiskowych (4 w powiecie aleksandrowskim i 1 w powiecie włocławskim). Najwięcej, bo aż 11 szpitali spełniających wymagania, było w Bydgoszczy. Na przestrzeni ostatnich trzech lat liczba szpitali spełniających wymagania ww. rozporządzenia wynosiła odpowiednio: 5 w 2012 roku, 12 w roku 2013 i 13 w roku 2014.

Pozostałe jednostki szpitalne posiadały opracowane i zaopiniowane programy dostosowania. Najczęstszymi zastrzeżeniami dotyczącymi skontrolowanych obiektów były naruszenia higieniczno-sanitarne i techniczne. Dotyczyły one głównie złego stanu ścian, sufitów, podłóg, stolarki drzwiowej oraz wyposażenia. Niezależnie od wydanych decyzji merytorycznych, w szczególności w tej grupie obiektów obserwowano prace remontowe, modernizacyjne, oddawanie do użytku nowych budynków, oddziałów, wyposażanie ich w nowy sprzęt.

Znaczącą poprawę odnotowano w dziełu placówkach: Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu (uruchomiono Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci); NOVUM-MED Sp. z o.o. Szpitalu Powiatowym im. dr A. Gacy i dr J. Łaskiego NZOZ w Więcborku (w nowo powstałym budynku oddano do użytku nowy Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz blok operacyjny); Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Chełmży (zmodernizowano Oddział Ginekologii oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii); SPZOZ w Rypinie (zmodernizowano Oddział Ginekologii i Chirurgii Ogólnej); NZOZ „Nowy Szpital Sp. z o.o.” w Wąbrzeźnie (utworzono nowy blok operacyjny); Szpitalu Psychiatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu (wyposażono w nowe łóżka i szafki przyłóżkowe jeden z oddziałów); Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy (oddano do użytku nowy budynek, do którego przeniesiono Klinikę Psychiatrii, Klinikę Geriatrii, Klinikę Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii oraz Zakład Medycyny Paliatywnej); ZOZ w Brodnicy (oddano do użytku nowy budynek, do którego przeniesiono Oddział Dziecięcy, Oddział Neonatologii, Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Położniczy, Oddział Rehabilitacyjny); Szpitalu Uz-

drowiskowym nr IV „Dom Zdrojowy” w Ciechocinku (m. in. przebudowano i wyremontowano część hotelową, bazę zabiegową, przeprowadzono kapitalny remont basenów kąpielowych, wymieniono stolarkę okienną i drzwiową). Dwie ostatnie placówki oceniane były negatywnie w poprzednim okresie sprawozdawczym.

W 2015 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, w Oddziale Ortopedii i Traumatologii wystąpiło ognisko epidemiczne wywołane przez *Clostridium perfringens*. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Włocławku wydał decyzję nakazującą wstrzymanie wykonywania świadczeń zdrowotnych na Głównym Bloku Operacyjnym oraz przyjmowania pacjentów na Oddział Ortopedii i Traumatologii. Dyrektora placówki ukarano mandatem karnym.

W jednostkach, w których funkcjonowała klimatyzacja i wentylacja mechaniczna, urządzenia były regularnie przeglądane i serwisowane. Przeglądów dokonywały specjalistyczne firmy serwisowe lub – rzadziej – przeszkoleni pracownicy sekcji technicznych szpitali. Czynności były odnotowane w dokumentacji prowadzonej dla każdej instalacji oddzielnie. Wentylacja grawitacyjna w szpitalach także podlegała regularnym przeglądom. Ponadto wykonywano badania czystości mikrobiologicznej powietrza w salach operacyjnych w pięciu szpitalach.

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitale

Zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, inne podmioty lecznicze

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowanych było 30 obiektów. W stosunku do roku ubiegłego ich liczba zwiększyła się o pięć. Powstały trzy nowe obiekty: ZOL Atma w Bydgoszczy, Centrum Terapii Uzależnień „Renesans” w Szpitalu Górnym (gm. Fabianki), Ośrodek Terapii Uzależnień w Lipnie. Pozostałe dwa obiekty: ZOL w Browinie Szpitala Powiatowego Sp. z o.o. w Chełmży oraz ZPO ZOZ

w Brodnicy zostały wyodrębnione z grupy szpitali ze względu na inną lokalizację obiektów. W większości obiekty były w dobrym stanie higieniczno-sanitarnym i technicznym. Poza pięcioma obiektami (Hospicjum „Nadzieja” w Toruniu, Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym w Grudziądzu ZOZ Szpitala Aresztu Śledczego w Bydgoszczy, ZOL w Browinie Szpitala Powiatowego Sp. z o.o. w Chełmży, ZPO ZOZ w Brodnicy oraz wyłączonym z użytkowania Oddziałem Uzdrawiskowej Rehabilitacji Szpitalnej „Hel” w Wieńcu Zdroju gm. Brześć Kujawski) wszystkie spełniały wymagania obowiązującego rozporządzenia. Poprawę stanu technicznego uzyskano w dwóch obiektach: w ZOL w Suradówku (gm. Wielgie) oraz w Hospicjum „Światło”. W trzech obiektach (Centrum Terapii Uzależnień „Renesans” w Szpitalu Górnym, Klinice Uzdrawiskowej „St. Georgie” i Łazienki II Medical & SPA w Ciechocinku) kwestionowano stan sanitarno-techniczny pomieszczeń. Ponadto w wyniku interwencji, w Centrum Terapii Uzależnień „Renesans” w Szpitalu Górnym, stwierdzono, iż oprócz szeregu nieprawidłowości podmiot nie figurował w rejestrze podmiotów leczniczych ani w ewidencji prowadzonej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Włocławku.

Sanatoria

W 2015 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego ewidencja obejmowała 28 sanatoriów (w roku 2014–27). Znajdowały się one w Ciechocinku – 20, w Inowrocławiu – 5, w Wieńcu Zdroju (gm. Brześć Kujawski) – 3. W omawianym okresie sprawozdawczym rozpoczęło działalność sanatorium „Jutrzenka” w Wieńcu Zdroju. Z powodu przeprowadzanych generalnych remontów i modernizacji 2 sanatoria - „Hutnik” i „Tęcza” w Wieńcu Zdroju zostały wyłączone z użytkowania, natomiast sanatoria „Zachęta B” i „Zachęta C” w Ciechocinku zawiesiły swoją działalność z zamiarem ich sprzedaży.

W omawianym okresie sprawozdawczym 20 z sanatoriów spełniało wymagania obowiązujących przepisów. Stan sanitarno-techniczny i funkcjonalny tych obiektów oceniono jako dobry

lub dostateczny. Na siedem obiektów zlokalizowanych w Ciechocinku w drodze decyzji administracyjnej nałożono obowiązki dotyczące poprawy ich stanu sanitarno-technicznego. W 2015 roku odnotowano polepszenie stanu sanitarno-technicznego w pięciu obiektach w Ciechocinku, poprzez wykonanie w nich remontów malarskich pokoi, łazienek, pomieszczeń zabiegowych, klatek schodowych, basenów i pomieszczeń gospodarczych.

Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice

Placówki te stanowiły najliczniejszą grupę wśród podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. W ewidencji zarejestrowano ich 756 (w 2014 roku – 720). Najwięcej nowych placówek (20) powstało w Bydgoszczy.

Obiekty tej kategorii cechowało duże zróżnicowanie stanu technicznego, funkcjonalnego i wyposażenia. Nowo powstałe placówki były prawidłowo urządzone i zorganizowane, oferowały szeroki zakres usług i badań medycznych oraz w pełni dostosowano je do obowiązujących przepisów. Powyższe stanowiło konkurencję dla istniejących podmiotów i wymuszało podniesienie przez nie standardu. W porównaniu z rokiem 2014 stan higieniczno-sanitarny i techniczny tych placówek uległ poprawie, gdyż negatywnie oceniono 11 (w 2014 roku – 13) jednostek (trzy z powiatu toruńskiego i po cztery z powiatu włocławskiego i sępoleńskiego). Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami były: brak bezpośredniego połączenia pokoju badań lekarskich z kabiną higieniczną wyposażoną w bidet w poradni dla kobiet, zły stan techniczny ścian, sufitów, wykładzin podłogowych, stolarki drzwiowej i wyposażenia, nieprawidłowa organizacja ciągów technologicznych w procesie sterylizacji narzędzi w gabinetach stomatologicznych, brak odpowiednich systemów wentylacyjnych w pomieszczeniach, źle opracowana procedura postępowania z narzędziami wielorazowymi w jednej placówce

stomatologicznej. Ponadto w jednej placówce stomatologicznej w Toruniu stwierdzono, iż mimo nieprawidłowego testu kontroli procesu sterylizacji nie przerwano przyjmowania pacjentów i stosowano narzędzia o wątpliwej jakości. Osobę odpowiedzialną ukarano mandatem karnym. Sukcesywnie prowadzone prace remontowe i modernizacyjne związane między innymi z realizacją programów dostosowawczych, rozbudowywanie istniejących budynków, jak również oddawanie do użytku nowych, zakup nowych urządzeń oraz sprzętu spowodowały poprawę stanu w 55 placówkach. Spośród 19 powiatów województwa, w ośmiu omawiane obiekty w 100% spełniały wymagania obowiązującego rozporządzenia, w dziewięciu w 80-94%, w dwóch pozostałych w 66-77%. Zwiększył się odsetek (o 2% w stosunku do roku ubiegłego) omawianej grupy obiektów spełniających wymagania obowiązujących przepisów prawnych.

Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego działały 62 tego rodzaju obiekty. W stosunku do 2014 roku przybyło osiem placówek (po dwie we Włocławku i w Sępólnie Krajeńskim oraz po jednej w Bydgoszczy, Toruniu, Świeciu i Wąbrzeźnie); w większości były to punkty pobrania materiału biologicznego do badań diagnostycznych. W omawianym okresie skontrolowano 41 obiektów, co stanowiło około 66% ich ogólnej liczby. W 2015 roku nie budziły one zastrzeżeń zarówno natury sanitarnej, jak i technicznej. Tylko w jednej jednostce (Laboratorium SYNEVO w Toruniu) stwierdzono brak dozowników z płynem dezynfekcyjnym. Większość tych obiektów (92%) spełniała wymagania obowiązujących przepisów prawnych; w 2014 roku odsetek ten wynosił 87%. Kontrolowane obiekty wyposażone były w nowoczesny sprzęt i urządzenia do diagnostyki laboratoryjnej. Dostosowano je również do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Zakłady rehabilitacji leczniczej

Na terenie województwa kujawsko-po-

morskiego zewidencjonowane były 34 takie placówki (w ubiegłym roku – 33). W omawianej grupie obiektów nie stwierdzono zastrzeżeń dotyczących stanu sanitarnego. Stan techniczny kwestionowano tylko w jednej placówce w Świeciu. Aż 91% (88% w roku ubiegłym) z nich spełniała wymogi obowiązujących przepisów prawnych.

Inne podmioty lecznicze, w tym uzdrowiskowe

Do tej bardzo zróżnicowanej grupy zaliczono Oddziały Terenowe Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy, pracownie RTG, gabinety szkolne, stacje dializ, stacje pogotowia ratunkowego, poradnie logopedyczne, wyjazdową opiekę hospicyjno-paliatywną i inne. Stan techniczny i funkcjonalny większości tych obiektów był dobry. W 2015 roku w dwóch obiektach uzyskano poprawę stanu technicznego: w Oddziale Terenowym w Brodnicy Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy poprzez modernizację obiektu i jego wyposażenie w sprzęt medyczny, system monitorujący lodówki oraz (podobnie jak w ubiegłym roku) w Zakładzie Przyrodolecznictwa w Wieńcu Zdroju gm. Brześć Kujawski poprzez wykonywanie bieżących prac remontowych i naprawczych.

Praktyki lekarskie, pielęgniarskie i inne

Obiekty tej grupy nie budziły większych zastrzeżeń. Najliczniejsze z nich były indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie. Podobnie jak w latach poprzednich, część praktyk lekarskich prowadziła swoją działalność w pomieszczeniach podmiotów leczniczych (przychodniach, sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych); część funkcjonowała w tym samym pomieszczeniu z zachowaniem rozdziału czasowego. W przypadku praktyk pielęgniarskich usługi medyczne świadczone były na miejscu, bądź w większości przypadków - w domu chorego. Pozostałe praktyki to między innymi gabinety: logopedyczne, kinezyterapii, rehabilitacji, hirudoterapii, pracownie protetyczne i inne. Poza dwiema niżej wymienionymi, pozostałe skontrolowane praktyki posiadały opracowane, zatwierdzone i zaktualizowane stosowne procedury higieniczno-sanitarne.

Omawiane obiekty prezentowały na ogół dobry stan higieniczno-sanitarny i techniczny, gdyż tylko dwa oceniono negatywnie: Indywidualną Urologiczną Praktykę Lekarską i Indywidualną Ginekologiczną Praktykę Lekarską w Inowrocławiu. W omawianej grupie obiektów wydano 16 decyzji administracyjnych dotyczących, podobnie jak w latach poprzednich, zorganizowania pomieszczeń porządkowych wyposażonych w zlew z baterią i dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym, zapewnienia jednokierunkowego ciągu technologicznego procesu sterylizacji w gabinetach stomatologicznych, wykonania podłóg i ich połączeń ze ścianami z materiałów zmywalnych, wyposażenia gabinetów w meble zmywalne, wyposażenia gabinetów w stanowiska do higienicznego mycia rąk, połączenia gabinetu ginekologicznego bezpośrednio z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym i wyposażenie go w bidet, realizacji i dokumentowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. W wyniku przeprowadzonych remontów, modernizacji bądź przeniesienia do nowych pomieszczeń oraz wyposażenia w nowy sprzęt i urządzenia poprawę uzyskano w 10 praktykach.

Coraz częściej sprzęt i narzędzia medyczne wielokrotnego użycia zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia; dotyczyło to głównie praktyk ginekologicznych, laryngologicznych oraz nielicznych stomatologicznych. Poszerzył się asortyment stosowanych preparatów dezynfekcyjnych do sprzętu, narzędzi i powierzchni oraz zwiększyła się liczba gabinetów, w których zamontowano łokciowe dozowniki ścienne ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk.

Utrzymanie czystości

Szpitalne

Wyposażenie szpitali w sprzęt medyczny, w szczególności jednorazowego użytku, materiały opatrunkowe, rękawiczki jednorazowe, a także zaopatrzenie w środki myjące i dezynfekujące, było wystarczające. Preparaty dezynfekcyjne dobrane były właściwie ze względu na spektrum, czas i zastosowanie.

Utrzymaniem czystości bieżącej w szpitalach zajmowali się w przeważającej większości pracownicy placówek, natomiast w 15 (27%) jednostkach firmy zewnętrzne. Tendencję taką obserwuje się już od dłuższego czasu, przy czym częściej z zewnętrznych ekip korzystały szpitale zlokalizowane w dużych miastach województwa. Procesy utrzymania czystości oparte były na planach higieny szpitalnej określających strefy i obszary, techniki oraz częstotliwość sprzątnięcia, w tym procedury mycia i dezynfekcji sprzętu oraz pomieszczeń szpitalnych. Procedury zawierały obowiązujące standardy higieny wewnątrzszpitalnej i były na bieżąco aktualizowane. We wszystkich skontrolowanych szpitalach procedury były dostępne w formie papierowej bądź elektronicznej w oddziałach oraz u osób nadzorujących przestrzeganie higieny szpitalnej.

W większości skontrolowanych szpitali na oddziałach wyznaczone były pomieszczenia, gdzie przechowywano sprzęt porządkowy, środki myjąco-czyszczące i dezynfekcyjne. Sprzęt ten wydzielony był w zależności od stref czystości mikrobiologicznej. Stosowane do sprzątnięcia mopy były odpowiednio oznakowane, przydzielone do poszczególnych oddziałów (z podziałem na osobne do mycia i do dezynfekcji powierzchni). Ponadto do utrzymania czystości w oddziałach używano ściereczek o zróżnicowanej kolorystyce oraz jednorazowych ściereczek fizelinowych (w szczególności na blokach operacyjnych). W niektórych szpitalach ekipy sprzątające posiadały pomieszczenia wyposażone w pralki, w których były prane i dezynfekowane mopy, natomiast w pozostałych szpitalach mopy były odbierane przez zewnętrzne firmy zajmujące się praniem. W szpitalu Psychiatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu zapewniono prawidłowo zorganizowane miejsce do sortowania czystych mopów, a także zwiększono ich zapas. Jedynie w dwóch placówkach stwierdzono nieprawidłowości w utrzymaniu czystości: w Szpitalu Uzdrawiskowym nr 1 należącym do PUC S.A. w Ciechocinku oraz w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Osoby odpowiedzialne za ten stan ukarano mandatami karnymi.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

W omawianej grupie obiektów nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie wyposażenia w sprzęt medyczny jednorazowego użytku oraz zaopatrzenia w środki opatrunkowe, ręczniki jednorazowe, a także w środki myjące i dezynfekujące. Jedynie w Centrum Terapii Uzależnień „Renesans” w Szpitalu Górnym stwierdzono brak środków czystości i preparatów myjąco-dezynfekcyjnych.

Sprzątaniem i utrzymaniem czystości w tej grupie obiektów zajmowali się pracownicy, a w kilkunastu przypadkach firmy zewnętrzne; dotyczyło to głównie trzech placówek sanatoryjnych, jednego ZOL-u, jednego ZPO, jednego laboratorium diagnostycznego oraz większych przychodni zlokalizowanych w Bydgoszczy, Toruniu i we Włocławku, a także jednej w Mogilnie. W przypadku praktyk zlokalizowanych w budynkach podmiotów leczniczych, sprzątanie zagwarantowane było w ramach umowy najmu lokalu. Sprzęt porządkowy oraz środki myjąco-dezynfekcyjne przechowywane były w wydzielonych miejscach lub pomieszczeniach i w roku sprawozdawczym nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie. Jedynie w Centrum Terapii Uzależnień „Renesans” w Szpitalu Górnym stwierdzono brak właściwie wyposażonego pomieszczenia porządkowego.

Tylko w jednej placówce: w Klinice Uzdrawiskowej „St. Georgie” w Ciechocinku stwierdzono nieprawidłowości w zakresie utrzymania czystości, co skutkowało nałożeniem grzywny w postaci mandatu karnego. W ubiegłym roku takich placówek było 10.

Podobnie jak w latach ubiegłych, odnotowywane zjawisko wspólnego użytkowania pomieszczeń gabinetów lekarskich przez jednostki organizacyjne o różnym charakterze (na przykład praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarskie, pielęgniarki środowiskowe), szczególnie w dużych przychodniach, utrudniało organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowanie w nich bieżącego nadzoru sanitarnego.

Zaopatrzenie w wodę

Szpitalne

Na 56 zewidencjonowanych szpitali, 48 (86%) korzystało z sieci wodociągów publicznych, a osiem (14%) z wodociągów lokalnych. Jakość wody podawanej z przebadanych podstawowych źródeł zaopatrzenia pod względem mikrobiologicznym nie budziła zastrzeżeń, poza jednym przypadkiem, gdzie wystąpiło chwilowe pogorszenie jakości wody kredowej (obecność bakterii grupy coli w liczbie 3 jtk w 100 ml) dostarczanej dla Szpitala Specjalistycznego dla Dzieci i Dorosłych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu. Skład fizykochemiczny wody w dwóch wodociągach: SP ZOZ Szpitala w Łasinie oraz Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy, odbiegał od obowiązujących wymagań sanitarnych w zakresie przekroczeń parametrów manganu, jonu amonowego. Ich obecność w wodzie nie stanowiła jednak bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia, wobec czego można było korzystać z wody z tych ujęć bez ograniczeń. Ponadto w 2015 roku ze względu na przekroczenia parametrów mętności, żelaza i manganu w wodzie z wodociągów lokalnych, dwie placówki szpitalne: Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu oraz Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy podłączono do wodociągów publicznych. W Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii trwa rozruch nowej stacji uzdatniania wody, a w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy planowana jest modernizacja stacji uzdatniania wody.

W omawianym okresie sprawozdawczym dziewięć obiektów szpitalnych nie posiadało rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę. W 2015 roku, podobnie jak w latach ubiegłych, wyłączone z użytkowania z uwagi na zły stan techniczny było ujęcie rezerwowe w szpitalu w Szubinie i w Strzelnie. Przebadana woda z części istniejących ujęć rezerwowych w większości odpowiadała obowiązującym normom sanitarnym, poza przekroczeniem parametrów żelaza i manganu w Powiatowym Szpitalu Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

Placówki te zaopatrywane były w wodę z sieci wodociągów publicznych oraz w nielicznych przypadkach z ujęć własnych. Kilkanaście placówek posiadało rezerwowe źródło zaopatrzenia w wodę. Jakość dostarczanej wody z tych ujęć odpowiadała pod względem jej składu mikrobiologicznego i fizykochemicznego wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach. Niemniej jednak odnotowano przekroczenia parametrów niemających istotnego wpływu na zdrowie, takich jak: żelazo, mangan, jon amonowy, a także zwiększoną mętność, utlenialność i barwę oraz sporadycznie bor.

Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych

Szpitala

Szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi regulowało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940). We wszystkich skontrolowanych jednostkach zasady postępowania z odpadami określone zostały przez odpowiednie procedury, a za ich prawidłową realizację odpowiedzialne były wyznaczone osoby. W większości przypadków kontrolowane jednostki stosowały się do wymogów rozporządzenia.

Wszystkie skontrolowane szpitale utylizowały swoje odpady medyczne w specjalistycznych jednostkach, przy czym na terenie województwa czynne były dwie spalarnie zlokalizowane w Bydgoszczy: Zakład Utylizacji Odpadów Medycznych przy Centrum Onkologii oraz MD-Proeco Sp. z o.o. Konsekwencją takiego stanu było transportowanie tego rodzaju odpadów niebezpiecznych poza teren województwa, często na duże odległości, np.: do spalarni ECO ABC Bełchatów Sp. z o.o., spalarni TPO w Łodzi, Remondis Medison Sp. z o.o. Dąbrowa Górnicza i EKO TOP Sp. z o.o. Rzeszów.

Na 55 skontrolowanych placówek

36 (w 2014 r. – 35), tj. 65,5% unieszkodliwiała odpady medyczne w Zakładzie Utylizacji Odpadów Medycznych przy Centrum Onkologii i 9 (w 2014 r. – 4), tj. 16,5% w MD-Proeco Sp. z o.o. w Bydgoszczy. Pozostałe 10 (w 2014 roku – 16) szpitali utylizowało odpady medyczne w spalarniach poza województwem kujawsko-pomorskim.

Pomieszczenia, w których były gromadzone i przechowywane odpady wyposażone były właściwie. W wyniku przeprowadzonych kontroli odnotowano następujące nieprawidłowości w zakresie ich gospodarowania:

1. magazynowanie odpadów medycznych o kodach: 18 01 03 i 18 01 06 w niewłaściwej temperaturze powyżej 18°C – ZOZ w Chełmnie,
2. niewłaściwe postępowanie z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 04 – SP ZOZ w Rypinie, Powiatowy Szpital Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu, NOVUM-MED Sp. z o.o. Szpital Powiatowy im. dr A. Gacy i dr J. Łaskiego NZOZ w Więcborku,
3. niewłaściwie opracowana procedura postępowania z odpadami – SP ZOZ w Rypinie.

W 2015 roku w trzech jednostkach szpitalnych uzyskano poprawę w postępowaniu z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 02, w jednym szpitalu uzyskano poprawę dotyczącą stanu technicznego pomieszczenia magazynowego, a w jednym wydzielono pomieszczenie do mycia i dezynfekcji wózków do transportu wewnętrznego odpadów medycznych. Odpady komunalne gromadzone były w pojemnikach, dodatkowo włożonych workami foliowymi, a następnie usuwane do zbiorczych pojemników, względnie kontenerów, ustawionych na ogół na wybetonowanej powierzchni zlokalizowanej na zapleczu gospodarczym szpitali. Stamtąd wywożone były, przez powołane do tego służby, na pobliskie składowiska.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

W tej grupie sposób postępowania z odpadami był podobny jak w szpitalach. We wszystkich

tkich prowadzona była segregacja odpadów medycznych i komunalnych. Poza trzema placówkami wszystkie pozostałe skontrolowane jednostki posiadały opracowane, wdrożone i zaktualizowane procedury postępowania z odpadami medycznymi, zgodne z obowiązującymi przepisami oraz aktualne umowy na odbiór odpadów medycznych ze specjalistycznymi firmami. Odpady medyczne o kodzie 18 01 03 przechowywano do 72 godzin lub nie dłużej niż 30 dni w przypadku wydzielonych pomieszczeń – magazynów lub wydzielonych chłodnych miejsc, a następnie były one odbierane, transportowane i unieszkodliwiane przez specjalistyczne firmy. Część praktyk lekarskich, z uwagi na fakt ich lokalizacji w przychodniach lub w obiektach sanatoryjnych, przekazywała wytworzone odpady medyczne do wspólnego pomieszczenia przechowywania odpadów medycznych w tychże obiektach. Odpady medyczne, które powstały w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta w ramach wizyt domowych oraz przez zespoły wyjazdowe pogotowia, zbierane były do sztywnych jednorazowych pojemników w miejscu ich powstania i zamykane, a następnie przewożone w specjalnych pojemnikach (tak zwanych torbach wyjazdowych) do macierzystych jednostek, gdzie były odpowiednio zagospodarowywane. W szkolnych gabinetach pielęgniarских, gdzie wytwarzane były znikome ilości odpadów medycznych, ich odbiór następował przez specjalistyczny podmiot w dniu ich wytworzenia.

Bieżące kontrole sanitarne wykazały pewne nieprawidłowości w omawianym zakresie w pięciu jednostkach:

1. brak procedury postępowania z odpadami medycznymi, brak oznakowania identyfikującego na pojemniku i worku z odpadami medycznymi, brak umowy ze specjalistyczną firmą na odbiór odpadów medycznych, brak kart przekazania odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 do utylizacji – Prywatny Ośrodek Terapii Uzależnień „Oaza” w Ługowiskach, gm. Chocień,
2. niewłaściwy czas magazynowania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02 - Laboratorium analityczne SKY-LAB w Ino-

wrocławiu,

3. brak właściwej kolorystyki worków, brak procedury postępowania z odpadami medycznymi, brak kart przekazania odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 do utylizacji – Indywidualna Ginekologiczna Praktyka Lekarska w Inowrocławiu,
4. brak segregacji odpadów na medyczne i komunalne, brak procedury postępowania z odpadami medycznymi, brak umowy ze specjalistyczną firmą na odbiór odpadów medycznych, brak kart przekazania odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 do utylizacji – Indywidualna Urologiczna Praktyka Lekarska w Inowrocławiu,
5. brak pomieszczenia do przechowywania odpadów medycznych – Klinika Uzdrawiskowa „St. George” w Ciechocinku.

Postępowanie z bielizną

Szpitalne

Proces prania bielizny szpitalnej, podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywany był we własnym zakresie w pięciu (9%) placówkach dysponujących pralniami; w pozostałych 50 (91%) zlecano był zewnętrznym jednostkom usługowym, również tym zlokalizowanym poza obszarem województwa.

Na pięć pralni przyszpitalnych cztery posiadały barierę higieniczną. W 2015 roku zlikwidowana została pralnia przyszpitalna w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy. We wszystkich skontrolowanych 55 obiektach szpitalnych postępowanie z bielizną szpitalną było prawidłowe, zgodne z opracowanymi i wdrożonymi procedurami. Podobnie jak w roku ubiegłym w przypadku kilku jednostek szpitalnych odnotowano fakt dzierżawienia od pralni zewnętrznych bielizny i odzieży szpitalnej - pościeli, prześcieradeł, koszul operacyjnych, kompletów zabiegowych, fartuchów zabiegowych. W większości szpitali wydzielone były magazyny bielizny czystej i brudnej, a na oddziałach miejsca do przechowywania czystej oraz do gromadzenia brudnej.

W dwóch szpitalach Uniwersyteckich w Bydgoszczy dystrybucją białizny czystej i brudnej zajmował się zakład usługowy. Białizna dzierzawiona oznakowana była przy pomocy tagów służących do pełnej identyfikacji każdej sztuki białizny. W tych placówkach zostały zlikwidowane magazyny białizny czystej, gdyż białizna czysta dostarczana była z pralni bezpośrednio na oddziały. W Szpitalu Wielospecjalistycznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu, w Oddziale Chirurgii, w ramach testowania systemu, wprowadzono dystrybutor wydający czystą białiznę operacyjną oraz urządzenie do zbierania brudnej białizny operacyjnej, wprowadzono także karty zbliżeniowe umożliwiające wydanie odzieży operacyjnej. W Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu stwierdzono poprawę stanu technicznego wózków do białizny w pralni.

W omawianym okresie sprawozdawczym, w 11 szpitalach, w ramach kontroli wewnętrznej, wykonano badania czystości mikrobiologicznej białizny. Nie zakwestionowano żadnej z badanych próbek. W ramach umowy badania mikrobiologiczne pranej białizny dla części placówek wykonywały również firmy zewnętrzne np. TZMO S.A. Toruń-CitoNet-Bydgoszcz S.A. w Bydgoszczy, „Hollywood Textille Service” Sp. z o.o. w Sierpcu.

Transport białizny, w przypadku korzystania z pralni zewnętrznych, odbywał się środkami tychże pralni. Były one myte i dezynfekowane na wyznaczonych do tego celu stanowiskach, usytuowanych na zapleczu obiektów.

Pozostałe podmioty lecznicze i praktyki zawodowe wykonujące działalność leczniczą

Sposób postępowania z białizną w tych placówkach był prawidłowy i zgodny z ustalonymi oraz wdrożonymi w tym zakresie procedurami. Placówki korzystały z pralni szpitalnych lub komercyjnych. Nadal część obiektów wykonywała pranie we własnym zakresie, w wydzielonych do tego celu pomieszczeniach, z wykorzystaniem właściwego sprzętu. W jednostkach stosowana była głównie białizna jednorazowego użytku (podkłady, serwety, ręczniki, prześcieradła), która

po użyciu, jako odpad medyczny, przekazywana była do unieszkodliwienia. Zastrzeżeń Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie budził transport i warunki magazynowania białizny, gdyż we wszystkich placówkach były wydzielone miejsca lub pomieszczenia do przechowywania białizny czystej i brudnej.

Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą

Dezynfekcja i sterylizacja

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitale, w tym szpitale jednodniowe, szpitale uzdrowiskowe

Szpitale opracowały i wdrożyły systemy zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Oceniane było ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Podejmowano i dokumentowano działania zapobiegawcze. W celu ograniczenia ryzyka wystąpienia zakażeń związanych z wykonywaniem zabiegów medycznych, w tym inwazyjnych zabiegów diagnostycznych oraz zachowania właściwych standardów higieny, przeprowadzano regularnie, zgodnie z opracowanymi harmonogramami, kontrolę wewnętrzną, co potwierdzone było stosowną dokumentacją. Ponadto w szpitalach powołano zespoły do spraw antybiotykoterapii lub wyznaczano do tego zadania konkretne osoby. Prowadzono nadzór nad przestrzeganiem procedur sanitarno-higienicznych, aktualizowano już istniejące oraz wdrażano nowe. Edukowano personel medyczny w zakresie zapobiegania zakażeniom. We wszystkich szpitalach działały zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych. Skład zespołów kontroli zakażeń szpitalnych w większości podmiotów był zgodny z obowiązującymi przepisami. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w Zespole Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, NZUM „BRAMED” w Lipnie. W związku z tymi nieprawidłowościami wdrożono postępowania administracyjne.

Zespoły kontroli zakażeń szpitalnych w podmiotach świadczących usługi w zakresie chirurgii jednego dnia zostały powołane lub są w trakcie organizacji.

Dezynfekcja narzędzi, sprzętu medycznego oraz powierzchni

W szpitalach narzędzia i sprzęt wielorazowego użycia poddawano dezynfekcji wstępnej i właściwej, bądź też – w zależności od przyjętej w danej placówce technologii – tylko dezynfekcji właściwej. W obiektach, które w swojej strukturze organizacyjnej posiadały centralną sterylizatornię niespełniającą wszystkich obowiązujących przepisów prawa, dezynfekcja właściwa narzędzi i sprzętu przeprowadzana była na oddziałach w profesjonalnych pojemnikach.

W 2015 roku w szpitalach wprowadzano do użytkowania nowe, wyższej klasy narzędzia medyczne, co wpływało na jakość wykonywanych świadczeń medycznych. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku zakupiono dwie automatyczne myjnie dezynfektory. Zautomatyzowanie procesu mycia i dezynfekcji narzędzi i sprzętów medycznych dla całego szpitala zmniejszy ryzyko przenoszenia zakażeń i przyczyni się do poprawy bezpieczeństwa świadczonych usług. Stosowany asortyment preparatów do dezynfekcji był szeroki a dobór odpowiedni w stosunku do prawdopodobnych zagrożeń. W celu zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego wiele placówek przeprowadzało dezynfekcję metodą zamgławiania. Systematycznie ulega poprawie bezpieczeństwo epidemiologiczne przy wykonywaniu świadczeń medycznych poprzez na przykład wprowadzanie systemu dozowania rękawic jednorazowego użycia, zwiększanie ilości dozowników przyłóżkowych z płynem dezynfekcyjnym, wprowadzanie jednorazowego sprzętu do higieny pacjenta. Stanowiska do higienicznego mycia rąk w gabinetach zabiegowych i lekarskich wyposażone były prawidłowo. Zaopatrzenie podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w sprzęt medyczny, w szczególności jednorazowego użytku, materiały opatrunkowe, ręczniki jednorazowego użytku, a także zaopatrzenie w środki myjące i dezyn-

fekujące, podobnie jak w roku ubiegłym, było wystarczające.

W nadzorowanych placówkach dekontaminacja endoskopów odbywała się w wydzielonych zmywalniach wyposażonych w myjnie automatyczne oraz dodatkowo, w niektórych placówkach, w myjnie ultradźwiękowe. Zautomatyzowanie procesu mycia i dezynfekcji oraz zastępowanie sprzętu wielorazowego użycia wyrobami medycznymi jednorazowego użycia zmniejsza ryzyko przenoszenia zakażeń i przyczynia się w znacznej mierze do poprawy bezpieczeństwa pacjentów podczas wykonywania badań diagnostycznych. W pracowniach endoskopowych sterylizacji poddawane były akcesoria naruszające ciągłość tkanek oraz endoskopy sztywne.

Podobnie jak w latach ubiegłych dezynfekcję powierzchni dotykowych i bezdotykowych, zgodnie z opracowanymi procedurami, przeprowadzały ekipy sprzątające lub salowe i pielęgniarki. Preparaty dezynfekcyjne stosowano zgodnie z zaleceniami producenta oraz dobierano odpowiednio pod względem zdefiniowanego poziomu ryzyka.

Komory dezynfekcyjne

W roku 2015 podobnie, jak w roku 2014, w 10 szpitalach działało 12 komór dezynfekcyjnych. Coraz więcej podmiotów zleca usługi dezynfekcji komorowej jednostkom zewnętrznym. Są to zlecenia stałe lub doraźne.

Dezynfekcja komorowa w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego.

Lata	Liczba szpitali	Liczba komór
2009	17	22
2010	16	21
2011	15	19
2012	14	18
2013	14	18
2014	10	12
2015	10	12

Sterylizacja

W szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego, podobnie jak w roku ubiegłym, funkcjonowały centralne sterylizatornie. Większość z nich spełniała wymogi obowiązujących przepisów prawa. W roku 2015 do obowiązujących przepisów dostosowano centralną sterylizatornię w Szpitalu SP ZOZ w Radziejowie oraz oddano do użytku nową w Powiatowym Szpitalu Sp. z o.o. w Aleksandrowie Kujawskim.

W 2015 roku w 45 obiektach szpitalnych działało 20 centralnych sterylizatori; 12 (27%) z nich spełniało wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu

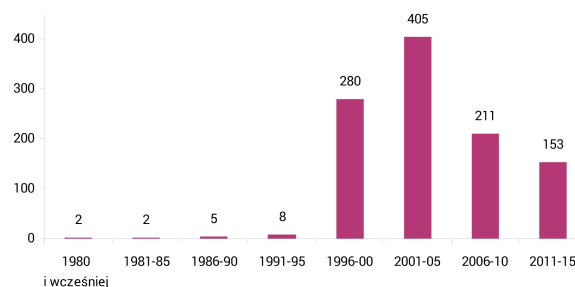


Organizacja sterylizacji w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego.

wykonującego działalność leczniczą, 8 (18%) nie spełniało wymagań, 20 (45%) szpitali zlecało usługę sterylizacji jednostkom zewnętrznym (14 firmie CitoNet, dla sześciu usług tę świadczyły inne szpitale). Jeden szpital sterylizował sprzęt i narzędzia medyczne we własnej sterylizatorni nie spełniającej wymagań oraz zlecał usługę jednostce zewnętrznej. Kolejny szpital posiadał punkt centralnego sterylizowania oraz zlecał usługę jednostce zewnętrznej. Jeszcze inny szpital sterylizował narzędzia i sprzęt medyczny w punkcie centralnego sterylizowania, w dwóch szpitalach profil placówki nie wymagał sterylizacji sprzętu.

W szpitalach sterylizacja narzędzi przeprowadzana była głównie w autoklawach. Sprzęt ten każdego roku jest sukcesywnie wymieniany na nowy o lepszych warunkach technicznych.

Ogólną liczbę autoklawów we wszystkich podmiotach leczniczych według lat produkcji przedstawia wykres.



Liczba autoklawów w województwie kujawsko-pomorskim wg daty produkcji. Stan na 31 grudnia 2015 roku.

Nadal zwiększa się liczba podmiotów znających pakiety w taki sposób, aby umożliwić identyfikację procesu sterylizacji sprzętu z konkretnym pacjentem, u którego wykonywano zabieg.

Podobnie jak w latach ubiegłych przebieg procesu sterylizacji był systematycznie weryfikowany przez użytkowników urządzeń w ramach kontroli wewnętrznej, poprzez stosowanie testów chemicznych, bioindykatorów oraz wskaźników fizycznych. Centralne sterylizatornie prowadzą od wielu lat systematyczną, udokumentowaną kontrolę w tym zakresie. Właściwe postępowanie na każdym etapie procesu sterylizacji gwarantuje wysoką jakość produktu finalnego.

W podmiotach leczniczych, w których czas pobytu pacjenta nie przekraczał 24 godzin, wykonywane były tylko zabiegi planowe. Placówki te, podobnie jak w roku ubiegłym, wyposażone były w punkty sterylizacji przy blokach operacyjnych lub zlecały usługi sterylizacji sprzętów i narzędzi innym podmiotom leczniczym lub firmie CitoNet w Bydgoszczy.

Podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitale

Zasady przeprowadzania procesów dezynfekcji w podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne innych niż szpitale nie uległy zmianie. Do zabiegów stosowano sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użytku. Procesy sterylizacyjne przeprowadzane były w ograniczonym zakresie. W przypadku konieczności stosowania sprzętu wielokrotnego użycia, prowadzone były procesy sterylizacji w autoklawie lub zlecano usługi centralnym sterylizatorniom. Opracowano i wdrożono procedury higieniczno-sanitarne, które były w miarę potrzeb aktualizowane. Podejmowano działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. W zakresie realizacji tych działań oraz przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych przeprowadzano kontrole wewnętrzne, co udokumentowano. Stanowiska do higienicznego mycia rąk wyposażone były w dozowniki z mydłem w płynie i środkiem antyseptycznym, ręczniki jednorazowego użytku, pojemniki na zużyte ręczniki.

Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

W podmiotach wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, podobnie jak w roku ubiegłym, przeprowadzano kontrole wewnętrzne w obszarze działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Było to właściwie udokumentowane. Oceniano również ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Dezynfekcja sprzętu i narzędzi medycznych przeprowadzana

była podobnie jak w latach ubiegłych, najczęściej metodą tradycyjną, ręcznie lub przy użyciu myjek ultradźwiękowych. Uwzględniając zasadę niekrzyżowania się dróg czystych i brudnych, wydzielano ciąg technologiczny gwarantujący ruch postępowy od materiałów skażonych do sterylnych. Coraz więcej podmiotów wydzielalo osobne pomieszczenia do dekontaminacji narzędzi i sprzętu medycznego. W jednym podmiocie w powiecie sępoleńskim stwierdzono brak zachowania prawidłowego ciągu technologicznego podczas przeprowadzania procesów dekontaminacji w związku, z czym wdrożono postępowanie administracyjne. Stosowano środki dezynfekcyjne nowej generacji, wprowadzano wyroby medyczne o lepszych parametrach użytkowych. Nadal trwał proces zastępowania narzędzi wielokrotnego użycia sprzętem jednorazowego użycia.

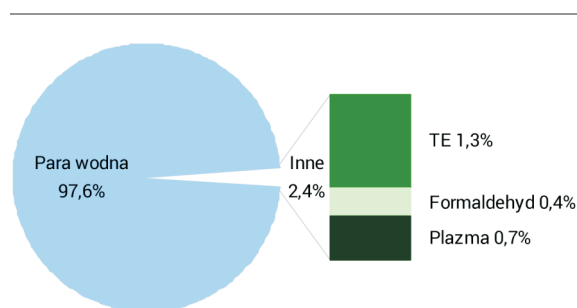
Wszystkie placówki należące do tej grupy obiektów posiadały właściwie wyposażone stanowiska higienicznego mycia rąk.

Pogotowia ratunkowe jako Działy Pomocy Doraźnej, najczęściej wyjazdowe zespoły pomocy, w wielu powiatach funkcjonują w strukturach szpitali. Karetki dezynfekowane były przez pracowników pogotowia zgodnie z opracowanymi standardami. Pogotowia ratunkowe pracowały stosując głównie sprzęt medyczny jednorazowego użytku. Narzędzia medyczne wielokrotnego użytku, będące na wyposażeniu karetek, sterylizowane były w sterylizatorniach szpitalnych. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy posiada własną centralną sterylizatornię, która zaopatruje w sprzęt sterylny wszystkie podległe podstacje.

Stacje Dializ, które były wydzielonymi podmiotami leczniczymi, stosowały głównie materiały i narzędzia medyczne jednorazowego użycia. Niewielka ilość narzędzi wielorazowego użycia sterylizowana była poza podmiotami.

W tej grupie obiektów od kilku lat obserwuje się systematyczną poprawę przestrzegania procedur sterylizacji narzędzi medycznych. Podmioty lecznicze, których zakres świadczonych usług obejmował tylko podstawową opiekę zdrowotną stosowały wyłącznie sprzęt i materiały medyczne jednorazowego użycia. Procesy steryl-

lizacji wykonywane były w aparatach parowych będących na wyposażeniu placówki lub korzystano z usług sterylizatorni zewnętrznych. W wyniku kontroli, w jednym podmiocie w powiecie toruńskim stwierdzono nieprawidłowości dotyczące postępowania ze sprzętem wielorazowego użycia.



Metody sterylizacji w województwie kujawsko-pomorskim, w 2015 roku.

Sterylizacja narzędzi i materiałów medycznych we wszystkich podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia zdrowotne, w zdecydowanej większości (97,6%) przeprowadzana była metodą pary wodnej pod ciśnieniem.

Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zdrowotną

Lekarze wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej, dekontaminację narzędzi przeprowadzali w wyodrębnionej strefie „brudnej” gabinetu diagnostyczno-zabiegowego lub w pomieszczeniach do tego celu przeznaczonych, manualnie lub z użyciem myjek ultradźwiękowych. Dobór preparatów do dezynfekcji narzędzi i sprzętów medycznych był prawidłowy, podobnie jak i środków czyszczących do dentystycznych instalacji ssących oraz ich przewodów odpływowych. Sterylizacja odbywała się we własnych autoklawach lub na podstawie umowy z usługodawcami w zakresie sterylizacji. Zawartość zestawów sterylnych dostosowywano do jednego zabiegu. Narzędzia medyczne wielokrotnego użycia zastępowano sprzętem i narzędziami jednorazowego użycia. Podobnie jak w latach ubiegłych tendencja ta dotyczyła głównie praktyk ginekologicznych i laryngologicznych. W większości

obiektów prowadzona była kontrola wewnętrzna z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Kontrole przeprowadzane były według sporządzonych harmonogramów, nie rzadziej niż dwa razy w roku, właściwie udokumentowane. Stan sanitarno-techniczny indywidualnych praktyk lekarskich ulega systematycznej poprawie. Zwiększa się ilość gabinetów o wysokim standardzie wyposażenia, przeprowadzana jest modernizacja lub właściciele przenoszą je do nowo wybudowanych obiektów. W trakcie kontroli sanitarnych przeprowadzanych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego stwierdzono następujące nieprawidłowości:

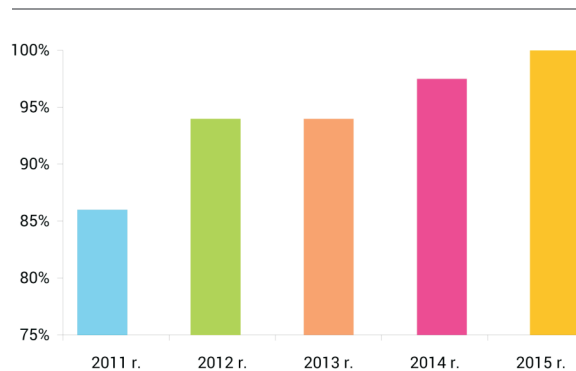
1. brak zachowania prawidłowego ciągu technologicznego procesu sterylizacji,
2. zniszczone wyposażenie uniemożliwiające mycie i dezynfekcję,
3. brak kontroli wewnętrznej oraz dokumentacji realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,
4. pomieszczenia i urządzenia gabinetów niezgodne z przepisami prawa.

Bloki żywienia w szpitalach

W 2015 roku skontrolowano 35 bloków żywienia w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Przedmiotowe kontrole wykazały, iż warunki sanitarno-higieniczne i techniczne uległy poprawie w porównaniu z latami poprzednimi. Kontrolowane bloki doposażono w nowy sprzęt i urządzenia produkcyjne, przeprowadzono remonty malarskie oraz prace modernizacyjne pomieszczeń kuchennych, polegające na ich przebudowie i rozbudowie. Zagrożenie wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego zminimalizowane zostało poprzez rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.

W roku sprawozdawczym wszystkie szpitale pracowały zgodnie z zasadami GHP/GMP. W 100% zakładów wdrożono w pełni system HACCP. W porównaniu z latami ubiegłymi można stwierdzić, że stopień wdrożenia systemu dla bezpieczeństwa żywności – HACCP uległ po-

prawie, co obrazuje wykres.



Liczba placówek, które wdrożyły, utrzymują i wykonują procedury na podstawie zasad HACCP, w stosunku do liczby obiektów wg ewidencji w latach 2011–2015.

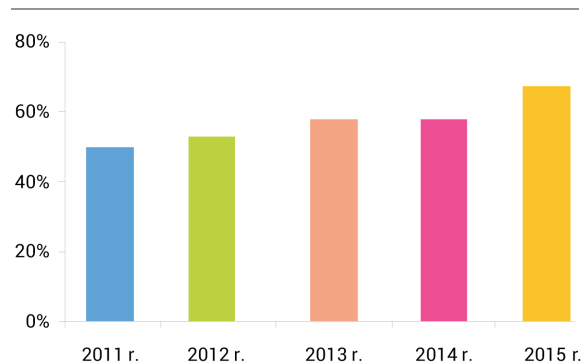
W opisywanej grupie obiektów, w roku 2015 nie odnotowano ogniska zbiorowego zatrucia/zakażenia pokarmowego, w którym nośnikiem zakażenia byłby nośnik pokarmowy.

Transport wewnętrzny posiłków był ściśle uzależniony od warunków technicznych obiektów. W wielu przypadkach nie było możliwości korzystania z wydzielonych wind, korytarzy oraz łączników. W przedmiotowych przypadkach szpitale stosowały procedury i sprzęt, które uniemożliwiły zanieczyszczenie przewożonych posiłków oraz naczyń stołowych i sztućców. Transport posiłków na oddziały odbywał się głównie w pojemnikach umieszczonych w wózkach bemaowych oraz w termosach i termoportach.

Kontrole środków transportu posiłków szpitalnych nie wykazały większych nieprawidłowości; wszystkie samochody były przystosowane i pozytywnie zaopiniowane przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych.

Podobnie jak w latach ubiegłych, w wielu szpitalach kuchenki oddziałowe składały się z jednego pomieszczenia z wydzieloną częścią „czystą” i „brudną”, w którym odbywało się rozdzielanie posiłków oraz zmywanie brudnych naczyń stołowych. W przypadku kuchenek dwu i trzypomieszczeniowych, zmywalnie naczyń stołowych stanowiły odrębne pomieszczenia. Stan sanitarny kuchenek oddziałowych nie budził większych zastrzeżeń. Były one również prawidłowo wyposażone w sprzęt i urządzenia.

Placówki, w których środki finansowe nie pozwoliły na poczynienie niezbędnych inwestycji i utrzymanie właściwych standardów dla utrzymania bezpieczeństwa żywności, zrezygnowały z utrzymania kuchni, zlecając żywienie pacjentów firmom zewnętrznym.



Liczba placówek organizujących żywienie pacjentów przy pomocy firm zewnętrznych w stosunku do liczby obiektów w latach 2011–2015.

W roku sprawozdawczym w województwie kujawsko-pomorskim 67,4% obiektów prowadziło żywienie w sposób alternatywny do tradycyjnego. Firmy cateringowe, oprócz produkcji i transportu posiłków na oddziały, odpowiedzialne były za mycie i dezynfekcję pojemników transportowych, pobór próbek pokarmowych, a niekiedy również odbiór odpadów pokonsumpcyjnych, czy układanie jadłospisów – zgodnie z zawartymi umowami.

Nadal istniało zróżnicowanie stawek finansowych przeznaczonych na codienne wyżywienie pacjenta w woj. kujawsko-pomorskim. Zawierały się one w przedziale: od 4,80 zł do 28,68 zł. W skład diety ogólnej wchodziły 3 posiłki codzienne, a niekiedy również II śniadanie i podwieczorek. Analiza sposobu żywienia w placówkach nie wykazała zastrzeżeń.

W roku sprawozdawczym większość szpitali propagowało karmienie noworodków i niemowląt piersią. W razie potrzeby dzieci dożywiane były gotowanymi mieszankami mlecznymi konfekcjonowanymi jednorazowo lub mlekiem modyfikowanym. Gotowe mieszanki mleczne umieszczane w butelkach jednorazowego użytku wymagały jedynie podgrzania. Mleko modyfikowane

natomiast przygotowywane było na bieżąco, bezpośrednio przed podaniem dziecku. Przeprowadzone w 2015 roku kontrole wykazały, że stan sanitarno-techniczny i higieniczny kuchenek mlecznych nie budził większych zastrzeżeń, a tym samym zapewniał bezpieczeństwo przygotowywanych pokarmów.

Bloki żywienia w sanatoriach

W roku sprawozdawczym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 26 sanatoriów. Skontrolowano 25 bloków żywienia w przedmiotowych obiektach i poddano analizie zgodnie z arkuszem oceny stanu sanitarnego. Placówki sklasyfikowano jako zgodne z wymaganiami. W obiektach tych wprowadzone zostały zasady GHP/GMP oraz systemu HACCP.

Ogółem w wyżej wymienionych zakładach przeprowadzono 43 kontrole sanitarne, w trakcie których stwierdzano nieprawidłowości natury techniczno-sanitarnej (m.in. zły stan ścian, sufitów w pomieszczeniach kuchennych, brak siatek zabezpieczających przed dostępem owadów w oknach, brudny, zniszczony sprzęt pomocniczy i kuchenny) oraz nieprawidłowości natury higienicznej (między innymi wilgotne, niedomyte naczynia stołowe, brudne urządzenia chłodnicze, brak segregacji oraz niewłaściwe magazynowanie żywności, brak środków do higienicznego mycia i osuszania rąk). W celu poprawy warunków sanitarno-higienicznych i technicznych wydano 10 decyzji administracyjnych oraz nałożono 2 mandaty karne na łączną kwotę 1000 zł. W trakcie kontroli przeprowadzono również ocenę żywienia, podczas której nie stwierdzono nieprawidłowości. Jadłospisy dekadowe nie budziły większych zastrzeżeń.

W roku sprawozdawczym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego odnotowano jedno ognisko zbiorowego zatrucia pokarmowego w sanatorium uzdrowskowym „Modrzew” w Inowrocławiu. W wyniku dochodzenia sanitarno-epidemiologicznego ustalono, że czynnikiem etiologicznym, który spowodował zatrucie, były norowirusy.

Nadal obserwuje się znaczne zróżnicowanie stawek finansowych przeznaczonych na

dzienne wyżywienie kuracjuszy. W 2015 roku przedmiotowe stawki zawierały się w przedziale od 5,00 zł do 17,50 zł.

Bloki żywienia w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

W roku 2015 zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze funkcjonujące na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w większości przypadków samodzielnie realizowały żywienie korzystając z własnego zaplecza kuchennego. Z usług firm zewnętrznych korzystały: Hospicjum im. Ks. Jerzego Popiełuszki przy Parafii Św. Polskich Braci Męczenników NZOZ w Bydgoszczy, Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, NZOZ „WIMED” Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Suradówku, Zakład Opieki Paliatywnej Hospicjum „Światło” w Toruniu oraz Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „SERAFITKI” w Toruniu.

Obiekty działające przy szpitalach funkcjonują jako ich część składowa. Posiadają jedno wspólne zaplecze kuchenne, a żywienie odbywa się na tych samych zasadach.

Wszystkie samodzielnie funkcjonujące zakłady prowadziły żywienie zgodnie z zasadami GHP/GMP. W przedmiotowych obiektach wdrożono również system HACCP.

Przeprowadzone kontrole zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych nie wykazały uchybień i nieprawidłowości. Na podstawie oceny jadłospisów dekadowych stwierdzono, że sposób żywienia w ww. placówkach nie budził większych zastrzeżeń.

Wnioski

1. Stan higieniczno-sanitarny i techniczny placówek podmiotów leczniczych województwa kujawsko-pomorskiego uległ poprawie w stosunku do roku ubiegłego, bowiem negatywnie pod tym względem oceniono 13 obiektów (0,88%), w tym pod względem technicznym 12 (0,81%).
2. Placówki podmiotów leczniczych nadal zlecały usługi w zakresie prac pomocniczych: sprzątania, prania bielizny, unieszkodliwiania

- odpadów medycznych, wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym.
3. Nie wszystkie szpitale posiadały rezerwowe źródła zaopatrzenia w wodę lub rezerwowe zbiorniki wody, które w przypadku awarii zasilania podstawowego gwarantowałyby jej dostawę.
 4. Utylizacja odpadów medycznych odbywała się w specjalistycznych spalarniach, jednak część na terenie innych województw, co wiązało się z koniecznością transportu odpadów na znaczne odległości. Niemniej jednak spadała liczba szpitali utylizujących odpady medyczne poza województwem kujawsko-pomorskim.
 5. Obserwowano poprawę stanu sanitarno-technicznego placówek związaną między innymi ze wzmoczoną realizacją programów dostosowania w obliczu kończącego się terminu ich wykonania, a także z rosnącymi wymaganiami społecznymi, nie tylko co do jakości świadczonych usług, ale także wobec estetyki otoczenia.
 6. Odnotowano wzrost liczby placówek spełniających wymagania obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), znaczący w grupie szpitali w porównaniu z rokiem ubiegłym.
 7. Oceniano ryzyko wystąpienia zakażeń związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, przeprowadzano kontrolę wewnętrzną w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Wszystkie wyniki kontroli dokumentowano.
 8. Środki dezynfekcyjne dobierano prawidłowo i stosowano zgodnie z zaleceniami producentów.
 9. W podmiotach leczniczych coraz częściej wprowadzano zautomatyzowane systemy dekontaminacji sprzętu i narzędzi medycznych, co odgrywało ważną rolę w aspekcie zapobiegania zakażeniom oraz poprawy bezpie-

czeństwa pacjentów.

10. Sterylizację narzędzi i sprzętu medycznego prowadzono wyłącznie metodami gwarantującymi skuteczność, w których czynnikiem sterylizującym była para wodna, plazma lub tlenek etylenu.
11. Ulegały poprawie warunki bezpieczeństwa epidemiologicznego podczas wykonywania zabiegów medycznych poprzez wprowadzanie nowych i nowoczesnych sprzętów oraz wdrażanie nowych technologii.
12. We wszystkich placówkach stosowano środki ochrony osobistej w zależności od specyfiki zakładu i wykonywanych czynności.
13. We wszystkich nadzorowanych podmiotach leczniczych zwracano szczególną uwagę na najprostszy a jednocześnie najskuteczniejszy sposób zapobiegania transmisji zakażeń, czyli na prawidłową higienę rąk.
14. Ze względu na specyfikę grupy osób żywionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych, produkcja i dystrybucja żywności w tego typu obiektach powinna odbywać się w sposób higieniczny z zachowaniem najwyższych standardów sanitarnych. Placówki, w których środki finansowe nie pozwoliły na poczynienie niezbędnych inwestycji i utrzymanie przedmiotowych standardów, zrezygnowały z utrzymania kuchni, zlecając żywienie pacjentów firmom zewnętrznym.
15. Zagrożenia wynikające z braku funkcjonalności zaplecza kuchennego zminimalizowane zostało poprzez rozdzielenie w czasie czynności „czystych” i „brudnych” oraz przestrzeganie określonych procedur i instrukcji systemowych.
16. System dla bezpieczeństwa żywności – HACCP został wdrożony we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych.

HIGIENA KOMUNALNA 2



Stan sanitarny wód i urządzeń wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę

Wstęp

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany był przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzeniu ścieków. Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi oraz obowiązującemu od 28 listopada 2015 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Zgodnie z zapisami powyższych rozporządzeń organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły monitoring kontrolny i przeglądowy, pobierały próbki wody do badań laboratoryjnych i na podstawie otrzymanych wyników badań dokonywały oceny jej przydatności do spożycia przez ludzi. Jednak to głównie producenci wody, z częstotliwością uzgodnioną z właściwymi inspektorami sanitarnymi, w celu zapewnienia odbiorcom wody bezpiecznej dla zdrowia, zobligowani byli do prowadzenia wewnętrznej kontroli jej jakości. Współpraca z przedsiębiorstwami wodociągowo-kanalizacyjnymi ulegała systematycznej poprawie. Wykonywanie badań w ramach opracowanych i zaakceptowanych przez powiatowych

inspektorów sanitarnych harmonogramów w większości przypadków było zadowalające. Wszyscy przedsiębiorcy sporządzili wewnętrzne procedury postępowania w przypadkach przekroczeń dopuszczalnych norm parametrów mających bezpośredni wpływ na zdrowie ludzi.

Badania jakości wody do spożycia na nadzorowanym terenie wykonywało siedem laboratoriów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości prowadzonych badań, zatwierdzone zgodnie z zapisami zawartymi w ustawie o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzeniu ścieków przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim zgodę na wykonywanie takich badań posiadało 16 laboratoriów zewnętrznych.

Woda przeznaczona do zbiorowego zaopatrzenia ludności w województwie kujawsko-pomorskim była uzyskiwana z dwóch rodzajów ujęć: wody podziemnej oraz wody powierzchniowej, przy czym zdecydowaną większość spośród wszystkich ujęć w regionie stanowiły ujęcia podziemne (99,5%). Wodą z ujęć powierzchniowych były zasilane 2 największe wodociągi: dla miasta Bydgoszczy i Torunia.

W minionym roku w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa znajdowało się 417 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę, w tym 100 urządzeń produkujących poniżej 100 m³ wody na dobę, 271 produkujących od 101 do 1000 m³ wody na dobę, 41 o produkcji od 1001 do 10000 m³ wody na dobę oraz 5 wodociągów o produkcji od 10001 do 100000 m³ wody na dobę. Obowiązujące przepisy dotyczące jakości-

ci wody do spożycia przez ludzi, nie obejmują w pełni swym zakresem wszystkich podmiotów, które zajmowały się dystrybucją wody. Były wśród nich również takie, które produkowały wodę nie tylko na potrzeby własne, ale też sprzedawały ją innym odbiorcom. W 2015 roku stacje sanitarno-epidemiologiczne obejmowały ewidencją 58 takich podmiotów. Były to między innymi szpitale, zakłady zajmujące się wytwarzaniem lub przetwarzaniem żywności, a także spółki eksploatujące wodociągi, na przykład po dawnych zakładach rolnych.

Zaopatrzenie ludności w wodę

Podstawowymi urządzeniami zaopatrzenia ludności miast i wsi w wodę przeznaczoną do spożycia były wodociągi publiczne. W 2015 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizując bieżący nadzór sanitarny nad tymi obiektami, skontrolowały na terenie województwa 413 urządzeń wodociągowych, co stanowiło 99,0% wszystkich urządzeń ujętych w ewidencji, a także 49 innych podmiotów zaopatrujących w wodę (84,5%).

W omawianym okresie dostęp do wody miało 96,6% mieszkańców województwa (w roku 2013 – 96,2%, w roku 2014 – 96,6%). Przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne sukcesywnie dokonywały wymiany sieci z rur stalowych i żeliwnych na rury z PE i PVC.

W 2015 roku w regionie nie odnotowano większego deficytu wody wynikającego ze spad-

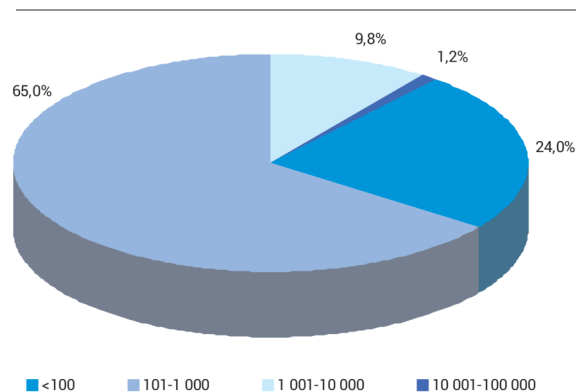
ku wydajności studni. W przypadku wystąpienia niedoboru, dokonywano zakupu wody z innego wodociągu. Sytuacja taka miała miejsce (podobnie jak w roku ubiegłym) w przypadku Zakładu Wodociągów i Usług Komunalnych w Białych Błotach, powiat bydgoski (od maja do listopada), który korzysta z wody dostarczanej przez Miejskie Wodociągi i Kanalizację Sp. z o.o. w Bydgoszczy.

Wodociągi o produkcji powyżej 10000 m³/dobę miały największy udział w zaopatrzeniu w wodę i dotyczyło to głównie mieszkańców miast. Ewidencja obejmowała, analogicznie do lat ubiegłych, 5 wodociągów, które zaopatrywały największe miasta regionu (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz oraz Inowrocław). Wodociągi te dostarczały wodę dla około 848,5 tys. mieszkańców, czyli dla 42,1% mieszkańców całego województwa. Ujmowały one głównie wody podziemne i tylko w dwóch przypadkach w części powierzchniowe (ujęcia na rzece Brdzie dla wodociągu w Bydgoszczy i na rzece Drwęcy dla wodociągu w Toruniu).

Wodociągi o produkcji od 1001 do 10000 m³/dobę spełniały natomiast najważniejszą rolę w zaopatrzeniu w wodę ludność małych i średnich miast oraz większych miejscowości na terenach wiejskich. Dostarczały one wodę dla około 481,1 tysięcy mieszkańców. Ich liczba w stosunku do ubiegłego roku (38) nieznacznie uległa zmianie i wynosiła 41; cztery wodociągi z grupy o niższej produkcji wody połączyły się, powstały dwa. Dwa inne zwiększyły swoją produkcję, natomiast jeden został przeniesiony do grupy wodociągów o niższej produkcji wody.

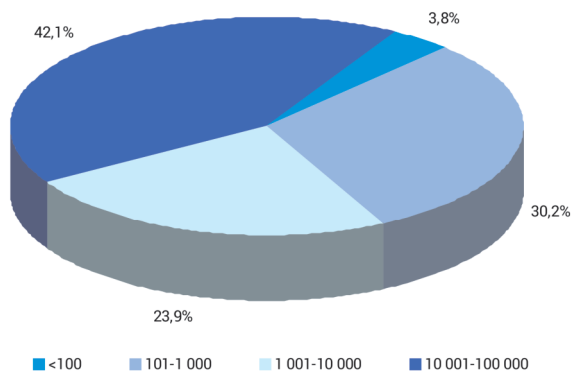
Trzecią grupę wodociągów stanowiły wodociągi o produkcji od 101 do 1000 m³/dobę. Była to najliczniejsza grupa (271) obejmującą 65,0% wszystkich wodociągów w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych. W 2015 roku skontrolowano wszystkie obiekty tej grupy. Z wody dostarczanej przez te wodociągi korzystało 610,6 tysięcy mieszkańców województwa.

W 2015 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zewidencjonowano 100 wodociągów o produkcji mniejszej niż 100 m³/dobę. W stosunku do 2014 roku ich liczba uległa zmniejszeniu o trzy obiekty, przy czym pięć



Odsetek wodociągów o danej produkcji dobowej, [m³/dobę], zaopatrujących mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w 2015 roku.

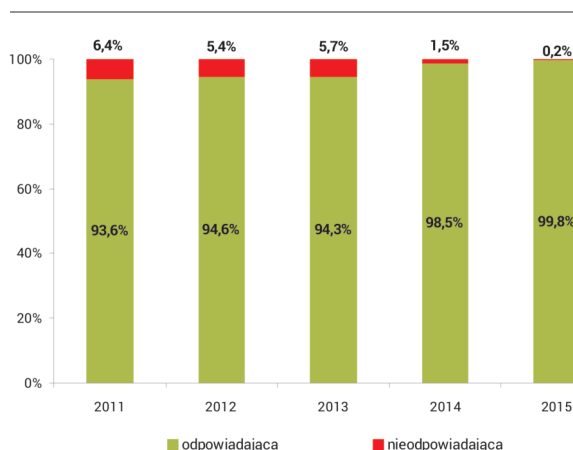
ubyło (cztery obiekty zwiększyły swoją produkcję wody i przeszły do grupy wodociągów od 101-1000 m³/dobę, jeden został zlikwidowany), natomiast dwa zewidencjonowano: jeden zmienił grupę, drugi włączono do eksploatacji).



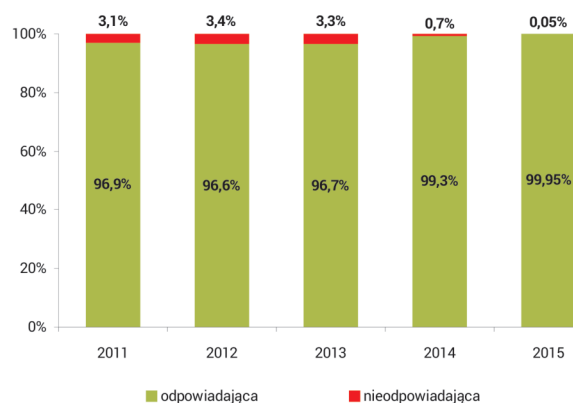
Odsetek ludności województwa kujawsko-pomorskiego zaopatrywanej przez wodociągi o danej produkcji dobowej [m³/dobę] w 2015 roku.

Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2018,19 tysięcy (96,6%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, przy ogólnej liczbie 2089,99 tysięcy mieszkańców. Wodę dobrą, spełniającą wymogi sanitarne dostarczało 99,8% skontrolowanych wodociągów (w roku 2014 – 98,5%), zaopatrując 99,95% mieszkańców województwa korzystających z wody wodociągowej i w porównaniu z rokiem ubiegłym (96,6%) odsetek ten uległ nieznacznej poprawie.

Woda niespełniająca wymagań określonych w przepisach prawnych dostarczana była przez 1 wodociąg (0,2% skontrolowanych wodociągów, w 2014 roku – 1,5%) i zaopatrywała 0,05% (w roku 2014 – 0,7%) mieszkańców województwa (1000). Jednakże z uwagi na charakter stwierdzonego przekroczenia (bor), woda była warunkowo dopuszczona do spożycia na zasadzie czasowego odstępstwa. W ciągu roku sprawozdawczego występowały ponadto sporadyczne przekroczenia, które dotyczyły głównie parametrów manganu i żelaza, nie miały one jednak bezpośredniego wpływu na zdrowie konsumentów i służyły przede wszystkim do określenia prawidłowości procesów uzdatniania oraz dystrybucji wody.



Odsetek skontrolowanych urządzeń dostarczających wodę w latach 2011-2015.

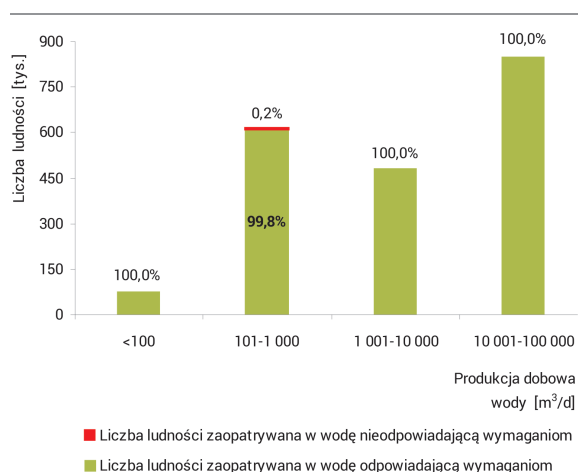


Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę w latach 2011-2015.

Procentowy udział ludności zaopatrywanej w wodę dobrej jakości przez poszczególne grupy wodociągów kształtował się następująco:

- 10001 do 100000 m³/dobę wynosił 100%,
- 1001 do 10000 m³/dobę wynosił 100%,
- 101 do 1000 m³/dobę wynosił 99,8%,
- ≤100 m³/dobę wynosił 100%.

Z powyższego zestawienia wynika, że wodę dobrej jakości produkowały niemal wszystkie wodociągi, jedynie nieco gorzej przedstawiała się jakość wody produkowana przez grupę wodociągów o produkcji od 101 do 1000 m³/dobę (99,8%). Wynikało to przede wszystkim z większych możliwości finansowych dużych przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, zapewnienia fachowej obsługi oraz właściwej eksploatacji urządzeń,

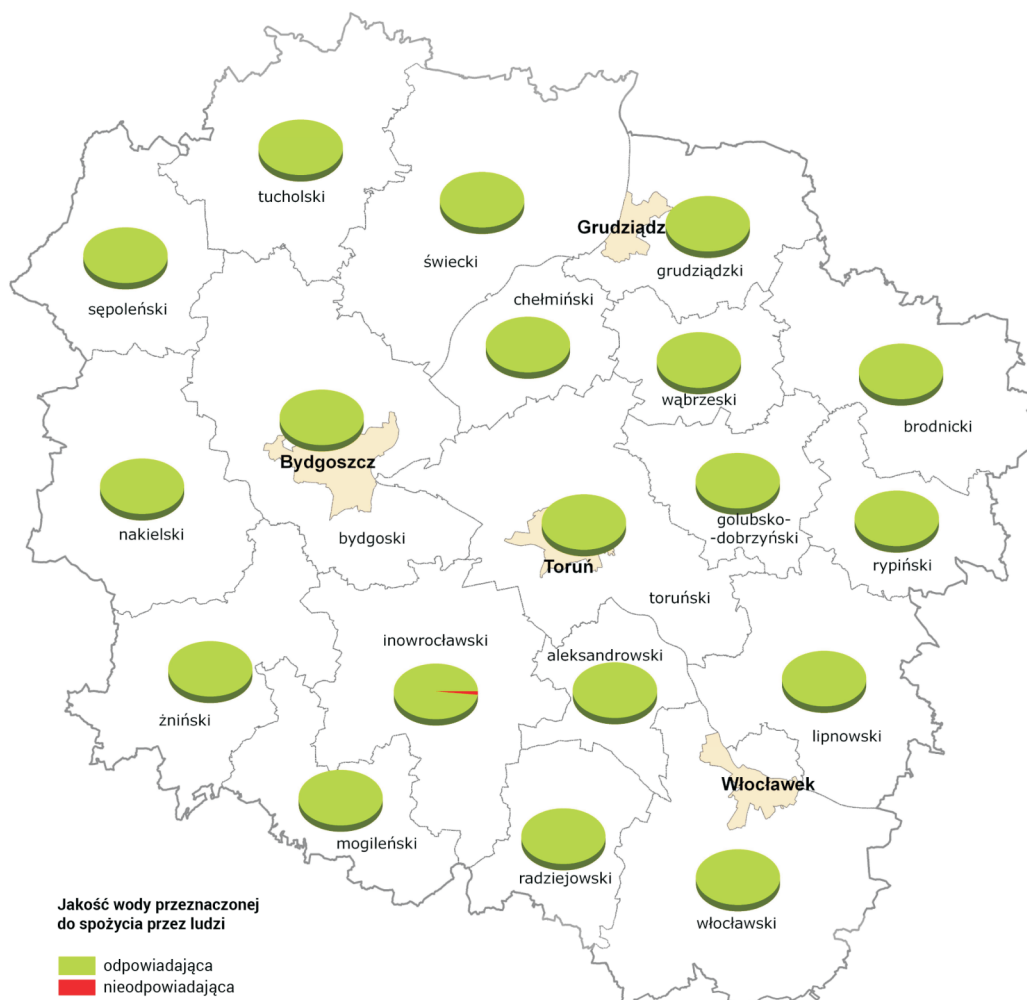


Odsetek ludności zaopatrywanej w wodę w latach 2011-2015.

a także stosowania bardziej zaawansowanych procesów uzdatniania wody.

Analizując zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia na terenie poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego należy zauważyć, że z wody dobrej jakości w 100% korzystali mieszkańcy 18 powiatów.

Najwyższy odsetek ludności zaopatrywanej w wodę kwestionowaną pod względem sanitarnym odnotowano w powiecie inowrocławskim – jakość wody z wodociągu publicznego w Chełmcach (podobnie jak w roku ubiegłym) nie odpowiadała wymogom fizykochemicznym (bor).



Odsetek mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, korzystających z wody odpowiadającej i nieodpowiadającej wymaganiom sanitarnym w 2015 roku.

Podstawą prowadzonego nadzoru jakości wody dostarczonej konsumentom była ocena jej zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. W celu określenia czy spożywana woda była bezpieczna dla zdrowia ludzkiego w 2015 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach monitoringu kontrolnego i przeglądownego, pobrały do badań laboratoryjnych 2 846 próbek wody.

Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Z uwagi na poważne konsekwencje zdrowotne, woda przeznaczona do konsumpcji i używania w gospodarstwie domowym nie powinna zawierać organizmów chorobotwórczych przenoszonych drogą wodną, zwłaszcza mikroorganizmów, które wskazywałyby na obecność w niej zanieczyszczeń typu kałowego (*Escherichia coli*, enterokoki).

Dopuszczalne wartości wskaźników mikrobiologicznych zostały określone w załączniku Nr 1A i Nr 3A do obowiązujących w roku sprawozdawczym rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. i z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Dokonując oceny jakości wody przeznaczonej do spożycia stwierdzono tylko okresowe przekroczenia, które nie wpłynęły na negatywną ocenę końcową, jednakże wskazywały na nieodpowiednio prowadzone procesy uzdatniania wody, wtórne zanieczyszczenia po uzdatnianiu lub inne przyczyny, wpływające na skażenie mikrobiologiczne. Przeprowadzone w roku 2015 badania wykazały przekroczenia wskaźników *Escherichia coli* i enterokoków w dwóch wodociągach (lokalnym Osiek, powiat toruński i publicznym Wylatowo, powiat mogileński), a w jednym z nich (wodociąg publiczny Wylatowo) dodatkowo przekroczenia ogólnej liczby mikroorganizmów w 22°C po 72 h. Jednakże wprowadzone natychmiastowe działania naprawcze doprowadziły jakość wody pochodzącej z tych wodociągów do obowiązujących wymagań w tym zakresie.

W omawianym okresie miały miejsce także cztery przypadki zanieczyszczenia mikrobiologicznego bakteriami z grupy coli wody pochodzącej z nadzorowanych urządzeń wodociągowych (po jednym w powiatach: inowrocławskim, mogileńskim, włocławskim, żnińskim).

Każdorazowo właściwi inspektorzy sanitarni wydawali decyzje administracyjne z rygorem natychmiastowej wykonalności na doprowadzenie jakości wody do obowiązujących norm. Stwierdzone zanieczyszczenia mikrobiologiczne stwarzały jednak pewne ryzyko zdrowotne, wobec czego konieczne było wprowadzenie ograniczenia w korzystaniu z wody, polegające na jej gotowaniu przed spożyciem. Odbiorcy informowani byli o tym fakcie niezwłocznie i w razie konieczności zapewniano im zastępcze źródła zaopatrzenia w wodę. W zaistniałych sytuacjach kryzysowych Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracowała ściśle z jednostkami samorządowymi oraz podmiotami zarządzającymi urządzeniami wodociągowymi. Zauważono też poprawę dotyczącą komunikowania odbiorców wody o pogorszeniu jakości i ograniczeniach w użytkowaniu.

Analiza przekroczeń parametrów fizykochemicznych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Zanieczyszczenia chemiczne na ogół nie powodują ostrych skutków zdrowotnych, w odróżnieniu od zanieczyszczeń mikrobiologicznych, których skutki są nagłe i rozległe. Problemy związane z zawartymi w wodzie przeznaczonej do spożycia związkami chemicznymi wynikały głównie z ich zdolności do wywoływania niepożądanych skutków zdrowotnych po dłuższym okresie spożywania zanieczyszczonej wody, gdyż tylko nieliczne z nich powodują problemy zdrowotne. Mogły one natomiast wpływać na jej wygląd, zapach, czy smak, a na tej podstawie najczęściej konsument oceniał jakość wody. Służyły też do określenia prawidłowości prowadzenia procesów uzdatniania i dystrybucji wody.

W załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. oraz z 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody

przeznaczonej do spożycia przez ludzi, określone zostały najwyższe dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym znaczeniu bezpieczeństwa wody dla zdrowia konsumentów. W przypadku przekroczenia najwyższego dopuszczalnego stężenia któregośkolwiek z tych parametrów, podmioty produkujące wodę mogły wystąpić do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wyrażenie zgody na udzielenie odstępowstwa na przekroczonego parametr chemiczny, pod warunkiem, iż przekroczenie to nie będzie stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a podmiot przedstawi plan działań naprawczych. W 2015 roku nie udzielono żadnego odstępowstwa na przekroczenie jakiegokolwiek parametru chemicznego z załącznika nr 2. Natomiast w 2014 roku na terenie województwa, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy udzielił drugiej zgody na odstępowstwo, dotyczące przekroczenia boru w wodzie do spożycia pochodzącej z wodociągu publicznego w Chełmcach (gmina Kruszwica, powiat inowrocławski) na okres do 31 lipca 2016 roku. Pierwsze odstępowstwo wydane zostało w 2011 r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Inowrocławiu i obowiązywało do 15 września 2014 roku.

W okresie sprawozdawczym, z uwagi na przekroczenia pestycydów (1,2-dichloropropan, Σ Pestycydów), zostało wyłączone z eksploatacji jedno ujęcie wody do spożycia (Cekcyn, powiat tucholski), które zaopatrywało wodociąg publiczny w Cekcynie powiat tucholski. Sieć wodociągu została spięta z siecią wodociągową w Wielkich Budziskach (powiat tucholski) i mieszkańcy mogli korzystać z wody pochodzącej z tego ujęcia.

W załączniku Nr 3B do powyższych rozporządzeń określone są dodatkowe wymagania fizykochemiczne i organoleptyczne, które nie mają bezpośredniego wpływu na zdrowie człowieka. Jednakże z uwagi na możliwość ich negatywnego wpływu przy dłuższym czasie ekspozycji powinny być stale monitorowane. W okresie sprawozdawczym nieodpowiednia jakość wody była najczęściej kwestionowana ze względu na ponadnormatywną zawartość manganu i żelaza oraz związaną z tym podwyższoną mętność.

Stwierdzane przekroczenia związków

manganu wahały się w granicach od 52 do 692 µg/l, natomiast żelaza w granicach od 204 do 1720 µg/l. Najczęściej przekroczenia manganu stwierdzono w powiatach: bydgoskim, inowrocławskim, toruńskim i włocławskim. W przypadku mętności największą liczbę przekroczeń odnotowano w powiatach: grudziądzkim, nakielskim i mogileńskim. W pozostałych powiatach przekroczenia występowały pojedynczo bądź wcale. Najwięcej przekroczeń wartości żelaza stwierdzano w powiatach: bydgoskim, inowrocławskim, rypińskim i włocławskim.

Fakt ten stanowił istotny problem eksploatacyjny, gdyż związki manganu i żelaza mogły powodować powstawanie osadów w systemach wodociągowych. Wysoka mętność chroni mikroorganizmy występujące w wodzie przed działaniem dezynfekcyjnym i może pobudzić wzrost bakterii, dlatego utrzymanie jej na niskim poziomie ma duże znaczenie dla jakości wody pod względem mikrobiologicznym. W większości przypadków nie przekładało się to na istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Najwięcej urządzeń dostarczających wodę o nieodpowiednich parametrach fizykochemicznych znajdowało się w grupie wodociągów o produkcji wody do 1000 m³/dobę. W ciągu roku odnotowano także przekroczenia dopuszczalnych norm zawartości amonowego jonu i barwy. W takich przypadkach oceniano ryzyko dla zdrowia ludzi i wodę warunkowo dopuszczano do spożycia.

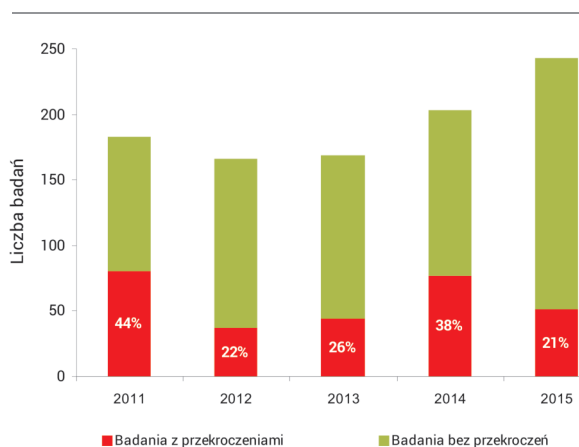
Z przeprowadzonych w 2015 roku analiz laboratoryjnych wynikało, że w mniejszym stopniu jakość wody była niezadowolająca z uwagi na zmienioną barwę. Był to parametr ściśle związany z obecnością w wodzie żelaza i manganu, które są naturalnymi składnikami wody. Barwa wody zależała też od produktów korozji, a także mogła być ubocznym wynikiem uzdatniania wody.

Analiza badań ciepłej wody na obecność pałeczek Legionella sp.

W związku z zagrożeniami, jakie niesie ze sobą występowanie bakterii Legionella sp. w wodzie ciepłej, pochodzącej z instalacji wewnętrznych i użytkowanej do celów higienicznych, wyko-

nano badania kontrolne na obecność pałeczek Legionella sp.

W 2015 roku badaniami takimi objęto 54 obiekty (szpitale, baseny i budynki zamieszkania zbiorowego) pobierając w nich 243 próbki wody. Po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych zakwestionowano 21% próbek (w 2014 r. – 38%). Po przeanalizowaniu stopnia skolonizowania przez pałeczki Legionella sp. instalacji ciepłej wody, na właścicieli obiektów nałożono obowiązek podjęcia działań naprawczych, mających na celu wyeliminowanie zagrożenia spowodowanego obecnością tej bakterii w wodzie.



Badania na obecność Legionelli sp. w latach 2011-2015.

Wnioski

1. Z wody wodociągowej korzystało ogółem 2018,19 tys. (96,6%) mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.
2. Wodę dobrej jakości dostarczało 99,8% skontrolowanych wodociągów, zaopatrując w nią około 99,95% mieszkańców województwa korzystających z wody wodociągowej, pozostała część odbiorców, tj. 0,05% (1 tys.) otrzymywała wodę niespełniającą wymagań określonych w obowiązujących przepisach prawnych.
3. Przyczyną nieodpowiedniej jakości wody produkowanej w województwie kujawsko-pomorskim przez wodociągi w ciągu roku sprawozdawczego był odbiegający od wymagań skład fizykochemiczny, a w szczególności ponadnormatywne wartości takich parametrów, jak

mangan, mętność i żelazo. W większości przypadków powyższe nie stanowiło istotnego zagrożenia dla zdrowia konsumentów.

4. W 2015 roku skontrolowano 413 wodociągów zbiorowego zaopatrzenia w wodę (99,8%); pod względem jakości wody wymogów nie spełniał jeden wodociąg. Nadzorem objęto 49 innych podmiotów zaopatrujących mieszkańców województwa w wodę; jej jakość nie odpowiadała wymaganiom sanitarnym w dwóch przypadkach.
5. Z przeprowadzonych w 2015 roku badań ciepłej wody w szpitalach i budynkach zamieszkania zbiorowego na obecność pałeczek Legionella sp. wynikało, że odsetek (21%) przekroczeń dopuszczalnej liczby bakterii w skontrolowanych obiektach był niższy niż w roku 2014 (38%).

HIGIENA KOMUNALNA 3



Stan sanitarny kąpielisk i basenów kąpielowych

Kąpieliska

W sezonie kąpielowym 2015 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 12 kąpielisk wyznaczonych uchwałami rady gminy i objętych raportowaniem do Komisji Europejskiej oraz 76 miejsc niezorganizowanych, czyli miejsc wykorzystywanych do kąpeli. W stosunku do lat wcześniejszych liczba kąpielisk pomniejszyła się o jedno. Funkcjonujące do 2014 roku kąpielisko w Bysławiu zostało przekształcone na miejsce wykorzystywane do kąpeli. Zmiana ta nastąpiła niewątpliwie z przyczyn ekonomicznych. Liczba miejsc na początku sezonu powiększyła się o 11 nowych (sześć na terenie powiatu brodnickiego, dwa w powiecie tucholskim i po jednym w powiatach bydgoskim, włocławskim i żnińskim). Porównując z rokiem ubiegłym nie zostało ponownie zgłoszonych 10 miejsc wykorzystywanych do kąpeli.

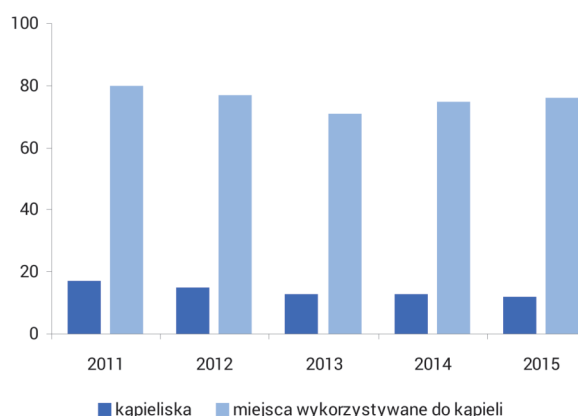
Jest to drugi rok, w którym przeprowadzona została klasyfikacja kąpielisk dla czteroletniego okresu sprawozdawczego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli. Przeprowadzona klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach wykazała 11 kąpielisk o doskonałej jakości wody oraz jedno o dobrej jakości wody (kąpielisko Plaża Dzika na jeziorze Rudnickim Dużym; w 2014 roku ocena tego kąpieliska utrzymywała się na tym samym poziomie).

W ramach urzędowej kontroli, zarówno w kąpieliskach, jak i miejscach wykorzystywanych do kąpeli, w oparciu o badania własne i przekazywane przez organizatorów, właściwi Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni dokonywali oceny bieżącej jakości wody. Na terenie kąpieliska Plaża Dzika w połowie sezonu kąpielowego odnotowano krótkotrwałe zanieczyszczenie mikrobiologiczne wody (zwiększona liczba *Escherichia coli*), które niewątpliwie wpłynęło na klasyfikację kąpieliska. Ponadto jakość wody nie odpowiadała wymaganiom mikrobiologicznym na j. Ostrowąs. Odnotowano tam dwukrotnie przekroczenie wskaźników mikrobiologicznych w postaci występowania ponadnormatywnej liczby enterokoków kałowych i bakterii *Escherichia coli*. W przypadku pozostałych miejsc wykorzystywanych do kąpeli miały miejsca incydentalne przekroczenia wskaźników mikrobiologicznych wody oraz zakwity sinic.

Warunki w 2015 roku sprzyjały masowemu rozwojowi sinic. Duże nasłonecznienie, stagnacja i wysoka temperatura wpłynęła na powstanie kożucha wraz z wydzielającym się nieprzyjemnym zapachem. Wyżej opisane zjawisko miało miejsce w ośmiu miejscach zwyczajowo wykorzystywanych do kąpeli: j. Ostrowąs (powiat aleksandrowski), j. Mochel, j. Sępoleńskie, j. Konieczno, j. Więcborskie (powiat sępoleński), j. Stobno (powiat tucholski), j. Borzykowskie, j. Chełmica (powiat włocławski). Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas kontroli kąpielisk dokonywały kontroli wizualnej w zakresie nie tylko obecności zakwitów sinic, ale również obecności innych zanieczyszczeń. W sezonie kąpielowym

w 2015 roku w powiecie bydgoskim na j. Chmielniki zostało zgłoszone zjawisko wystąpienia na powierzchni wody nieczystości płynnych w postaci piany i zawiesin o nieprzyjemnym zapachu szamba. Na początku sezonu kąpielowego na j. Służewskim odnotowano również przekroczenie mikrobiologiczne *Escherichia coli*. W przypadku stwierdzenia niewłaściwej jakości wody właściwi państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wydawali w drodze decyzji tymczasowy zakaz kąpiei.

Zagospodarowanie terenów wokół wyznaczonych miejsc do kąpiei było zróżnicowane i zdecydowanie lepiej sytuacja przedstawiała się w przypadku kąpielisk posiadających zaopatrzenie w infrastrukturę wodno-kanalizacyjną, urządzenia do gromadzenia odpadów, natryski, przebieralnie, czy sprzęt rekreacyjny. Natomiast w grupie miejsc wykorzystywanych do kąpiei funkcjonowały i takie, które nie posiadały stałego zaplecza sanitarnego. Organizatorzy, chcąc zapewnić podstawowe warunki sanitarne, ustawiali przenośne kabiny ustępowe w obrębie tych obiektów. Niekiedy istniała możliwość korzystania przez osoby wypoczywające z wody do spożycia oraz z toalet w pobliskich punktach gastronomicznych. Podczas kontroli, przeprowadzonych w trakcie sezonu letniego, nie stwierdzano istotnych zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości plaż.

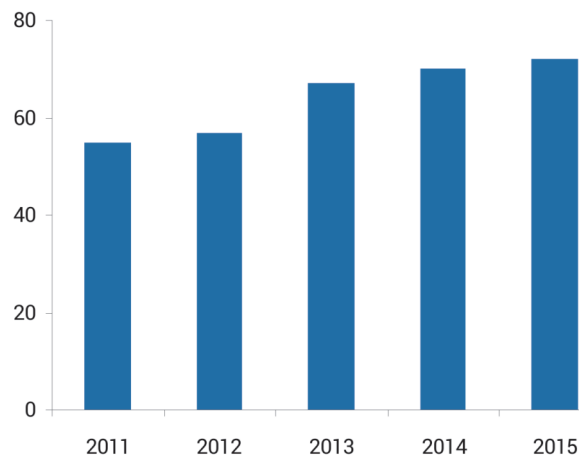


Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpiei na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2011-2015.

Obserwowany na przestrzeni ostatnich lat spadek liczby kąpielisk spowodowany jest niewątpliwie zwiększeniem dotychczasowych wymagań w odniesieniu do ich organizacji. Tymczasem, organy gmin uwzględniając potrzeby lokalnych społeczności w zakresie kultury fizycznej, wypoczynku i rekreacji, powinny dążyć do zwiększania liczby obiektów bezpiecznej kąpiei, o odpowiednich standardach, zwłaszcza, że nadal licznie występują miejsca, które przez mieszkańców i wczasowiczów zwyczajowo traktowane są jako kąpieliska, a pozostają bez jakiegokolwiek nadzoru.

Pływalnie

W bieżącym okresie sprawozdawczym nadzorem sanitarnym objęte zostały wszystkie (72) obecnie funkcjonujące na terenie województwa baseny kąpielowe. Przeważającą liczbę nadzorowanych obiektów basenowych stanowiły pływalnie kryte (63), przy czym cztery z nich, zlokalizowane w Inowrocławiu, Solcu Kujawskim, Toruniu i Włocławku, to kompleksy o charakterze sportowo-rekreacyjnym, zwane parkami wodnymi. Pozostałe dziewięć pływalni pozostających w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, to pływalnie sezonowe i pływalnie mieszane. W porównaniu do lat ubiegłych stan liczbowy basenów w dalszym ciągu utrzymuje tendencję



Liczba basenów na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2011-2015.

wzrostową. W roku sprawozdawczym oddano do użytku dwa nowe obiekty: park wodny - Uzdrowisko Wieniec-Zdrój w powiecie włocławskim i Pływalnię „Czwórka” przy ZSO nr 4 w Bydgoszczy.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz.U. z 2015 r., poz. 2016), weszło w życie 17 grudnia 2015 roku. Podkreślenia wymaga fakt, iż stosownie do zapisów tego rozporządzenia, zarządzający pływalnią ma obowiązek dostosowania się do wymagań określonych w rozporządzeniu w terminie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia. Wobec powyższego, podobnie jak w latach poprzednich, kontrolę i ocenę stanu sanitarnego basenów utrudniał brak szczegółowych uregulowań prawnych w tym zakresie. Mimo to, z uwagi na swoje zadania statutowe i ochronę osób korzystających z pływalni, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały nadzór nad tymi obiektami, zgodnie z przepisami ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zakres przedmiotowy kontroli obejmował ocenę warunków higienicznych panujących w obiekcie (głównie w hali basenowej i w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych), stan techniczny nieek i urządzeń oraz sprawdzenie jakości wody w nieckach basenowych.

W ramach sprawowanego nadzoru systematycznie pobierano próbki wody do badań laboratoryjnych (ogółem w 2015 roku pobrano 756 próbek). Badania obejmowały głównie wskaźniki mikrobiologiczne, tj. *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, liczbę bakterii grupy coli, liczbę gronkowców koagulazo-dodatnich i ogólną liczbę mikroorganizmów w temp. $36\pm 2^{\circ}\text{C}$ po 48 h; badano również parametry fizykochemiczne.

Na skutek wejścia w życie nowego rozporządzenia dotyczącego wody na pływalniach, rozpoczęto wstępne badania w kierunku występowania pałeczki *Legionella* sp. z nieek basenowych (wielofunkcyjnych) oraz pływalni z hydromasażem/urządzeń do rekreacji wodnej. Skontrolowano pod tym kątem 21 obiektów basenowych, w tym tylko w dwóch z nich stwierdzono obecność bakterii *Legionella* sp. (w Zespole Pałacowo-Parkowym w Runowie Krajeńskim oraz Ba-

senie MOSiR w Toruniu).

W bieżącym okresie sprawozdawczym, z uwagi na złe warunki techniczne, negatywną ocenę sanitarną uzyskał jeden basen przy Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 2 w Grudziądzu (ze względu na przedłużające się w czasie wykonywanie obowiązku doprowadzenia do właściwego stanu technicznego niecki basenowej i sanitariatów). W trakcie kontroli pozostałych basenów kąpielowych stwierdzano także inne nieprawidłowości, które usuwane były doraźnie lub w terminach, określanych w decyzjach administracyjnych. W związku ze złą jakością wody basenowej (*Pseudomonas aeruginosa*) wydano pięć decyzji administracyjnych nakazujących czasowe wyłączenie ich z eksploatacji z uwagi na realne zagrożenie dla zdrowia użytkowników (dwie decyzje - Kryta Pływalnia MOSiR w Lipnie, dwie decyzje - ZSO nr 2 w Toruniu, jedna decyzja - Hotel „Copernicus” w Toruniu).

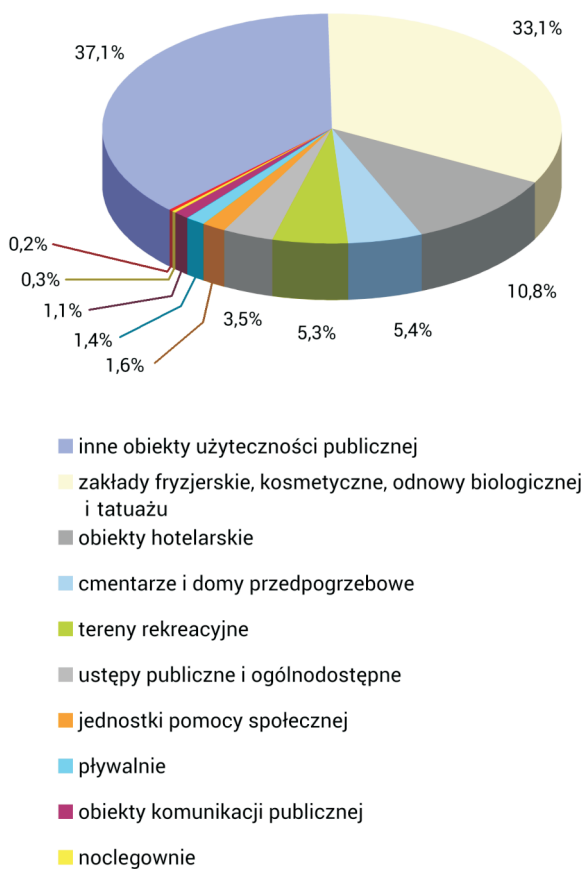
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej

Wprowadzenie

W roku 2015 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, skontrolowały na terenie województwa kujawsko-pomorskiego 5075 obiektów użyteczności publicznej.

Najliczniejszą skontrolowaną grupą (33,1%) były zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej oraz zakłady świadczące łącznie powyższe usługi. Kolejne 10,8% obiektów stanowiły hotele, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe i inne obiekty świadczące usługi hotelarskie, a 5,4% cmentarze i domy przedpogrzebowe. Udział pozostałych placówek wśród ogółu skontrolowanych, takich jak: tereny rekreacyjne, ustępy publiczne, obiekty komunikacji publicznej, domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, pływalnie, zakłady karne i areszty śledcze, noclegownie był odpowiednio mniejszy (5,3% - 0,2%). W okresie sprawozdawczym kontrolami stanu sanitarnego objęto również znaczną grupę obiektów (37,1% ogółu

skontrolowanych) niezaliczanych do żadnej z wymienionych kategorii, określaną jako „inne obiekty użyteczności publicznej”, takich jak apteki, stacje paliw, obiekty sportowe, kulturalno-widowiskowe, zakłady pogrzebowe, przystanki kolejowe i autobusowe, izby wytrzeźwień, świetlice, pralnie, targowiska, składowiska odpadów, parkingi, kostnice i inne.

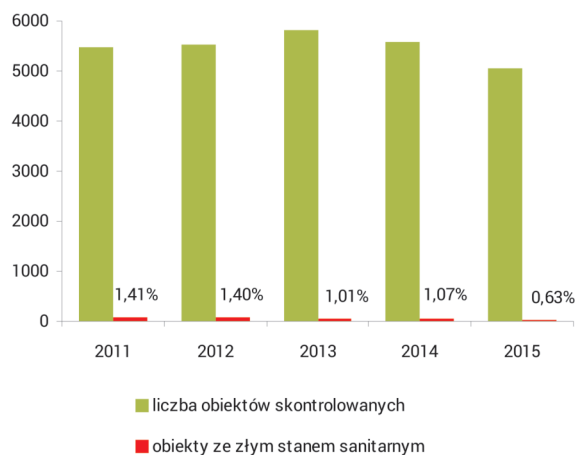


Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą stanu sanitarnego w 2015 roku, w poszczególnych grupach rodzajowych.

Po usunięciu nieprawidłowości i wykonaniu obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi ostateczna liczba obiektów ocenionych negatywnie ukształtowała się na poziomie 32 (0,63% wszystkich obiektów poddanych kontroli), czyli o połowę mniej niż w roku 2014.

W okresie kilku ostatnich lat w województwie kujawsko-pomorskim obserwujemy sukcesywną poprawę stanu sanitarnego obiektów uży-

teczności publicznej, wyrażoną poprzez malejącą z roku na rok liczbą placówek negatywnie ocenianych pod tym względem.



Obiekty użyteczności publicznej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego objęte nadzorem sanitarnym w latach 2011-2015.

Stan sanitarny wybranych grup obiektów użyteczności publicznej

Ustępy publiczne i ogólnodostępne

W celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego ustępów, a także dokonania oceny ich dostępności, poddano kontroli niemal wszystkie funkcjonujące i znajdujące się w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiekty tej grupy (179). Analizując dane statystyczne w latach 2011-2015 można zauważyć sukcesywnie zmniejszającą się liczbę ustępów publicznych, bowiem w roku 2011 było ich 154, a w omawianym okresie ich liczba spadła do 112. O kolejne 14 obiektów (77) wzrosła natomiast w stosunku do roku ubiegłego liczba nadzorowanych toalet ogólnodostępnych w centrach handlowych, pasażach oraz supermarketach.

Ustępy publiczne należały do obiektów prezentujących zróżnicowane warunki techniczne i standard wyposażenia. Jednakże spośród obiektów skontrolowanych w 2015 roku negatywnie nie oceniono żadnej toalety publicznej lub ogólnodostępnej. Za brak czystości bieżącej

w dwóch obiektach nałożono mandaty karne na łączną kwotę 250 zł.

Niezmienne od lat organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazywały na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych na terenie województwa, zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich, zwłaszcza tych o charakterze turystycznym. Pewnym rozwiązaniem, szczególnie w mniejszych miejscowościach, jest możliwość korzystania z toalet w urzędach, bibliotekach, domach kultury i innych obiektach użyteczności publicznej, jednakże wyłącznie w godzinach ich urzędowania.

Podkreślenia wymaga fakt, że ustępy, zwłaszcza te zbudowane w ostatnich latach oraz toalety ogólnodostępne usytuowane w obiektach użyteczności publicznej, posiadały rozwiązania odpowiadające potrzebom osób niepełnosprawnych.

Domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej

Obiekty tej grupy to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, świadczące opiekę całodobową lub dzienną, zapewniające pomoc w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb bytowych, zdrowotnych lub terapeutycznych.

Na terenie województwa znajdowało się 50 domów pomocy społecznej. Należy podkreślić, iż wszystkie domy pomocy społecznej na terenie województwa charakteryzowały się dobrym stanem technicznym, będącym wynikiem realizacji wymogów ich standaryzacji. W 2015 roku skontrolowano 36 z nich, co stanowiło 72% zewidencjonowanych obiektów. Wszystkie na koniec roku otrzymały ocenę pozytywną. Placówki poddane kontroli zaopatrywane były w wodę do spożycia przez ludzi o odpowiedniej jakości. Nie odnotowano nieprawidłowości w gospodarowaniu odpadami, również odpadami medycznymi, powstającymi w gabinetach medycznej pomocy doraźnej. Większość domów, do czasu ich odbioru przez wyspecjalizowane firmy, gromadziła i przechowywała wytwarzane odpady w odpowiednich warunkach. Część domów nie przechowywała odpadów, ponieważ zabierał je każdorazowo pra-

cownik podmiotu, który sprawował opiekę medyczną nad mieszkańcami domu. W trakcie kontroli sanitarnych nie stwierdzono także istotnych zaniedbań w postępowaniu z bielizną, utrzymaniu bieżącej czystości obiektów i ich otoczenia.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonują cztery domy pomocy społecznej, prowadzone w ramach działalności gospodarczej. W 2015 roku powstały trzy kolejne takie obiekty (w powiecie sępoleńskim, radziejowskim i świeckim) przeznaczone dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub w podeszłym wieku, dysponujące ogółem 104 miejscami. Ponadto w ewidencji znajdowało się 58 innych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, takich jak Środowiskowe Domy Samopomocy (41), Domy Dziennego Pobytu (13) oraz Ośrodki Wsparcia dla Bezdomnych, Ośrodek dla Uchodźców, Ośrodek Interwencji Kryzysowej, Dom dla Matek z Dziećmi. Liczba ta wzrosła w porównaniu z rokiem 2014 o pięć obiektów. Wymienione placówki działały w większości w porze dziennej, zapewniając swym podopiecznym usługi opiekuńcze, edukacyjne, rozrywkowe oraz wyżywienie. W roku sprawozdawczym z omawianej grupy zostało skontrolowanych 74,1% obiektów. Wszystkie prezentowały dobry stan sanitarny i techniczny.

Noclegownie

W 2015 roku na terenie województwa infrastruktura pomocowa dla osób bezdomnych obejmowała 18 noclegowni. W skontrolowanych w omawianym okresie obiektach (16) stan sanitarny, przy uwzględnieniu specyfiki tych obiektów, był zadowalający. Oprócz schronienia, pierwszoplanowymi zadaniami każdej z tych placówek było zapewnienie posiłku lub miejsca do jego przygotowania, umożliwienie prania odzieży, a także praca socjalna, w tym realizacja programów terapii uzależnień. Obiekty te, wyposażone w podstawowy sprzęt zarówno w pomieszczeniach mieszkalnych i sanitarnych, prezentowały zasadniczo niski standard. Przeprowadzone kontrole wykazały, iż bieżąca czystość w noclegowniach była zachowana.

Obiekty świadczące usługi hotelarskie

Grupa ta obejmowała obiekty znacznie zróżnicowane, zarówno pod względem warunków technicznych i standardu wyposażenia, jak i zakresu oraz poziomu świadczonych usług. W roku sprawozdawczym w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie kujawsko-pomorskim znajdowało się łącznie 712 obiektów, do których należały: hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska, pola biwakowe oraz inne obiekty świadczące usługi hotelarskie. Kontrole stanu sanitarnego przeprowadzono w 545 (76,7%) obiektach.

Podstawowymi kryteriami, na podstawie których oceniono stan sanitarny obiektów tej grupy były: stan techniczny pomieszczeń mieszkalnych i sanitarnych oraz ich wyposażenie, postępowanie z bielizną, zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia, sposób zagospodarowania ścieków i odpadów komunalnych, a także dbałość o stan bieżącej czystości pomieszczeń oraz otoczenia obiektu.

Wśród wszystkich obiektów hotelarskich zaszeregowanych do różnych grup rodzajowych, 155 (21,8%) z nich posiadało ustaloną kategorię, przy czym w liczbie tej przeważały hotele (133). Pozostałe podgrupy obiektów obejmowały: cztery motele, cztery pensjonaty, pięć kempingów, dziewięć schronisk młodzieżowych i pól biwakowych. Stan sanitarny został skontrolowany w 78,7% powyższych obiektów. Zdecydowana większość otrzymała ocenę pozytywną. Jedynie z uwagi na zły stan sanitarno-techniczny ścian oraz podłóg w ciągach komunikacyjnych oraz wyposażenia pokoi jeden hotel zlokalizowany we Włocławku uzyskał w analizowanym okresie ocenę negatywną. Ponadto w sytuacjach rażących zaniedbań bieżących w dwóch obiektach ukarano ich właścicieli dwoma mandatami (300 zł).

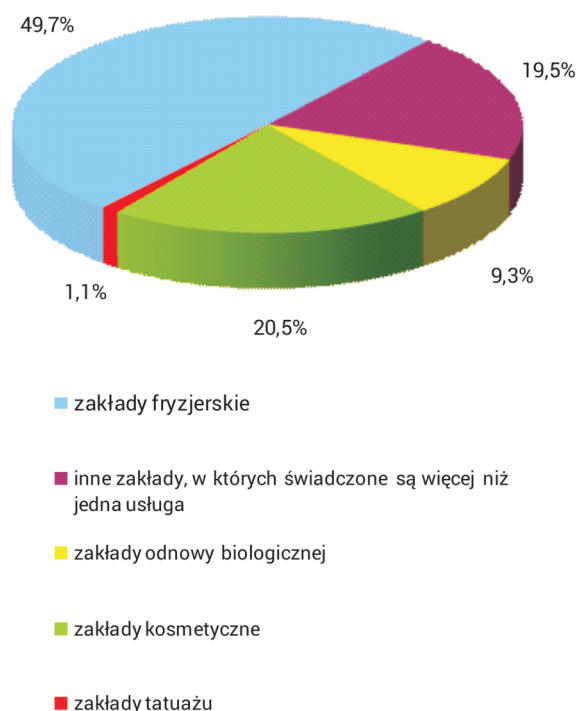
Najliczniejszą grupę rodzajową (556) stanowiły jednostki klasyfikowane jako inne obiekty świadczące usługi hotelarskie, obejmujące głównie hotele bez nadanej kategorii, a także ośrodki wczasowo-turystyczne, kwatery agroturystyczne, pokoje noclegowe oraz hotele pracownicze. W 2015 roku skontrolowano 76,1% obiektów z tej

grupy, przy czym niezadowolający stan sanitarny uzyskały jedynie trzy obiekty. Przyczyną negatywnej oceny był zły stan techniczny ścian i podłóg pomieszczeń mieszkalnych, sanitarno-higienicznych oraz ciągów komunikacyjnych. Również w trzech przypadkach, w sytuacjach rażących zaniedbań higienicznych oraz niewłaściwego postępowania z odpadami, wystawiono trzy mandaty karne na łączną kwotę 500 zł.

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

Jak co roku zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu oraz świadczące łącznie powyższe usługi, stanowiły najliczniejszą grupę obiektów użyteczności publicznej (2794 zakładów) objętych ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Była to dynamicznie rozwijająca się na przestrzeni ostatnich lat grupa obiektów usługowych.

W 2015 roku przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego w 1675 zakładach, co stanowiło 59,9% objętych ewidencją. Wśród skontrolowanych obiektów przeważały zakłady fryzjerskie (49,6%) oraz kosmetyczne (20,5%). Działania przeprowadzono również w zakładach świadczących łącznie więcej niż jedną usługę (19,4%), zakładach odnowy biologicznej (9,4%) oraz tatuażu (1%). Podkreślenia wymaga fakt, iż bieżący nadzór nad omawianymi obiektami nadal utrudniał brak uregulowań prawnych, określających szczegółowe wymagania higieniczno-sanitarne, jakim powinny one odpowiadać. Stanowiło to przeszkodę w egzekwowaniu bezpiecznych dla zdrowia klientów warunków świadczenia usług fryzjerskich, kosmetycznych, odnowy biologicznej oraz tatuażu. Pomimo wskazanych wyżej trudności, ze względu na potencjalne zagrożenia i ryzyko zakażeń, na jakie narażeni byli klienci i pracownicy, bieżący nadzór sanitarny nad przedmiotowymi zakładami był sprawowany. Kontrolujący posilkowali się innymi przepisami, głównie zapisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.



Obiekty usługowe w poszczególnych grupach rodzajowych, objęte kontrolą stanu sanitarnego w 2015 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Wśród skontrolowanych w 2015 roku obiektów, nieprawidłowości stwierdzono w 34 (2%). Poprzez wykonanie obowiązków nałożonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w drodze decyzji administracyjnych, w części tych obiektów stan techniczny i sanitarny uległ poprawie. Z uwagi na powyższe, pod koniec 2015 roku jedynie w dziewięciu (0,5%) zakładach niniejszy stan nadal budził zastrzeżenia. Wśród nieprawidłowości stwierdzano najczęściej zły stan sanitarno-techniczny ścian i podłóg, brudne i niedezynfekowane narzędzia, brak umywalek na salach usług, brak wyznaczonego miejsca na sprzęt porządkowy, nieprzestrzeganie wymogu segregacji odzieży wierzchniej i roboczej osób wykonujących usługi, brak lub przeterminowane środki dezynfekcyjne.

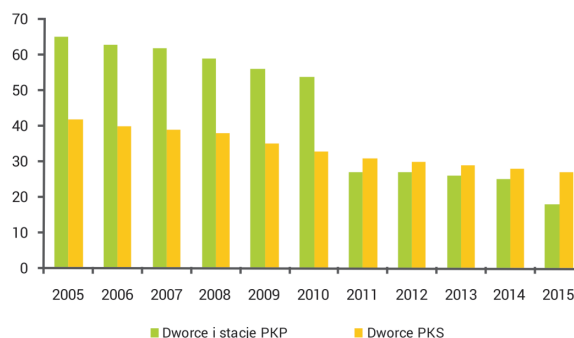
Zakres kontroli obejmował również sprawdzanie dostępności i stosowania procedur określających zasady utrzymania higieny i właściwego reżimu sanitarnego, zasady przeprowadzania dezynfekcji i sterylizacji, a także prawidłowego pos-

tępowania z odpadami, zwłaszcza niebezpiecznymi. W zakładach, w których wykonywano zabiegi związane z naruszeniem ciągłości tkanek ludzkich, szczególną wagę przykładano do kwestii postępowania z narzędziami i sprzętem wykorzystywanymi przy świadczeniu usług w powyższym zakresie. Podkreślenia wymaga fakt, iż niemal wszystkie zakłady opracowały i wdrożyły procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz instrukcje postępowania z odpadami niebezpiecznymi. Coraz częściej gabinety kosmetyczne zlecały sterylizację narzędzi podmiotom zewnętrznym, lub stosowały wyłącznie sprzęt jednorazowy, rzadziej natomiast wykonywały zabiegi sterylizacji przy użyciu własnych autoklawów.

W przypadkach braku wdrożonych procedur w podanym zakresie oraz braku oznaczeń informujących o zakazie palenia wyrobów tytoniowych, a także w sytuacjach rażących zaniedbań w utrzymaniu bieżącej czystości, zostało nałożonych 18 mandatów karnych (3450 zł) oraz jedna grzywna w celu przymuszenia o wysokości 200 zł.

Obiekty i urządzenia komunikacji publicznej

W tej grupie obiektów użyteczności publicznej spośród 66 obiektów ujętych w ewidencji, skontrolowano łącznie 54 (81,8%), w tym: 27 dworców autobusowych, 18 dworców i stacji kolejowych, jeden port lotniczy z przejściem granicznym oraz siedem przystani jednostek pływających pasażerskich, rekreacyjnych i sportowych.



Liczba obiektów komunikacji publicznej na terenie woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2005-2015.

Najliczniejszą grupę obiektów komunikacji publicznej stanowiły dworce autobusowe – 28 (42,4%). Ich liczba w porównaniu z rokiem 2014 nie uległa zmianie. Przeprowadzone kontrole wykazały, iż dworce autobusowe prezentowały dobry stan sanitarny i porządkowy; żaden obiekt w roku sprawozdawczym nie został oceniony negatywnie.

Drugą co do liczebności grupą obiektów komunikacji publicznej były dworce i stacje kolejowe, stanowiące 37,9% ww. obiektów. Po raz pierwszy od lat nie odnotowano zmniejszenia się liczby obiektów kolejowych, których liczba od roku 2005 zmniejszyła się ponad dwukrotnie - z 65 w 2005 roku do 25 w roku 2015. Od lat obiekty kolejowe niezmiennie charakteryzowały się zaledwie dostatecznym stanem sanitarnym i często nie zapewniały podróżnym odpowiednich warunków w trakcie podróży. Mimo to w roku 2015 nie oceniono negatywnie żadnego z nich. Na uwagę zasługuje fakt oddania dwóch nowych, po kapitalnych remontach, dworców Bydgoszcz Główna oraz Toruń Główny, prezentujących obecnie wysoki standard obsługi klienta. Natomiast w dwóch obiektach – na dworcu głównym w Aleksandrowie Kujawskim i Inowrocławiu - nadal prowadzone są generalne prace remontowe. Z uwagi na rozproszoną i stale zmieniającą się strukturę organizacyjną PKP S.A., nadal dużym problemem w sprawowaniu bieżącego nadzoru sanitarnego oraz w egzekwowaniu spełnienia podstawowych wymogów, w odniesieniu do obiektów kolejowych, było ustalenie strony postępowania.

Pozostałe obiekty komunikacji publicznej (krajowy port lotniczy z przejściem granicznym, siedem przystani jednostek pływających pasażerskich, rekreacyjnych i sportowych) funkcjonowały bez większych zastrzeżeń.

W bieżącym roku na terenie województwa przeprowadzono 441 kontroli środków transportu publicznego. Działaniami objęto autobusy komunikacji publicznej (140), autobusy turystyczne (11), tramwaje (18), wagony w pociągach (23), 249 samochodów, w tym: 33 do przewozu chorych, sześć do przewozu bielizny, 191 autokarów do przewozu zwłok i szczątków ludzkich oraz dodatkowo 19 innych środków transportu

(busów, taksówek, dorożek, tramwajów wodnych). Należy podkreślić, że środki transportu publicznego (autobusy i pociągi) kontrolowane były wyłącznie na stacjach początkowych, zatem ocenie podlegał przede wszystkim stan ich przygotowania do wyjazdu, a ten zasadniczo nie budził zastrzeżeń.

Tereny rekreacyjne

Grupa ta obejmowała obiekty przeznaczone do wypoczynku (370 w ewidencji) takie, jak parki i skwery, place zabaw i piaskownice dla dzieci, ogrody zoobotaniczne, łąki oraz inne tereny służące rekreacji. W roku sprawozdawczym skontrolowano ogółem 270 obiektów. Ze względu na niewłaściwy stan sanitarno-techniczny budynku sanitarnego jeden teren rekreacyjny został oceniony negatywnie,

W okresie wiosennym na wymienionych wyżej terenach wykonano niezbędne prace malarskie i konserwacyjne sprzętu, a w trakcie trwania sezonu letniego na bieżąco prowadzono prace porządkowe oraz sukcesywnie usuwano nagromadzone odpady komunalne. W celu ograniczenia ryzyka sanitarnego i poprawy bezpieczeństwa dzieci korzystających z piaskownic, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały wzmożony nadzór nad piaskownicami. Przedmiotem prowadzonych kontroli było sprawdzanie częstotliwości wymiany piasku, stanu technicznego piaskownic oraz ich zabezpieczenia przed dostępem zwierząt.

Cmentarze i domy przedpogrzebowe

Na terenie województwa znajdowało się 496 cmentarzy. W stosunku do lat poprzednich ich liczba wzrosła o dwa obiekty. Skontrolowano łącznie 236 z nich, co stanowiło 47,6% wszystkich znajdujących się w ewidencji. Utrzymane były one na ogół we właściwym stanie porządkowym i technicznym. Zakres działań obejmował sprawdzenie utrzymania porządku w obrębie cmentarza, postępowania w zakresie gromadzenia i odbioru odpadów komunalnych, a także kontrolę stanu punktów poboru wody i ogrodzenia. W roku

sprawozdawczym żadnego z nich nie oceniono negatywnie.

W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 39 domów przedpogrzebowych; w okresie sprawozdawczym skontrolowanych zostało 37 z nich (94,9%). Obiekty te zlokalizowane były na cmentarzach komunalnych lub wyznaniowych, jednakże większość z nich funkcjonowała w strukturach zakładów pogrzebowych. Bieżące kontrole tych obiektów nie wykazały nieprawidłowości z zakresu warunków sanitarno-higienicznych, zatem żaden dom przedpogrzebowy nie został oceniony pod tym względem negatywnie. W powiecie aleksandrowskim, chełmińskim i rypińskim funkcjonowało dodatkowo pięć domów przedpogrzebowych, stanowiących część składową cmentarza lub zakładu pogrzebowego, które nie są wyodrębnione w ww. statystyce.

Należy zwrócić uwagę, iż w województwie były powiaty, na terenie których nie funkcjonował żaden dom przedpogrzebowy. Sytuacja taka miała miejsce w powiatach: nakielskim, sępoleńskim, świeckim, tucholskim i wąbrzeskim. W powyższych powiatach funkcję domów przedpogrzebowych spełniały prosekatoria przyszpitalne lub inne przystosowane do tego celu miejsca (na przykład kaplice na cmentarzach).

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowały ponadto trzy krematoria zwłok (w powiecie bydgoskim - jedno, w powiecie toruńskim - dwa).

W roku sprawozdawczym Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni wydali 811 decyzji zezwalających na ekshumacje i przewiezienie zwłok oraz uczestniczyli w 357 z nich, nie odnotowując żadnych nieprawidłowości w ich przebiegu.

Inne obiekty użyteczności publicznej

Grupę tę stanowiły zarówno obiekty, będące w ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych, jak i inne, niezewidencjonowane, pełniące różne funkcje, mające istotny wpływ na ogólny stan sanitarny województwa. Należą do nich: apteki, stacje paliw, obiekty sportowe, kulturalno-wi-

dowiskowe, zakłady pogrzebowe, przystanki kolejowe i autobusowe, izby wytrzeźwień, świetlice, pralnie, targowiska, składowiska odpadów, parkingi, kostnice i inne. W 2015 roku skontrolowano łącznie 1 876 obiektów z tej grupy, przy czym zły stan sanitarny odnotowano w 16 z nich, co stanowiło jedynie 0,85% ogólnej liczby placówek poddanych kontroli. Wśród obiektów ocenionych w bieżącym roku negatywnie znalazły się: obiekty sportowe (4), domy kultury (3), świetlice wiejskie (3), apteka (1), zakład zbierający i przetwarzający odpady (1) oraz budynki mieszkalne zgłoszone w ramach interwencji (4).

W 2015 roku skontrolowano również wszystkie będące w ewidencji zakłady karne i arezty śledcze (12), stwierdzając w jednym przypadku zły stan techniczny ścian i sufitów w ciągach komunikacyjnych.

Wnioski

1. W grupie skontrolowanych w 2015 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego obiektów użyteczności publicznej procentowy udział placówek, które otrzymały ocenę negatywną, wyniósł jedynie 0,63% ogółu skontrolowanych. Obserwujemy sukcesywną poprawę stanu sanitarnego kontrolowanych obiektów, wyrażoną poprzez malejącą z roku na rok liczbę placówek ocenionych negatywnie.
2. Pozytywną ocenę sanitarną spośród ogółu placówek skontrolowanych w 2015 roku otrzymały wszystkie obiekty, należące do takich grup rodzajowych, jak: ustępy publiczne i ogólnodostępne, domy pomocy społecznej i inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, noclegownie, dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, przystanie żeglugi śródlądowej, cmentarze i domy przedpogrzebowe.
3. Istotnym problemem w prowadzeniu bieżącego nadzoru sanitarnego nad obiektami świadczącymi usługi fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej i tatuażu, szczególnie w przypadku licznie powstających nowych zakładów, jest brak przepisów prawnych określających szczegółowe wymagania higieniczno-sanitarne, jakim powinny one odpowiadać.



ŻYWNOSĆ, ŻYWIENIE I PRZEDMIOTY UŻYTKU



Stan sanitarny obiektów produkcji i obrotu środkami spożywczymi, kosmetykami i żywienia zbiorowego

W 2015 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna województwa kujawsko-pomorskiego obejmowała nadzorem 21215 obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz 204 zakłady produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

Spośród obiektów ujętych w ewidencji skontrolowano w minionym roku łącznie 10219 zakładów, z czego 10131 dotyczyło obiektów żywnościowych oraz obiektów działających na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, 88 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami.

W przypadku 6970 obiektów dokonano oceny ich stanu sanitarnego, w oparciu o aktualnie obowiązujące arkusze, które stanowią jed-

nolite w skali kraju kryterium oceny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku.

W przypadku obiektów produkujących i konfekcjonujących kosmetyki oceniono - 9 obiektów w zakresie warunków produkcji, gdzie stwierdzono 1 zakład niespełniający wymagań, 12 obiektów w zakresie dokumentacji, gdzie stwierdzono 1 zakład niespełniający wymagań, 70 obiektów w zakresie oznakowania opakowań jednostkowych, gdzie stwierdzono 2 zakłady niezgodne z wymaganiami.

Na podstawie przeprowadzonych kontroli stanu sanitarnego w zakładach produkcji i obrotu środkami spożywczymi oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością, jako obiekty niezgodne z obowiązującymi wymaganiami uznano 113 zakładów, co stanowi 1,1 % ogółu skontrolowanych.

Bardziej szczegółowe dane na ten temat przedstawiają dwie poniższe tabele.

Stan sanitarny obiektów produkcji, obrotu środkami spożywczymi, żywienia zbiorowego, materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w latach 2012-2015.

L.p.	Grupa obiektów	Liczba obiektów skontrolowanych				Liczba obiektów niezgodnych z wymaganiami			
		2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obiekty produkcji żywności									
1	Wytwórnice lodów	19	19	18	18	0	0	1	0
2	Automaty do lodów	158	160	162	149	0	0	1	1
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	4	5	5	5	0	1	0	0
4	Piekarnie	270	246	233	195	5	4	10	8
5	Ciastkarnie	132	129	129	119	0	1	3	3
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	62	67	72	55	1	0	1	0
7	Browary i słodownie	2	3	2	3	0	0	0	0
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	4	3	3	3	0	0	0	0
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	5	6	5	6	0	0	0	0

10	Zakłady garmazeryjne	24	24	23	23	0	0	0	0
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	29	30	29	19	0	1	0	0
12	Wytwórnice makaronów	7	6	6	3	0	0	0	0
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	38	36	36	32	0	1	0	1
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	16	15	15	16	0	0	0	0
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	1	3	2	3	0	0	0	0
16	Wytwórnice chrupek, chipsów i prażynek	1	1	1	1	0	0	0	0
17	Wytwórnice suplementów diety	4	4	4	4	0	0	0	0
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	2	2	1	0	0	0	0	0
20	Cukrownie	2	3	3	2	0	0	0	0
21	Inne wytwórnice żywności	86	83	113	160	0	0	0	1
Obiekty obrotu żywnością									
22	Sklepy spożywcze:	5 491	4 709	4 479	4 474	55	44	59	65
	- w tym: supermarkety, hipermarkety	265	306	340	322	0	0	3	2
	Kioski:	318	289	234	202	3	2	1	1
23	- w tym: kioski na targowiskach sprzedające mięso	36	37	33	23	0	0	0	0
	- kioski na targowiskach sprzedające inne środki spożywcze	87	59	40	43	1	0	0	1
24	Magazyny hurtowe:	394	326	363	312	2	0	9	2
	- w tym: hurtownie suplementów diety	6	7	9	3	0	0	0	0
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	109	96	123	124	1	0	0	0
26	Środki transportu	217	311	208	230	0	0	0	0
27	Inne obiekty obrotu żywnością	387	231	220	295	1	0	0	0
Obiekty żywienia zbiorowego									
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte:	2 640	2 364	2 330	2 191	16	15	26	22
	- w tym: zakłady małej gastronomii	1 749	1 553	1 495	1 374	10	7	16	7
	Wagony gastronomiczne (restauracyjne i barowe)	0	0	0	0	0	0	0	0
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	1 494	1 492	1 511	1 406	1	2	9	9
	a) stołówki pracownicze	23	27	23	17	1	0	0	2
	b) bufety przy zakładach pracy	48	40	45	47	0	0	0	0
	c) stołówki w domach czasowych	38	35	33	33	0	0	0	3
	d) bloki żywienia w szpitalach:	29	33	34	35	0	0	0	0
	- w tym: żywienie w systemie cateringowym	17	17	20	23	0	0	0	0
	e) kuchnie niemowlęce	9	11	7	7	0	0	0	0
	f) bloki żywienia w sanatoriach i prewentoriach:	30	30	25	25	0	0	1	0
	- w tym: żywienie w systemie cateringowym	1	0	0	0	0	0	0	0
	g) bloki żywienia w domach opieki społecznej:	51	29	30	31	0	0	1	0
	- w tym: żywienie w systemie cateringowym	6	5	7	5	0	0	0	0
	h) stołówki w żłobkach, domach małego dziecka	25	30	32	34	0	0	0	0
	i) stołówki szkolne:	468	478	478	417	0	1	2	1
	- w tym: żywienie w systemie cateringowym	187	201	192	179	0	0	0	0
	j) stołówki w bursach i internatach	21	31	22	25	0	0	0	0
	k) stołówki na koloniach, półkoloniach, obozach i zimowiskach	149	164	151	156	0	0	0	1
	l) stołówki w przedszkolach:	395	395	440	382	0	0	3	0
	- w tym: żywienie w systemie cateringowym	113	127	153	140	0	0	0	0
	ł) stołówki w domach dziecka i młodzieży	7	6	8	5	0	0	0	0
	m) stołówki studenckie	8	8	7	6	0	0	0	0
	n) stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych	27	24	29	24	0	0	0	0
	o) zakłady usług cateringowych	31	36	43	46	0	1	0	0
	p) inne zakłady żywienia	135	115	104	116	0	0	2	2
30	Razem (wiersze 1-29)	11 916	10 663	10 330	10 050	85	71	120	113
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	27	40	37	32	0	0	0	0
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością w tym:	84	59	43	49	0	0	0	0
	- hurtownie	22	18	19	20	0	0	0	0
	- sklepy	62	41	4	29	0	0	0	0
33	Razem (wiersze 31-32)	111	99	80	81	0	0	0	0
34	Ogółem (wiersze 30-33)	12 027	10 762	10 410	10 131	85	71	120	113

Odsetek grup obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku o złym stanie sanitarnym w latach 2011-2015 (stosunek liczby obiektów niezgodnych do liczby obiektów skontrolowanych w poszczególnych grupach obiektów).

Rodzaj obiektu	2011	2012	2013	2014	2015
Piekarnie	1,1	1,8	1,6	23,3	4,1
Wytwórnice wyrobów cukierniczych	11,4	0	2,8	0	3,1
Ciastkarnie	1,5	0	0,8	2,3	2,5
Sklepy spożywcze	2,1	1,0	0,9	1,3	1,5
w tym: supermarkety, hipermarket	0,8	0	0	0,9	0,6
Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	0,7	0,6	0,6	1,1	1,0
Automaty do lodów	0	0	0	0,6	0,7
Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,4	0,07	0,1	0,6	0,6
Magazyny hurtowe	1,0	0,5	0	2,5	0,6
w tym: hurtownie suplementów diety	0	0	0	0	0
Inne wytwórnice żywności	0	0	0	0	0,6
Kioski	0,3	0,9	0,7	0,4	0,5
Wytwórnice lodów	0	0	0	5,6	0
Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	0	1,6	0	1,4	0
Obiekty ruchome i tymczasowe	0	0,9	0	0	0
Inne obiekty obrotu żywnością	0,3	0,2	0	0	0
Browary i słodownie	0	0	0	0	0
Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin	0	0	20,0	0	0
Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	0	0	3,3	0	0
Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	0	0	0	0	0
Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych stołowych	0	0	0	0	0
Zakłady garmazeryjne	0	0	0	0	0
Wytwórnice makaronów	0	0	0	0	0
Wytwórnice koncentratów spożywczych	0	0	0	0	0
Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	0	0	0	0	0
Wytwórnice chrupków, chipsów i prażynek	0	0	0	0	0
Wytwórnice suplementów diety	0	0	0	0	0
Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0	0	0	0
Wytwórnice substancji dodatkowych	0	0	0	0	0
Cukrownie	0	0	0	0	0

W latach 2011-2015 poprawę stanu sanitarno-higienicznego wykazywały m.in.: kioski, inne obiekty obrotu żywnością, super- i hipermarkety. W porównaniu z rokiem ubiegłym znacznej poprawie uległy: wytwórnice lodów, przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe. Dość niski odsetek obiektów niezgodnych, utrzymujący się od 2011 roku odnotowano także w grupie zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego i otwartego. Najgorszy stan sanitarno-higieniczny w minionym roku stwierdzono m.in. w: piekarniach, wytwórnicach wyrobów cukierniczych, ciastkarniach.

Jakość zdrowotna środków spożywczych, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością

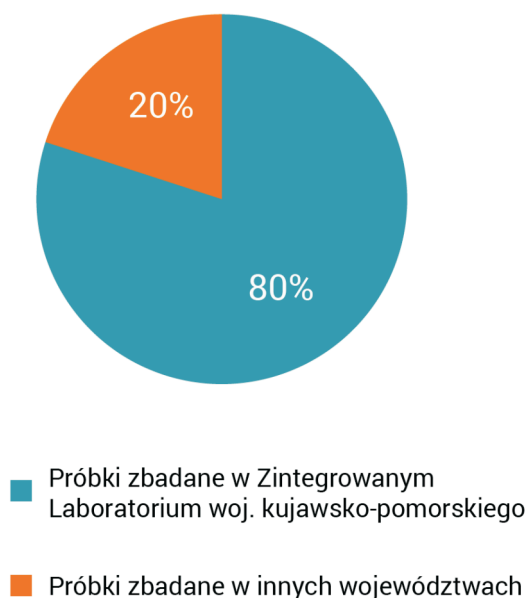
W roku sprawozdawczym 2015 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego pobrano do badań laboratoryjnych 3646 próbek, w tym pobór 3516 próbek wynikał z realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rok 2015” oraz interwencji konsumenckich. Pozostała liczba pobranych próbek związana była z zatruciami pokarmowymi (130 próbek). Pobór próbek realizowany zgodnie z ww. planem obejmował zarówno środki spożywcze (3439 próbek), jak i materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością (talerze, miski, kubki, kieliszki, czajniki, itp. – 77 próbek).

Znaczna część próbek pobrana do badań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego

została przebadana w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego (2797), w skład którego wchodzi: Laboratorium WSSE w Bydgoszczy, Laboratorium PSSE w Toruniu, Laboratorium PSSE w Grudziądzu oraz laboratorium PSSE we Włocławku.

Pozostała liczba próbek (689) zgodnie ze Zintegrowanym Systemem Badań Laboratoryjnych Żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu wprowadzonym dla całego kraju w roku 2011 przez Głównego Inspektora Sanitarnego została zbadana w laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, znajdujących się na terenie innych województw.

Ponadto część próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego została poddana ocenie poprawności znakowania, która została wykonana w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku (133 próbki). Oprócz tego 30 próbek zostało poddanych wyłącznie ocenie znakowania.



Procentowy udział próbek środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, pobranych na terenie woj. kujawsko-pomorskiego i zbadanych laboratoryjnie w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego oraz próbek zbadanych w innych województwach.

Poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2015 zbadano 623 próbki środków spożywczych oraz 66 próbek materiałów wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Przedmiotowe próbki środków spożywczych zostały przebadane w następujących kierunkach: metale szkodliwe dla zdrowia, azotany, GMO, gluten, izomery trans, pozostałości pestycydów, 3-MCPD, metanol i cyjanowodór, napromienianie żywności promieniowaniem jonizującym, zanieczyszczenie olejami mineralnymi, akryloamidem, żywności wzbogacanej w kwasy tłuszczowe omega 3 oraz oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii zoonotycznych i komensalnych.

Z przedstawionych w tabelach danych wynika, iż większość środków spożywczych oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, które zostały zbadane w wyżej wymienionych kierunkach badań, nie budziła zastrzeżeń.

Wśród próbek przebadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego, na podstawie uzyskanych wyników, zdyskwalifikowano za przekroczenia dopuszczalnych poziomów 25 próbek. Badania wykonywane były przez laboratoria stacji sanitarno-epidemiologicznych w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu. Oznaczenia fizyko-chemiczne obejmowały następujące kierunki: mikotoksyny, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, furan, jod w soli spożywczej, histaminę, dozwolone substancje dodatkowe zawarte w żywności, parametry czystości substancji dodatkowych, skażenia promieniotwórcze, witaminy, składniki mineralne, białko, tłuszcz (w wybranych grupach środków spożywczych) oraz inne parametry (jakość organoleptyczna, parametry jełczenia tłuszczów). Badania mikrobiologiczne obejmowały drobnoustroje niebezpieczne dla zdrowia, które mogą występować w żywności oraz w próbkach pobranych w przypadku zatrucia pokarmowych.

Liczba próbek pobranych i zdyskwalifikowanych w wybranych kierunkach badań, zbadanych poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego.

Kierunek badań	Liczba próbek									
	pobranych					zdyskwalifikowanych				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Metale szkodliwe dla zdrowia	331	308	332	289	294	0	0	3	1	0
Azotany	43	41	41	35	35	0	0	0	0	0
GMO	35	35	34	35	36	0	2	0	1	1
Gluten	12	12	12	10	15	0	0	0	0	0
Izomery trans	4	4	4	4	6	0	0	0	0	0
Pestycydy	116	135	135	135	137	1	4	2	0	1
3-MCPD	7	6	7	16	17	0	0	2	0	0
Metanol i cyjanowodór	5	5	16	5	5	0	0	0	1	0
Napromienianie	14	14	20	24	20	0	0	1	0	1
Akryloamid	8	10	11	9	9	0	0	0	0	0
Przedmioty Użytku	80	78	73	65	66	1	2	5	1	1
Oleje mineralne	-	-	6	6	7	-	-	0	0	0
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii zoonotycznych i komensalnych	-	-	-	-	40	-	-	-	-	0
Żywność wzbog. w kw. tł. omega 3	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Razem	655	650	692	635	689	2	8	13	6	4

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w wybranych kierunkach badań zbadanych poza strukturą województwa kujawsko-pomorskiego.

Kierunek badań	Odsetek próbek zdyskwalifikowanych				
	2011	2012	2013	2014	2015
Metale szkodliwe dla zdrowia	0	0	0,9	0,3	0
Azotany	0	0	0	0	0
GMO	0	5,7	0	2,9	0,4
Gluten	0	0	0	0	0
Izomery trans	0	0	0	0	0
Pestycydy	0,9	3,0	1,5	0	0,1
3-MCPD	0	0	29	0	0
Metanol i cyjanowodór	0	0	0	20	0
Napromienianie	0	0	5	0	0,2
Akryloamid	0	0	0	0	0
Przedmioty Użytku	1,3	2,6	6,8	1,5	0,7
Oleje mineralne	-	-	0	0	0
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii zoonotycznych i komensalnych	-	-	-	-	0
Żywność wzbog. w kw. tł. omega 3	-	-	-	-	0
Razem	0,3	1,2	1,9	0,9	0,5

Liczba oraz rodzaj zbadanych i zdyskwalifikowanych próbek w 2015 r. w porównaniu z latami 2013-2014, zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego.

Rodzaj próbki	Liczba próbek						Odsetek próbek zdyskwalifikowanych		
	zbadanych			zdyskwalifikowanych					
	2013	2014	2015	2013	2014.	2015	2013	2014	2015
Krajowe i z innych krajów Unii Europejskiej	2 963	2 826	2725	54	61	23	1,8	2,2	0,8
Z importu	73	104	72	2	6	2	2,7	5,8	2,7
Związane z ogniskami zatruc pokarmowych	184	192	130	1	14	7	0,5	7,3	5,4
Razem	3 220	3 122	2927	57	81	32	1,8	2,6	1,1

Jakość zdrowotna środków spożywczych zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego.

Środki spożywcze	Liczba próbek									
	zbadanych					zdyskwalifikowanych				
	mikrobiologicznie	chemicznie	znakowanie	organoleptycznie - oznaczenia fizyczno-chemiczne	obecność zanieczyszczeń biologicznych i fizycznych	mikrobiologicznie	chemicznie	znakowanie	organoleptycznie - oznaczenia fizyczno-chemiczne	obecność zanieczyszczeń biologicznych i fizycznych
K, UE, I	1999	736	2284	2389	51	13	3	0	5	4

Odsetek próbek zdyskwalifikowanych w latach 2013-2015 (dot. próbek zbadanych w Zintegrowanym Laboratorium woj. kujawsko-pomorskiego).

Grupa produktu	Pochodzenie próbki	Odsetek próbek zdyskwalifikowanych		
		2013	2014	2015
Mięso, podroby i produkty mięsne	kraj	0,6	5,1	1,1
Drób, podroby, produkty drobiarskie, jaja i produkty jajeczne	kraj	0,9	2,2	0,8
Mleko i przetwory mleczne	kraj	4,1	2,9	2,4
Ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne	kraj/UE	4,3	2,9	5,6
Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	kraj	0,6	0,6	0,8
Warzywa, w tym strączkowe	kraj	0,9	0,7	0
Owoce	kraj/import	0,8	0	0,5
Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	kraj	0,7	2,3	1,1
Tłuszcze roślinne	kraj	0	0	2,6
Koncentraty spożywcze	kraj	0	3,6	0
Zioła i przyprawy	import	1,9	0	0
Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	import	0	5,7	0
Wyroby garmazeryjne i kulinarne	kraj	1,9	4,3	0

Na podstawie zaprezentowanych w tabelach danych można stwierdzić spadek liczby próbek zdyskwalifikowanych. Jakość zdrowotna środków spożywczych krajowych, pochodzących z krajów Unii Europejskiej oraz importowanych spoza obszaru UE uległa w porównaniu z latami 2013-2014 poprawie.

Z danych tych wynika też, że nadal głównymi czynnikami dyskwalifikującymi środki spożywcze są ponadnormatywne zanieczyszczenia mikrobiologiczne, które stwierdzono w 13 próbkach na 1999 próbek zbadanych, co stanowi 0,7%. Próbkę, w której zanotowano przekroczenia parametrów mikrobiologicznych stanowią 52% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek.

W pozostałych kierunkach badań zanotowano pojedyncze przypadki dyskwalifikacji próbek.

Z analizy danych zawartych w tabelach wynika, że w dwóch grupach produktów (ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne oraz tłuszcze roślinne) w porównaniu z latami 2013-2014 nastąpił niewielki wzrost procentowy próbek zdyskwalifikowanych.

W pozostałych grupach asortymentowych odsetek próbek zdyskwalifikowanych uległ zmniejszeniu. Większość produktów, które zostały zdyskwalifikowane były produktami pochodzenia krajowego.

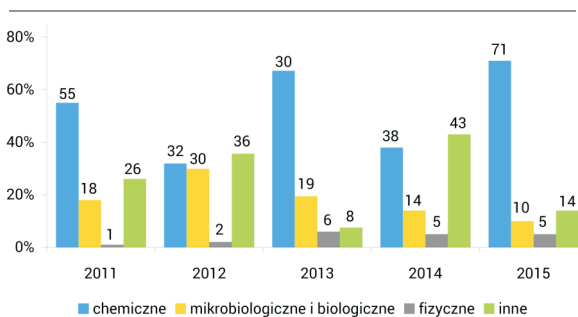
RASFF - System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach

W 2015 roku w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF) odnotowano 62 powiadomienia, z czego 45 stanowiły powiadomienia o charakterze alarmowym, 15 zostało zarejestrowanych jako powiadomienia informacyjne, natomiast 2 powiadomienia związane były z odrzuceniem produktu na granicy. Postępowania wyjaśniające prowadzone na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w ramach przedmiotowego systemu dotyczyły w 11 przypadkach (18% odnotowanej liczby po-

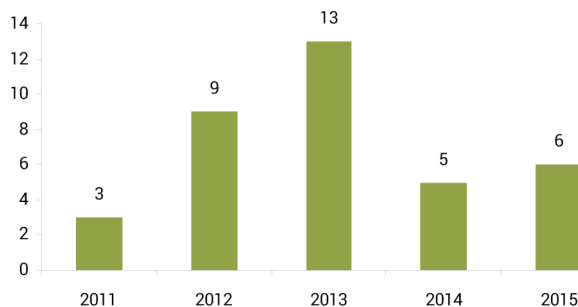
wiadomień RASFF) materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Pozostałe działania związane były z kwestionowaną żywnością. Produkty kwestionowano z uwagi na następujące zanieczyszczenia: chemiczne - 44 powiadomienia, fizyczne - 3 powiadomienia, biologiczne i mikrobiologiczne - 6 powiadomień, inne - 9 powiadomień.

W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających z sieci RASFF wycofano 2 powiadomienia.

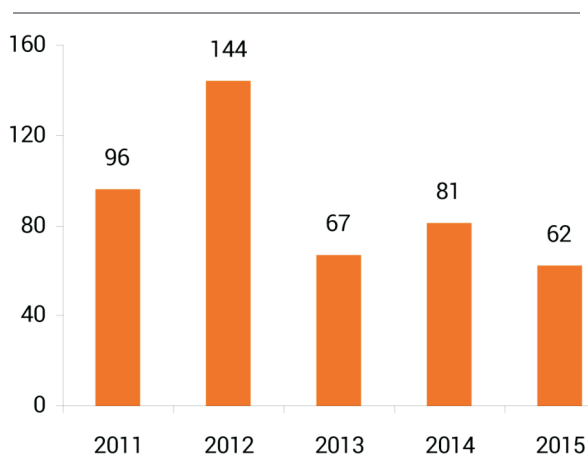
Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego zgłosili do Krajowego Punktu Kontaktowego RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym - 6 potencjalnie niebezpiecznych produktów, z czego 4 stwarzały pośrednie lub bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia ludzi i zostały przyjęte do systemu RASFF.



Kategorie zanieczyszczeń w powiadomieniach alarmowych i informacyjnych dot. woj. kujawsko-pomorskiego, w latach 2011-2015, przedstawione w procentach.



Liczba zgłoszonych przez WSSE w Bydgoszczy do systemu RASFF potencjalnie nie-bezpiecznych produktów w latach 2011-2015.



Liczba powiadomień w systemie RASFF, w stosunku do których podejmowano działania na terenie woj. kujawsko-pomorskiego.

Trudno dokładnie przewidzieć na dany rok kalendarzowy ilość, rodzaj oraz przyczyny kwestionowania produktów zgłaszanych do Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach. Powyższe elementy uzależnione są od wielu czynników, m.in. od ukierunkowania planu poboru próbek w ramach urzędowej kontroli i monitoringu, a także interwencji konsumentów w sprawie produktów, które stwarzają zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

Podobnie jak w latach ubiegłych, również w 2015 roku utrzymał się duży wskaźnik zanieczyszczeń chemicznych, stanowiących jedną z przyczyn kwestionowania produktów. Do najczęściej występujących przyczyn kwestionowania wyrobów z uwagi na zanieczyszczenia chemiczne należą: przekroczenie dopuszczalnego poziomu siarczynów mikotoksyn oraz amin pierwszorzędowych. Duży odsetek ww. zanieczyszczeń związany jest ze specyfiką strategii przedsiębiorstw, które w obliczu kryzysu gospodarczego nastawione są jedynie na zysk. Zmniejszenie kosztów produkcji żywności oraz wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością opiera się głównie na pozyskiwaniu tańszych, często gorszych jakościowo surowców. Z uwagi na fakt, że jakość surowca w dużej mierze decyduje o jakości wyrobu gotowego, aby podnieść jego walory organoleptyczne i przedłużyć trwałość, a tym samym zapewnić jego zbyt, przedsiębiorcy decydują się na użycie większej ilości substancji dodat-

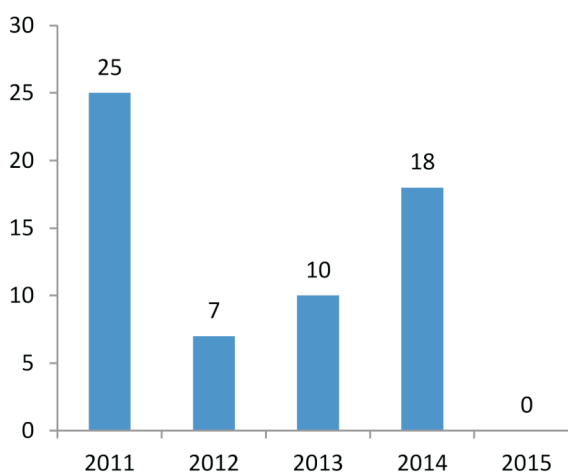
kowych. W wyniku takiego działania może dojść do wzrostu migracji szkodliwych związków do żywności. Celowe lub przypadkowe użycie do produkcji ww. substancji w zbyt dużych ilościach lub w niewłaściwy sposób jest główną przyczyną powstania zanieczyszczeń chemicznych żywności.

Skróty:

RASFF (ang. Rapid Alert System for Food and Feed) - System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach

RAPEX – unijny system wczesnego ostrzegania o produktach niebezpiecznych

W 2015 roku nie odnotowano notyfikacji w systemie RAPEX dot. województwa kujawsko-pomorskiego. W związku z powyższym nie przeprowadzono kontroli sanitarnych w przedmiotowym aspekcie. Ponadto w okresie sprawozdawczym Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy nie zgłaszała do systemu RAPEX niebezpiecznych produktów. Duży spadek liczby powiadomień w unijnym systemie wczesnego ostrzegania o produktach niebezpiecznych może świadczyć o poprawie bezpieczeństwa produktów kosmetycznych. Państwowa Inspekcja Sanitarna podobnie do lat ubiegłych weryfikuje produkty kosmetyczne znajdujące się w obrocie handlowym poprzez kontrolę producentów oraz pobór prób zgodny z wytycznymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego.



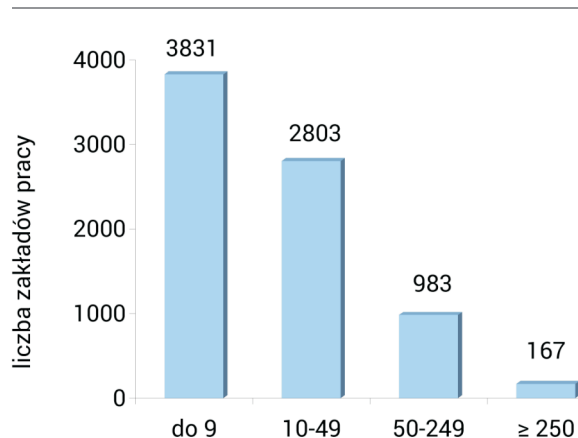
Liczba notyfikacji zgłoszonych w systemie RAPEX, dot. woj. kujawsko-pomorskiego w latach 2011-2015.

HIGIENA PRACY 1



Środowisko pracy

W 2015 roku nadzór nad warunkami pracy w województwie kujawsko-pomorskim sprawowało 59 pracowników. Ewidencją pionu higie-



Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2015 r. wg liczby zatrudnionych pracowników.

ny pracy objętych zostało 7817 zakładów, zatrudniających 259039 pracowników.

Skontrolowanych zostało 2246 zakładów (29% zewidencjonowanych), zatrudniających 12366 pracowników. Ocenie poddano warunki bezpieczeństwa i higieny pracy, stan higieniczno-sanitarny obiektu, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, dokumentację pracowników oraz sprawozdania z badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

Przeprowadzono 2945 kontroli, podczas których inspektorzy sanitarni zwracali uwagę przede wszystkim na: przestrzeganie w zakładach pracy przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz profilaktykę chorób zawodowych; ekspozycję pracowników na szkodliwe dla zdrowia czynniki; stosowanie i dystrybucję substancji chemicznych i ich mieszanin; warunki pracy pracowników ekspozowanych na czynniki rakotwórcze.

Liczba zakładów objętych ewidencją oraz liczba osób zatrudnionych w 2015 roku, w województwie kujawsko-pomorskim wg SSE.

Stacja sanitarno-epidemiologiczna	Liczba	
	zakładów w ewidencji	osób zatrudnionych
PSSE w Aleksandrowie Kuj.	138	3 990
PSSE w Brodnicy	422	11 821
PSSE w Bydgoszczy	1 180	61 218
PSSE w Chełmnie	331	5 826
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	172	4 136
PSSE w Grudziądzu	565	24 487
PSSE w Inowrocławiu	560	17 391

PSSE w Lipnie	188	3 852
PSSE w Mogilnie	218	3 276
PSSE w Nakle nad Notecią	430	9 497
PSSE w Radziejowie	186	2 668
PSSE w Rypinie	168	4 629
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	213	4 057
PSSE w Świeciu	770	16 251
PSSE w Toruniu	859	37 260
PSSE w Tucholi	173	4 418
PSSE w Wąbrzeźnie	251	4 573
PSSE we Włocławku	464	22 523
PSSE w Żninie	268	5 142
WSSE (I instancja)	259	12 024
RAZEM:	7 817	259 039

Zakres kontroli przeprowadzanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną województwa kujawsko-pomorskiego w 2015 roku.

Zakres kontroli	Liczba skontrolowanych zakładów
stosowanie substancji chemicznych i ich mieszanin	1 389
narażenie na czynniki biologiczne w środowisku pracy	724
obróć substancjami chemicznymi i ich mieszaninami	266
wprowadzanie do obrotu produktów biobójczych	186
narażenie na substancje, mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym	164
obróć prekursorami kategorii 2 i 3	25
nadzór nad detergentami	14

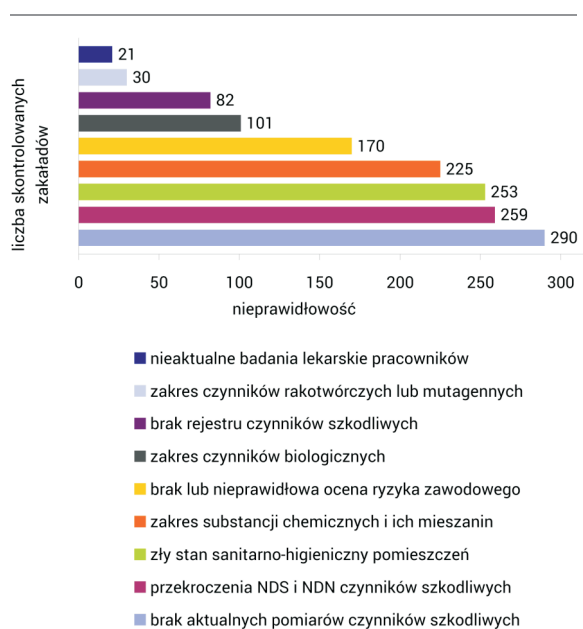
W związku ze stwierdzonymi w kontrolowanych zakładach nieprawidłowościami wydanych zostało 760 decyzji administracyjnych, zawierających 2825 nakazów. Największa liczba obowiązków dotyczyła doprowadzenia do odpowiedniego stanu pomieszczeń pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych oraz przeprowadzenia badań pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy. Ponadto pracodawców obligowano do sporządzenia spisu

stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, zapewnienia aktualnych kart charakterystyk i zapoznania z nimi pracowników, oznakowania oraz zagwarantowania odpowiedniego miejsca do składowania substancji chemicznych i ich mieszanin, a także opracowania dokumentacji oceny ryzyka zawodowego uwzględniającej narażenie na czynniki chemiczne oraz zapewnienia instrukcji BHP.

W wyniku prowadzonych postępowań

Liczbowe zestawienie skontrolowanych obiektów, przeprowadzonych kontroli, wydanych decyzji i nakazów w latach 2011-2015.

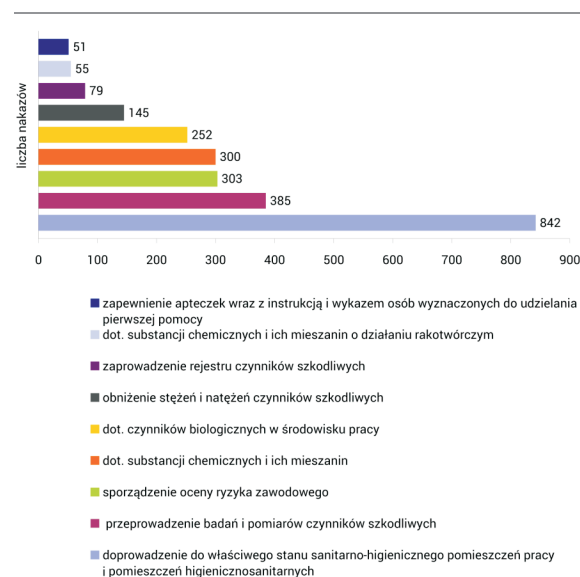
Rok	Liczba			
	skontrolowanych obiektów	kontroli	decyzji	nakazów
2011	2 822	4 007	1 077	2 911
2012	2 813	3 880	957	2 124
2013	2 596	3 450	862	2 492
2014	2 214	3 033	778	2 496
2015	2 246	2 945	760	2 825



Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono nieprawidłowości w 2015 roku.

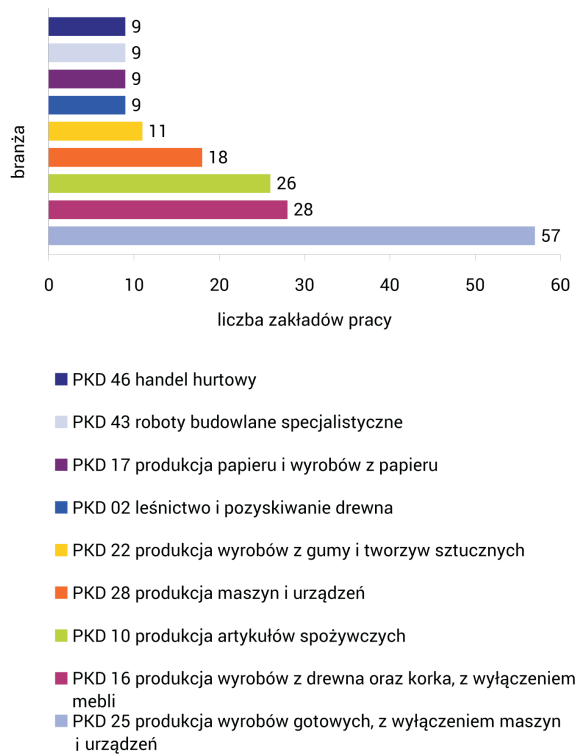
administracyjnych pracownicy pionu higieny pracy nakładali również obowiązki dotyczące: sporządzenia rejestru pracowników i prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia, opracowania planu postępowania na wypadek awarii z udziałem szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 zagrożenia, przeprowadzenia szkoleń dla pracowników mających kontakt ze szkodliwym czynnikiem biologicznym, umieszczenia na drzwiach znaku ostrzegającego przed zagrożeniem biologicznym, opracowania oceny ryzyka

zawodowego z uwzględnieniem klasyfikacji i wykazu szkodliwych czynników biologicznych na stanowisku pracy, okazania dokumentu potwierdzającego zaproponowanie pracownikom narażonym na czynniki biologiczne grupy 3 zagrożenia szczepień ochronnych. Ponadto wydawane nakazy dotyczyły założenia lub uzupełnienia rejestrów pracowników narażonych na działanie substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz przekazania państwowemu inspektorowi sanitarnemu informacji o substancjach, mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

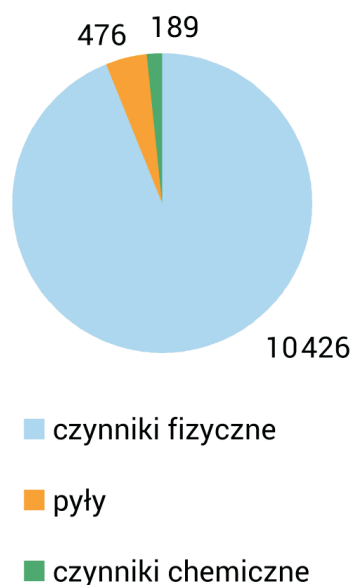


Najczęściej wydawane nakazy w województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku.

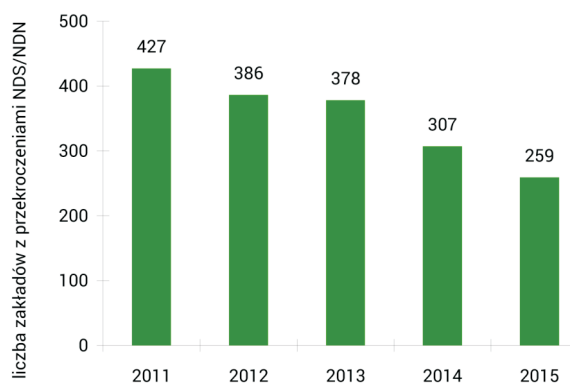
W wyniku kontroli w 259 nadzorowanych zakładach pracy stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń/natężeń czynników szkodliwych (NDS/NDN). Łączna liczba pracowników zatrudnionych w warunkach przekroczeń dopuszczalnych normatywów higienicznych w 2015 roku wyniosła 10740 osób. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-pomorskiego wydały 98 decyzji na obniżenie wysokości stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w miejscu pracy. Pracodawcy podejmowali różne działania zmierzające do wyeliminowania lub obniżenia stężenia/natężenia czynnika szkodliwego. Udostępniano pracownikom odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej, stosowano rotację na stanowiskach pracy, układy izolujące i tłumiące hałas, wymieniano park maszyn, montowano naścienne mierniki poziomu hałasu. W celu obniżenia natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy przedstawiciele zakładów pracy sporządzali i wprowadzali w życie programy działań organiza-



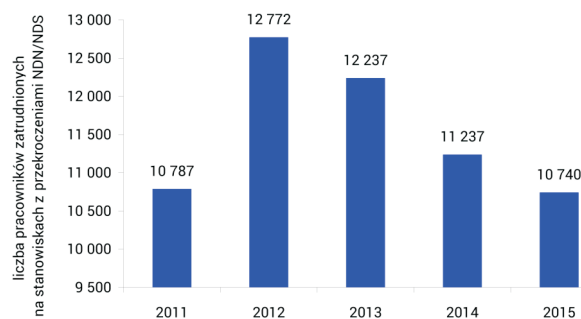
Liczba skontrolowanych zakładów o największej liczbie przekroczeń wg branży.



Liczba pracowników zatrudnionych w przekroczeniach NDS/NDN wg rodzaju czynnika szkodliwego.



Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono przekroczenia NDN/NDS, w latach 2011-2015.



Liczba zatrudnionych na stanowiskach, na których stwierdzono przekroczenia NDN/NDS.

cyjno-technicznych zmierzające do ograniczenia narażenia na hałas, oznakowywali strefy zagrożenia hałasem oraz informowali pracowników o ryzyku zawodowym.

Największa liczba nakazów dotyczących przeprowadzenia badań i pomiarów środowiska pracy zawarta była w następujących decyzjach: PPIS w Toruniu – 82 nakazy, PPIS w Bydgoszczy – 77 nakazów, PPIS w Grudziądzu – 36 nakazów, PPIS w Świeciu – 35 nakazów.

Z powodu przekroczeń stężenia czynnika chemicznego w środowisku pracy państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wydali trzy nakazy unieruchamiające stanowiska pracy, do czasu zapewnienia bezpiecznych warunków pracy.

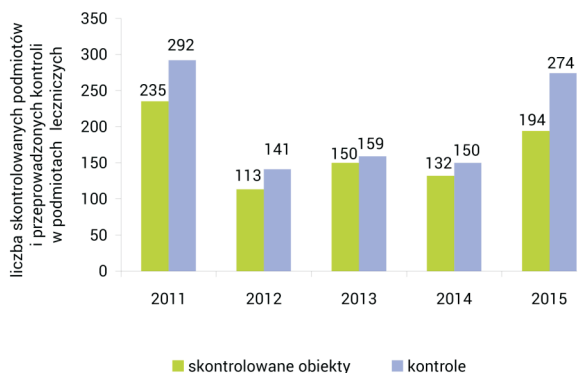
Dominującym czynnikiem szkodliwym w środowisku pracy był hałas. W narażeniu na ponadnormatywne jego wartości zatrudnionych było 9559 pracowników, z czego najwięcej w powiecie bydgoskim – 1906, toruńskim – 1902 oraz w brodnickim – 1237.

Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych

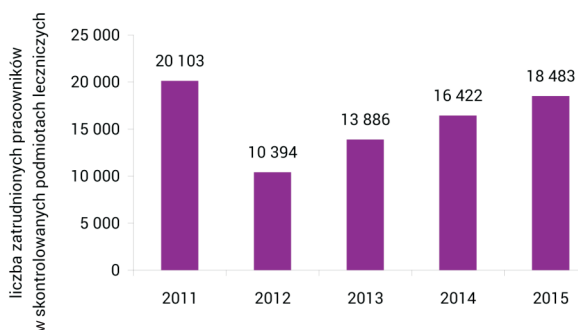
W 2015 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego prowadzono nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych. Zakres kontroli obejmował czynniki chemiczne, biologiczne, rakotwórcze i mutagenne oraz przestrzeganie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Kontrolą zostały objęte zarówno niewielkie placówki opieki doraźnej (świadczące usługi w zakresie porad lekarskich, wykonujące iniekcje domięśniowe, opatrunki, pobór krwi, badania w poradniach), jak i szpitale sprawujące opiekę specjalistyczną nad mieszkańcami województwa. W 2015 roku skontrolowano ogółem 194 podmioty lecznicze, zatrudniające łącznie 18483 osoby.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2015 przeprowadzono łącznie 274 kontrole, w wyniku których wydano 67 decyzji administracyjnych. Największa liczba decyzji

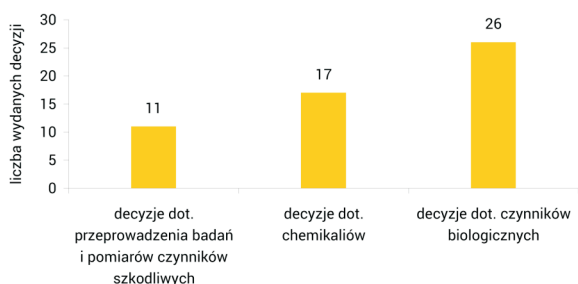
(40) została wydana przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Nakazy dotyczyły między innymi czynników biologicznych, chemikaliów, przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych oraz opracowania procedur i wykazów wynikających z przepisów prawa w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związa-



Liczba skontrolowanych podmiotów leczniczych i przeprowadzonych kontroli w latach 2011-2015.



Liczba zatrudnionych pracowników w skontrolowanych podmiotach leczniczych, w latach 2011-2015.

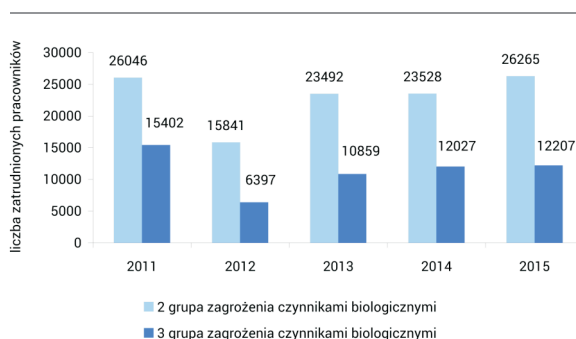


Nadzór nad warunkami pracy w podmiotach leczniczych w województwie kujawsko-pomorskim. Decyzje wydane w 2015 roku.

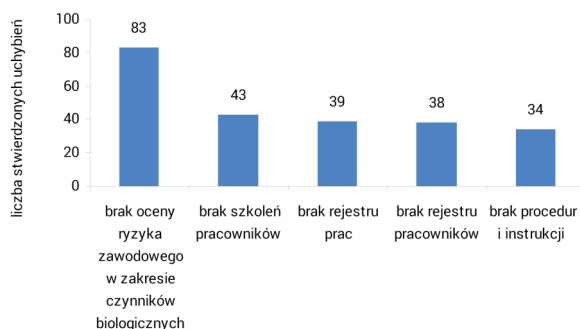
nych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W 2015 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego prowadzono także nadzór nad zakładami ochrony zdrowia stosującymi cytostatyki. Skontrolowanych zostało łącznie 10 takich placówek.

Narażenie na czynniki biologiczne szkodliwe dla zdrowia

W 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim w 2754 zakładach występowały szkodliwe czynniki biologiczne. Działaniami kontrolnymi objęto 724 zakłady, głównie podmioty lecznicze. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydanych zostało 105 decyzji administracyjnych.



Zatrudnienie pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne w latach 2011-2015, w województwie kujawsko-pomorskim.



Uchybienia z zakresu czynników biologicznych szkodliwych dla zdrowia.

Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest z województwa kujawsko-pomorskiego

W 2015 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 67 firm zatrudniających 194 pracowników zajmujących się rozbiórką, zabezpieczaniem, transportem elementów zawierających azbest. Firmy posiadały wymagane zezwolenia Starosty na transport odpadów azbestowych, a także (poza jednym przypadkiem) decyzje Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego zatwierdzające program gospodarki odpadami.

Działania kontrolne prowadzone przez pracowników higieny pracy obejmowały przede wszystkim ocenę zapewnienia personelowi bezpieczeństwa i higieny pracy przy rozbiórkach wyrobów zawierających azbest. Podczas kontroli oceniano:

- posiadanie wymaganych prawem zezwoleń, pozwoleń, decyzji, zatwierdzeń programu gospodarowania odpadami niebezpiecznymi,
- dobór środków zapobiegawczych zastosowanych w celu zminimalizowania ryzyka utraty zdrowia pracowników w związku z narażeniem na azbest,
- poziom znajomości przepisów regulujących bezpieczne zasady usuwania, bądź unieszkodliwiania odpadów zawierających azbest,
- jakość dokonanej oceny ryzyka zawodowego i jego udokumentowanie,
- sposób przestrzegania procedur dotyczących bezpiecznego postępowania z wyrobami zawierającymi azbest,
- posiadanie dokumentu potwierdzającego przeszkolenie przez uprawnioną instytucję pracowników i osób kierujących lub nadzorujących usuwanie wyrobów zawierających azbest w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przestrzegania procedur dotyczą-

cych bezpiecznego postępowania z wyrobami zawierającymi azbest,

- prowadzenie rejestrów wynikających z przepisów regulujących zagadnienia czynników rakotwórczych obecnych w środowisku pracy,
- zapewnienie profilaktycznej opieki medycznej nad pracownikami,
- wykonywanie badań środowiskowych na stanowiskach pracy,
- zabezpieczenie terenu podczas wykonywania prac rozbiórkowych.

W siedzibach firm przeprowadzonych zostało łącznie 28 kontroli oraz 23 kontrole w miejscu wykonywania prac powodujących kontakt z azbestem. W pojedynczych przypadkach stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych i ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym i rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Do innych nieprawidłowości należało nieprzekazanie właściwemu Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarne- mu informacji o czynnikach o działaniu rakotwórczym, brak opracowania instrukcji BHP w zakresie prac wykonywanych z zastosowaniem niebezpiecznych mieszanin chemicznych oraz instrukcji BHP uwzględniających dane zawarte w kartach charakterystyki. Ponadto stwierdzono brak rejestru czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy, kart badań i pomiarów oraz oceny ryzyka zawodowego na stanowisku pracy.

Stwierdzono również brak zapewnienia pracownikom pomieszczeń higieniczno-sanitarnych (szatni, jadalni, natrysku, ustępu). Pięć firm nie dysponowało wynikami badań czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowisku pracy. Dwóch pracodawców zobligowano decyzjami administracyjnymi do obniżenia stężenia pyłów zawierających azbest do wartości dopuszczalnej na stanowiskach pracy.

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami, właściwi Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni, wydali łącznie 6 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. Z uwagi na brak wykonania w ustalonym terminie nakazów ujętych w decyzji administracyjnej, wydane zostało jedno upomnienie.

Konsekwencją zatrudnienia w warunkach narażenia na czynnik szkodliwy było stwierdzenie trzech chorób zawodowych. U mężczyzny zatrudnionego na stanowisku krajacz metali blach, cięcie płyt zawierających azbest, stwierdzono nowotwór złośliwy: rak płuca. Ponadto stwierdzono dwa przypadki pylic płuc azbestowych: u kobiety zatrudnionej na stanowisku krajacz metali, robotnik rozdzielni oraz u mężczyzny zatrudnionego na stanowisku kopacz.

Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach produkujących artykuły spożywcze

Działalnością kontrolną Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2014-2015 objęto 185 zakładów produkujących artykuły spożywcze. Łącznie przeprowadzonych zostało 289 kontroli, w tym 224 sanitarne i 65 sprawdzających. Wykazały one szereg uchybień, między innymi:

- brak aktualnych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy – 46,
- brak oceny ryzyka zawodowego – 26,
- przekroczenia NDN lub NDS czynników szkodliwych w środowisku pracy – 25,
- niewłaściwy stan pomieszczeń higieniczno-sanitarnych – 20,
- niewłaściwy stan pomieszczeń pracy – 19,
- brak lub nieprawidłowo prowadzone rejestry czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy lub karty badań i pomiarów czynników szkodliwych – 17,
- nieprawidłowo przeprowadzona ocena ryzyka zawodowego lub brak aktualizacji – 16,

- brak oznakowania znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym – 11,
- brak dokumentu potwierdzającego zapromowanie przez pracodawcę szczepień ochronnych pracowników narażonym na szkodliwy czynnik biologiczny – 10,
- brak rejestru prac i pracowników pracujących w narażeniu na czynniki biologiczne zakwalifikowane do 3 grupy zagrożenia – 9,
- brak instrukcji BHP w zakresie stosowania chemikaliów – 8.

W zakresie szkodliwych czynników biologicznych kwestionowano brak rejestrów prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia i rejestru pracowników narażonych na ich działanie. Kontrole wykazały, że pracodawcy nie informowali personelu o narażeniu na szkodliwe czynniki biologiczne oraz nie opracowali procedur postępowania na wypadek awarii lub wypadku spowodowanego czynnikiem biologicznym zakwalifikowanym do 3 grupy zagrożenia.

Pracodawcy nie zapewnili właściwego przechowywania chemikaliów oraz nie sporządzili spisów substancji chemicznych i ich mieszanin, procedur postępowania na wypadek awarii lub wypadku spowodowanego czynnikiem chemicznym. Ponadto pracownicy nie zostali zapoznani z kartami charakterystyk.

Z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości wydanych zostało 67 decyzji administracyjnych. Brak wykonania w ustalonym terminie nakazów ujętych w decyzji administracyjnej skutkowało wystawieniem przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa kujawsko-pomorskiego czterech upomnień, dwóch tytułów wykonawczych oraz dwóch postanowień o nałożeniu grzywny. W toku czynności kontrolnych nałożono jeden mandat karny.

W latach 2014-2015 stwierdzone zostały dwie choroby zawodowe u pracowników zatrudnionych w przemyśle spożywczym: astma oskrzelowa oraz zespół cieśni w obrębie nadgarstka.

Warunki pracy i ocena narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w Zespołach Ratownictwa Medycznego

W 2015 roku Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni przeprowadzili w 39 Zespołach Ratownictwa Medycznego 36 kontroli sanitarnych oraz 5 kontroli sprawdzających. Obiekty zlokalizowane były na terenie powiatów: bydgoskiego, brodnickiego, grudziądzkiego, nakielskiego, świeckiego, toruńskiego, tucholskiego oraz włocławskiego. Zatrudniały łącznie 849 pracowników, z czego 526 osób w oparciu o umowy cywilno-prawne.

W wyniku kontroli w 13 placówkach stwierdzono 25 nieprawidłowości. Kwestionowano brak lub niewłaściwy stan pomieszczeń higieniczno-sanitarnych lub ich niewłaściwe wyposażenie. Uchybienia dotyczyły również braku oceny ryzyka zawodowego oraz rejestru prac i pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia. W jednym przypadku zatrudniony nie dysponował aktualnym zaświadczeniem lekarskim o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku. W związku ze stwierdzonymi uchybieniami właściwi Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni wydali 9 decyzji administracyjnych.

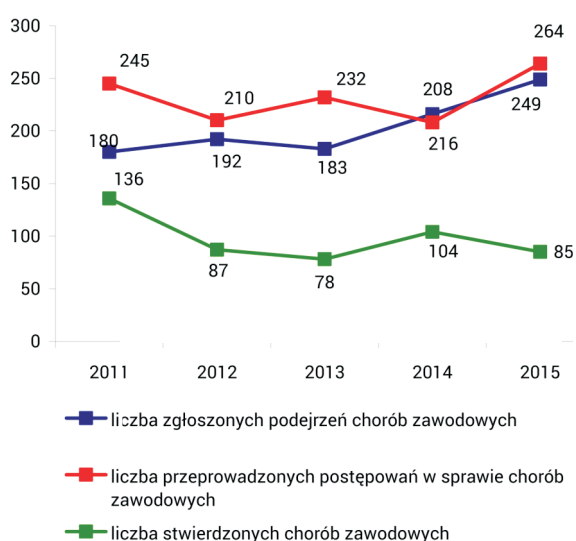
Ponadto w 2015 r. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy skontrolował ogółem 17 Zespołów Ratownictwa Medycznego należących do 7 podmiotów leczniczych. W obiektach tych zatrudnionych było 295 osób.

W wyniku przeprowadzenia siedmiu kontroli stwierdzono 60 nieprawidłowości, przede wszystkim z zakresu niewłaściwego stanu i wyposażenia pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, a także braku wymaganej dokumentacji określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Państwowy Wojewódzki In-

spektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał łącznie 13 decyzji.

Choroby zawodowe

W 2015 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa kujawsko-po-



Graficzne przedstawienie liczby podejrzeń i przeprowadzonych postępowań w sprawie chorób zawodowych.

morskiego wpłynęło łącznie 249 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych (w 2014 roku – 216).

W wyniku przeprowadzonych 264 postępowań wyjaśniających, organ I instancji wydał 91 decyzji stwierdzających chorobę zawodową oraz 54 decyzje o braku podstaw do jej stwierdzenia. Do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy wniesionych zostało 17 odwołań od decyzji organu I instancji. W związku z powyższym organ II instancji wydał 14 decyzji administracyjnych, z czego pięć zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy.

W wyniku uprawomocnienia się decyzji administracyjnych, w 2015 r. stwierdzono 85 chorób zawodowych. W porównaniu z rokiem 2014 odnotowano spadek zachorowań o 19 przypadków (18%). Zdecydowanie największą grupę stwierdzonych chorób zawodowych stanowiły choroby zakaźne lub pasożytnicze – 33 przypadki (39%). Na drugim miejscu znalazły się przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym – 21, a na kolejnym obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu – 13 przypadków.

Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2011-2015.

Nr pozycji w wykazie*	Nazwa choroby zawodowej	Liczba stwierdzonych przypadków w roku				
		2011	2012	2013	2014	2015
1	zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	3	0	1	0	0
3	pylice płuc	3	1	0	5	2
4	choroby opłucnej lub osierdza wywołane pyłem azbestu	0	1	0	2	0
5	przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli	0	0	0	0	0
6	astma oskrzelowa	4	3	2	5	1
7	zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	0	2	0	3	0
12	alergiczny nieżyt nosa	3	3	2	1	0
15	przewlekłe choroby narządu głosu	22	9	19	31	21
17	nowotwory złośliwe	1	2	1	4	2

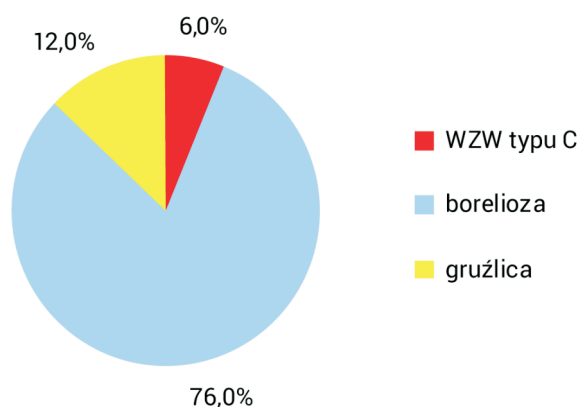
18	choroby skóry	2	5	0	3	1
19	przewlekłe choroby układu ruchu	7	10	4	4	2
20	przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	10	10	1	11	9
21	obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu	12	11	15	11	13
22	zespół wibracyjny	2	2	1	0	0
25	choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	1	1	1	1	1
26	choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	66	27	31	23	33
Razem		136	87	78	104	85

Liczba chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w latach 2011-2015.

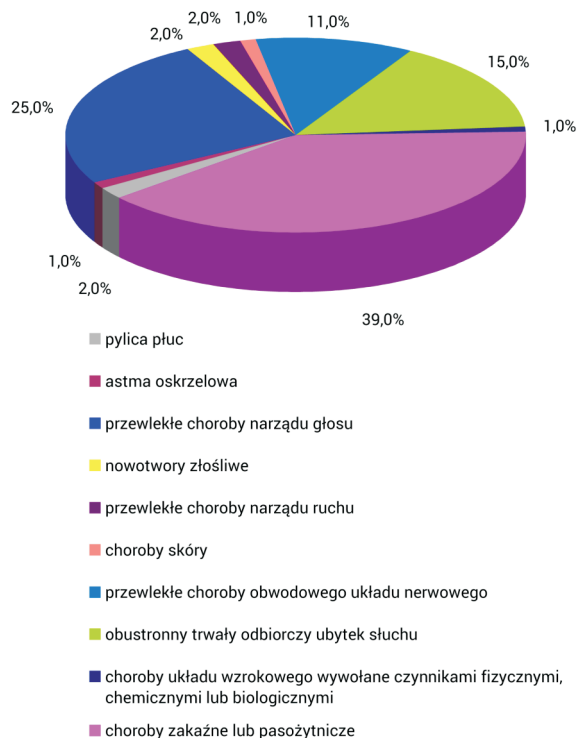
Rok	wirusowe zapalenie wątroby		borelioza	gruźlica	bruceloza	Inne choroby zakaźne lub pasożytnicze	RAZEM
	typu B	typu C					
2011	1	3	57	4	0	1 (toksokaroza)	66
2012	1	3	20	1	0	1 (toksokaroza) 1 (bąblowica)	27
2013	1	1	28	1	0	0	31
2014	0	1	20	2	0	0	23
2015	0	2	25	4	0	2 (gorączka Q, toksoplazmoza)	33

Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw w 2015 roku znaczący udział stanowiła borelioza – 76% (w 2014 roku – 87%). Rozpoznawana była najczęściej w grupie zawodowej pracowników leśnictwa oraz pracowników gospodarstw rolnych. Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C o etiologii zawodowej stanowiło w 2015 roku 6% chorób zakaźnych lub pasożytniczych. W porównaniu z rokiem 2014 zwiększeniu uległa liczba zachorowań na gruźlicę i inne choroby zakaźne lub pasożytnicze.

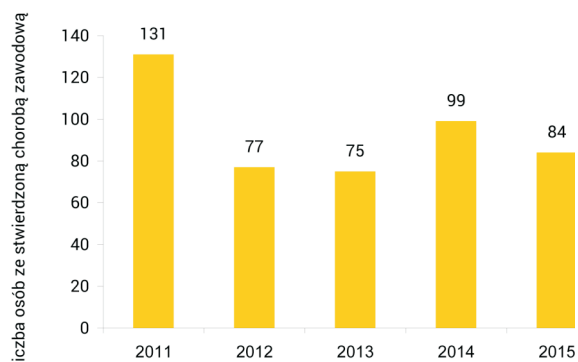
Ogółem w województwie kujawsko-pomorskim chorobę zawodową stwierdzono u 84 osób. Więcej niż jedna choroba zawodowa wystąpiła u jednej osoby (dwie jednostki chorobowe).



Struktura chorób zakaźnych i pasożytniczych w 2015 r.



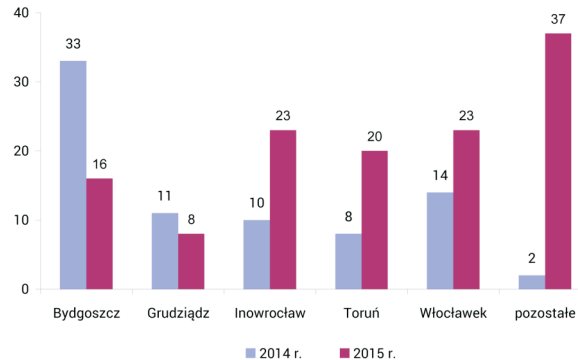
Struktura chorób zawodowych.



Liczba osób ze stwierdzoną chorobą zawodową w latach 2011-2015.

Środki zastępcze

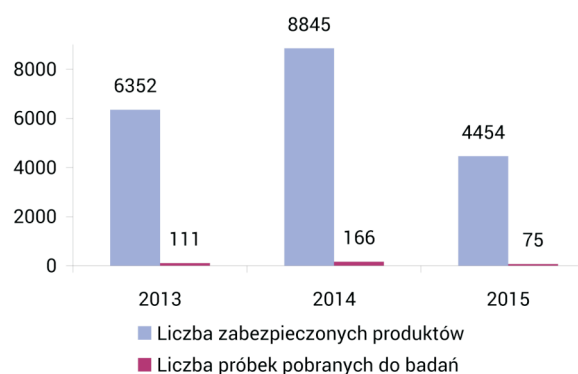
Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego w ramach nadzoru nad środkami zastępczymi w 2015 roku przeprowadzili 127 kontroli (liczba obejmuje wyłącznie działania zakończone protokołem kontroli).



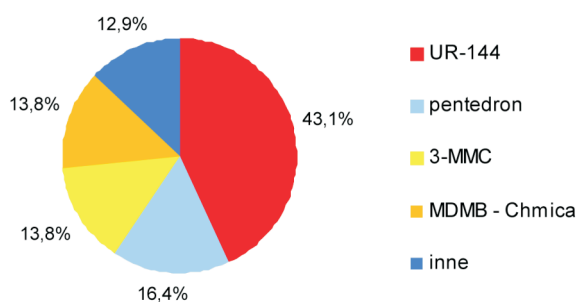
Liczba przeprowadzonych kontroli w ramach nadzoru nad środkami zastępczymi, w województwie kujawsko-pomorskim wg powiatów.

Podczas przedmiotowych kontroli zabezpieczono 4454 opakowania produktów o łącznej masie 2015,96 g, co do których zachodziło podejrzenie, że są środkami zastępczymi w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Do badań pobrano 75 próbek wyżej wymienionych produktów. W 2015 roku przebadano 116 próbek; koszt badań wyniósł 45264,00 zł. Najczęściej identyfikowanymi związkami w 2015 roku były: UR-144 oraz pentedron.

Dystrybucja środków zastępczych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2015 prowadzona była przez 13 podmiotów gospodarczych, prowadzących 49 sklepów (Bydgoszcz – cztery lokalizacje, Inowrocław – dwie lokalizacje, Grudziądz – trzy lokalizacje, Włocławek – jedna lokalizacja, Toruń – jedna lokalizacja, Radziejów – jedna lokalizacja).



Liczba zabezpieczonych produktów oraz próbek pobranych do badań.



Zidentyfikowane związki.

Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego wydali na podstawie art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej 19 decyzji (na podstawie art. 44c ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – cztery decyzje), 73 decyzje działając w oparciu o art. 27c ust. 6 ww. ustawy (cztery decyzje w oparciu o art. 44c ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz 32 decyzje na podstawie art. 52a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Łączna kwota kar pieniężnych nałożonych

w 2015 roku przez organ I instancji wyniosła 1635000 zł, z czego wyegzekwowano (za pośrednictwem komornika) 3268,88 zł (w tym koszty komornicze).

W 2015 roku Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy otrzymał 67 odwołań od decyzji Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych oraz 37 zażaleń na postanowienia organu I instancji wydane w zakresie prowadzonego nadzoru nad środkami zastępczymi. W związku z powyższym Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy wydał 72 decyzje oraz 67 postanowień.

W 2015 roku do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy wpłynęło 1529 zgłoszeń zatruc substancjami psychoaktywnymi, w tym 528 zgłoszeń dotyczyło przypadków zatruc „dopalaczami”. Najwięcej zatruc środkami zastępczymi odnotowano w grupie mężczyzn między 20 a 30 rokiem życia (188 przypadków zatruc). Najczęstszymi objawami towarzyszącymi zatruciom środkami zastępczymi były: pobudzenie psychoruchowe, agresja, halucynacje, drżenie kończyn, niepokój.

Liczba decyzji wydanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych województwa kujawsko-pomorskiego.

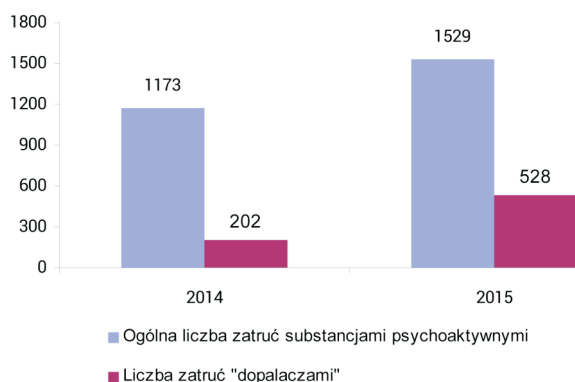
Rok	Liczba decyzji wydanych na podstawie art. 27c ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Liczba decyzji wydanych na podstawie art. 27c ust. 6 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Kwota kar pieniężnych
2013 r.	33	21	1150000
2014 r.	37	43	1672000
2015 r.	19 + 4	73 + 4	1635000

Decyzje wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, w 2015 roku, w zakresie środków zastępczych.

Decyzje PWIS w Bydgoszczy	Liczba wydanych decyzji
uchylające zaskarżoną decyzję w całości i przekazujące sprawę do ponownego rozpatrzenia przez organ I instancji	1
utrzymujące zaskarżoną decyzję w mocy	70
uchylające decyzję PWIS w Bydgoszczy	1

Liczba zatruc substancjami psychoaktywnymi w województwie kujawsko-pomorskim, w 2015 roku, według miejsca zdarzenia/hospitalizacji.

Miejsce hospitalizacji	Ogólna liczba zatruc	Liczba zatruc środkami zastępczymi
Bydgoszcz	252	116
Grudziądz	238	95
Inowrocław	549	116
Toruń	228	47
Włocławek	102	65
Inne	160	89
Razem:	1 529	528



Liczba zgłaszanych zatruc substancjami psychoaktywnymi w województwie kujawsko-pomorskim.

Wnioski

- Większość przedsiębiorstw zewidencjonowanych przez pion higieny pracy stanowiły zakłady zatrudniające do dziewięciu pracowników – 3831 zakładów.
- W 2015 roku kontrolą objęto 2246 zakładów pracy. W wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 760 decyzji administracyjnych.
- Największa liczba wydanych nakazów (842) dotyczyła stanu sanitarno-technicznego i higienicznego zakładów skontrolowanych w 2015 roku.
- Jedną z częściej kwestionowanych nieprawidłowości był brak aktualnych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy – 290 przypadków.
- Odnotowano dalszy spadek liczby zakładów pracy, w których występowało przekroczenie najwyższych dopuszczalnych stężeń/natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia (w 2014 roku – 307 zakładów, w 2015 roku – 259).
- W 2015 roku w porównaniu z rokiem 2014 liczba pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których stwierdzono przekroczenia normatywnów higienicznych, zmniejszyła się o 497 zatrudnionych.
- Od wielu lat dominującym czynnikiem szkodliwym występującym w zakładach pracy prowadzących działalność na terenie województwa kujawsko-pomorskiego jest hałas.
- Spośród zatrudnionych w warunkach przekroczeń, najwięcej osób pracowało w narażeniu na ponadnormatywny hałas (9559 pracowników).
- W 2015 roku, w porównaniu z rokiem 2014, nastąpił spadek liczby zachorowań na choroby zawodowe – o 19 przypadków.
- Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw - 33 przypadki (39% ogółu stwierdzonych chorób zawodowych).
- Systematycznie wzrasta liczba zgłaszanych podejrzeń chorób zawodowych (w 2013 roku – 183, w 2014 roku – 216, w roku 2015 – 249).
- Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego w 2015 roku przeprowadzili w zakresie środków zastępczych 127 kontroli (liczba obejmuje wyłączenia).

cznie działania zakończone protokołem kontroli).

13. W wyniku kontroli środków zastępczych zabezpieczone zostały 4454 opakowania produktów, co do których zachodziło podejrzenie, że są środkami zastępczymi w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz pobrano 75 próbek do badań.
14. Najczęściej identyfikowanymi substancjami psychoaktywnymi w 2015 roku były UR-144 oraz pentedron.
15. Kwota nałożonych kar pieniężnych przez organy I instancji województwa kujawsko-pomorskiego w 2015 roku na podmioty wprowadzające do obrotu środki zastępcze wyniosła 1635000 zł.
16. W 2015 r. odnotowano znaczny wzrost liczby zatruć środkami zastępczymi (w 2014 roku – 202 zgłoszenia, w 2015 roku – 528 zgłoszeń).
17. Najwięcej zatruć „dopalaczami” w 2015 roku odnotowano w grupie mężczyzn w wieku od 20 do 30 roku życia.
18. Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni województwa kujawsko-pomorskiego prowa-

dziłi liczne działania mające na celu profilaktykę oraz ustawiczne pogłębianie wiedzy społeczeństwa na temat szkodliwości środków zastępczych.

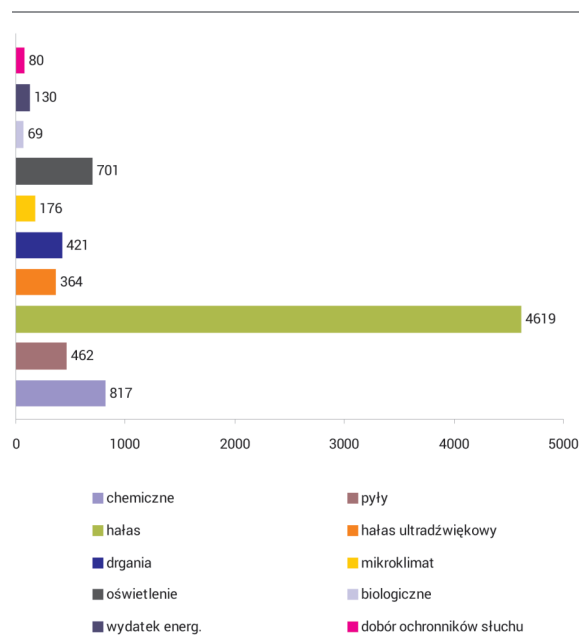


HIGIENA PRACY 2

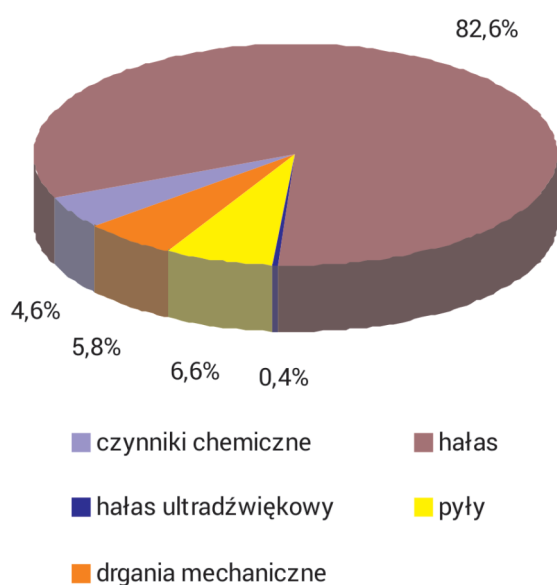


W roku 2015 wykonano 7862 oznaczeń laboratoryjnych na 2405 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe (w tym czynniki biologiczne) i uciążliwe dla zdrowia, takie jak: wydatek energetyczny, dobór ochronników słuchu, wentylacja. Wykonano 318 oznaczeń czynników chemicznych w próbkach dostarczonych przez klienta zewnętrznego. Ponadto wykonano 413 oznaczenia w 23 punktach pomiarowych w celu oceny zagrożeń czynnikami chemicznymi w powietrzu pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi.

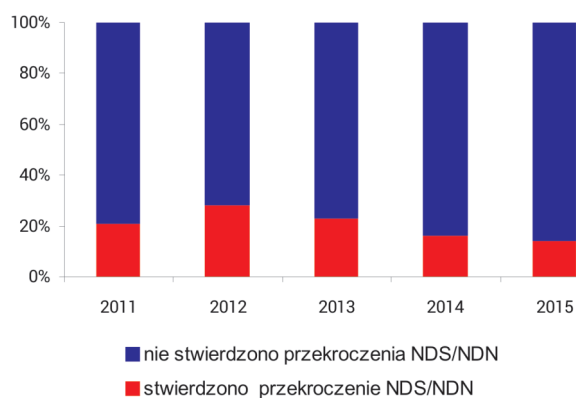
W minionym roku najwięcej przekroczeń NDS i NDN (najwyższych dopuszczalnych stężeń



Oznaczenia wykonane na stanowiskach pracy w 2015 roku.



Udział przekroczeń NDS i NDN.

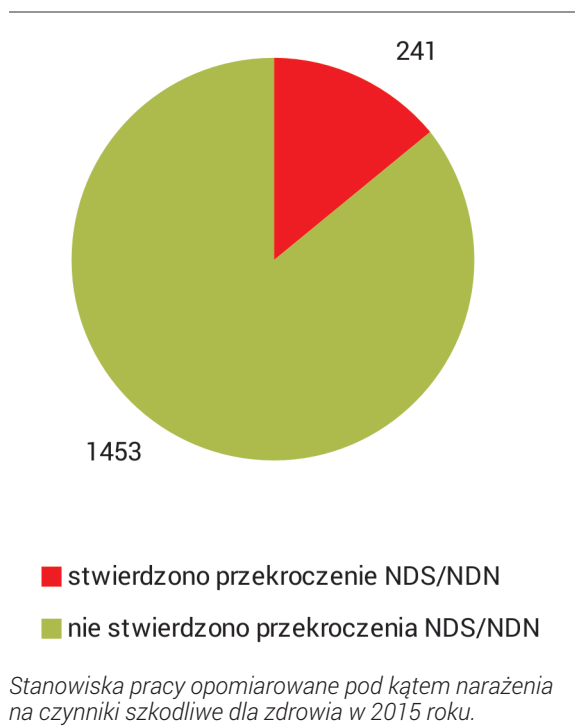


Udział przekroczeń NDS/NDN na stanowiskach pracy w latach 2011 – 2015.

i natężeń) czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono dla hałasu, czynników chemicznych, drgań mechanicznych oraz zapylenia.

Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia

W roku 2015 wykonano 6707 oznaczeń laboratoryjnych na 1694 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na chemiczne i fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia. W wyniku przeprowadzonej oceny zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia na stanowiskach pracy stwierdzono wystąpienie przekroczeń obowiązujących normatywów na 241 stanowiskach pracy, co stanowi 14,2% objętych pomiarami stanowisk pracy.

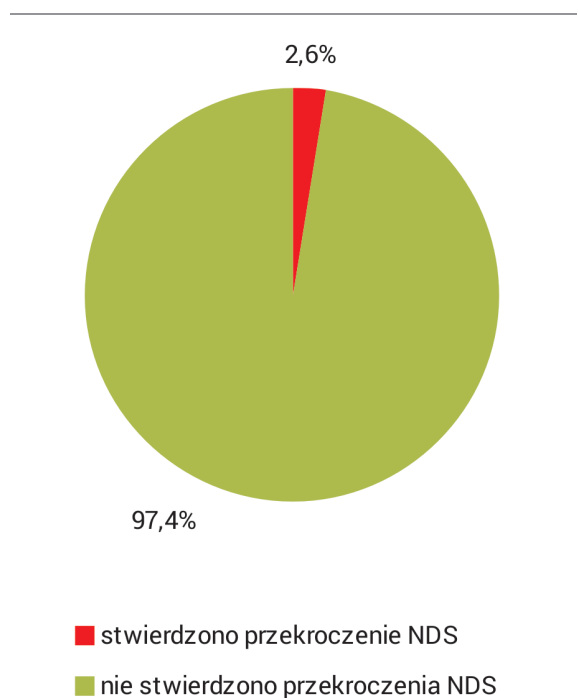


Przekroczenie najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) stwierdzono na 11 z 423 stanowisk pracy, na których pracownicy byli narażeni na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia.

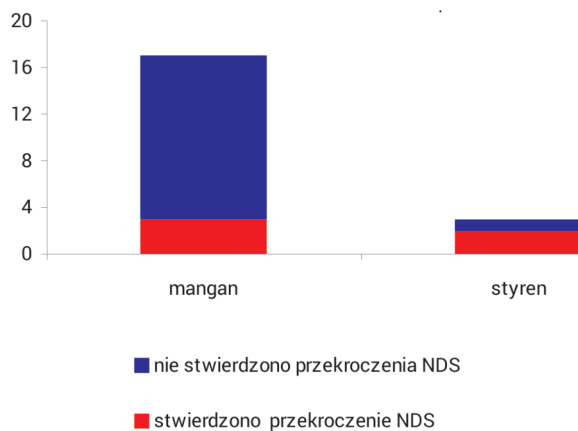
W 2014 roku normatyw higieniczny (NDS) najczęściej przekroczony był dla formaldehydu, ksyleny, benzenu, styrenu i siarkowodoru, natomiast w roku 2015 przekroczenie normatywu hi-

gienicznego najczęściej stwierdzono dla manganu i styrenu. Na stanowiskach, na których pracownicy narażeni byli na te czynniki, przekroczenie NDS dla manganu zarejestrowano na trzech z 17 stanowisk pracy (18%) i na dwóch z trzech stanowisk dla styrenu (67%).

Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia

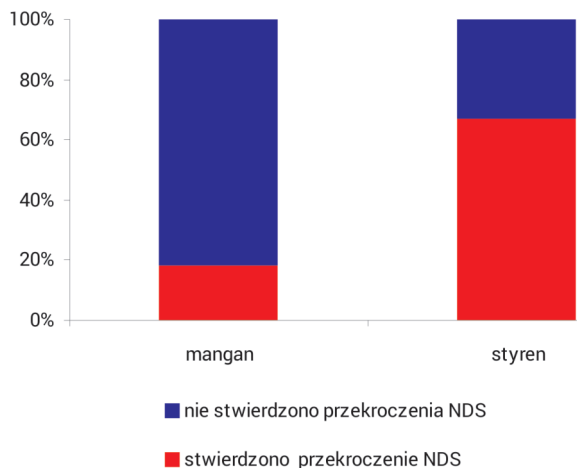


Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem narażenia na chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2015 roku.

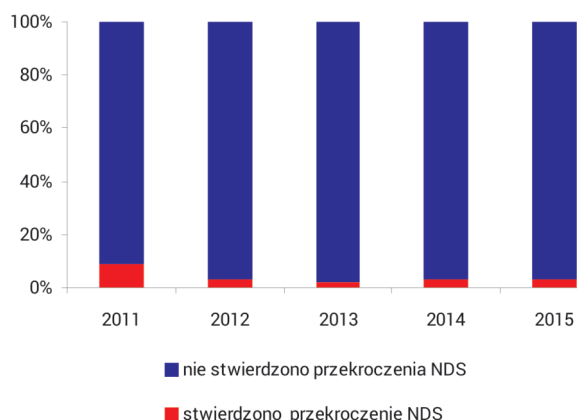


Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na wybrane chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2015 roku.

(NDN) wystąpiły na 230 z 1271 opomiarowanych stanowiskach pracy, co stanowi 18,1% stanowisk pracy, na których wykonano pomiary.

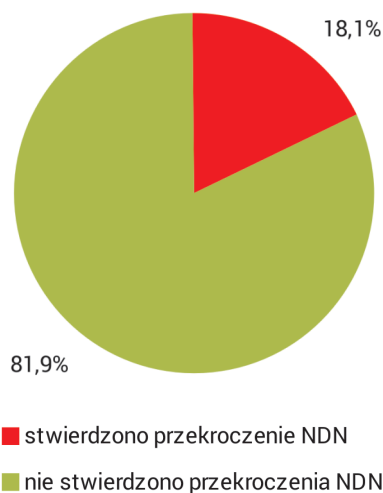


Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na wybrane chemiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2015 roku.

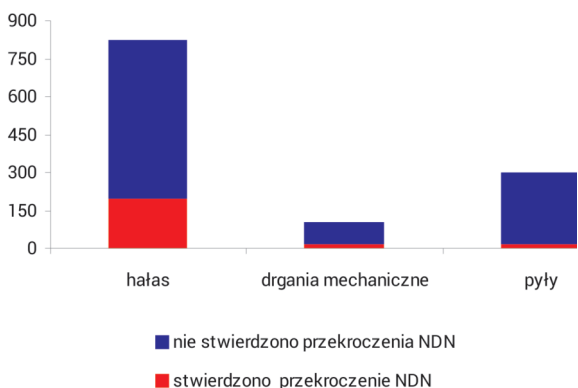


Udział przekroczeń NDS na stanowiskach pracy dla czynników chemicznych w latach 2011–2015.

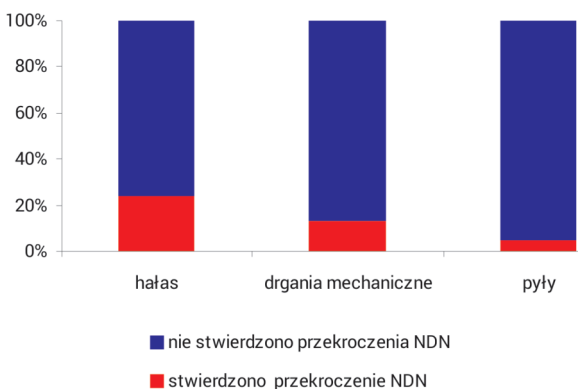
W 2015 roku stwierdzone przekroczenia najwyższych dopuszczalnych natężeń najczęściej dotyczyły hałasu, drgań mechanicznych i pyłów. Przekroczenie NDN dla hałasu stwierdzono na 199 (24,2%) stanowiskach z 822 poddanych ocenie w tym zakresie, dla drgań mechanicznych na 14 (13,2%) ze 106 stanowisk pracy, na których pracownicy narażeni byli na ten czynnik, zaś dla pyłów na 16 (5,4%) stanowiskach z 299 poddanych ocenie w tym zakresie.



Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2015 roku.

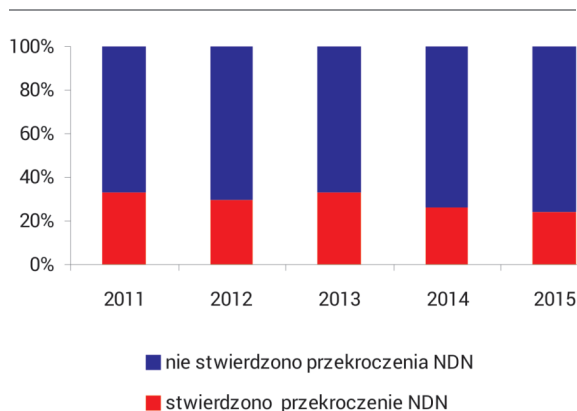


Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na wybrane fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2015 roku.



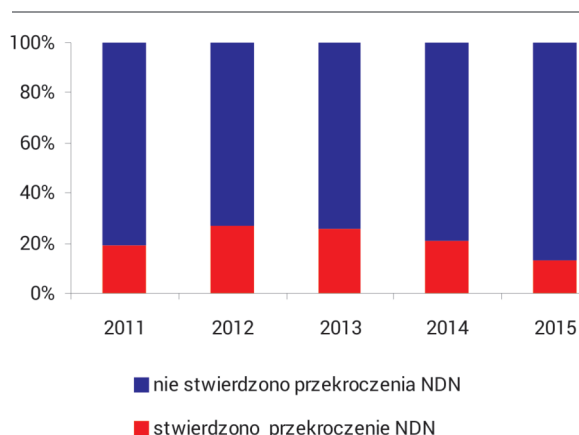
Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w 2015 roku.

Dane dotyczące stwierdzonych przekroczeń NDN dla hałasu oraz drgań mechanicznych na stanowiskach pracy w latach 2011 – 2015 przedstawiono na kolejnych wykresach.



Udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla hałasu w latach 2011–2015.

W 2015 roku przeprowadzono pomiary, między innymi, w zakładach kartonowych, papierniczych, wodociągów i kanalizacji, usług komunalnych. Na kilku opomiarowanych stanowiskach



Udział przekroczeń NDN na stanowiskach pracy dla drgań mechanicznych w latach 2011–2015.

pracy pod kątem zagrożeń szkodliwymi dla zdrowia czynnikami biologicznymi zidentyfikowano bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego. Nie zidentyfikowano bakterii należących do klas wyższych. Rodzaje zidentyfikowanych bakterii należących do drugiej grupy zagrożenia biologicznego w powietrzu na stanowiskach pracy przedstawia tabela.

Zidentyfikowane bakterie należące do drugiej grupy zagrożenia biologicznego.

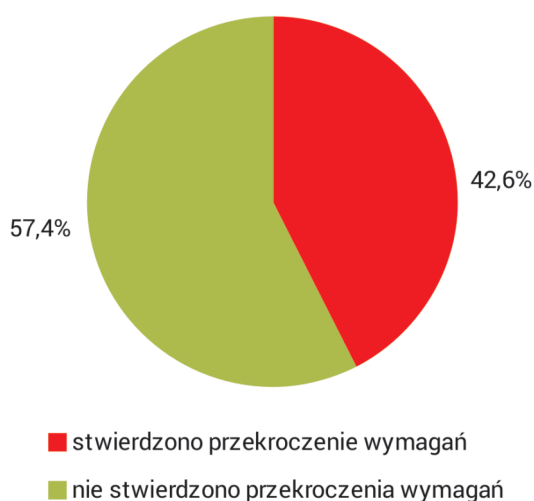
Bakterie zidentyfikowane	Skontrolowane zakłady pracy				
	zakłady kartonowe	zakłady papierowe	zakłady wodociągów i kanalizacji	zakłady usług komunalnych	ferma
1	2	3	4	5	6
Pseudomonas spp.		+			
Corynebacterium minutissimum		+			
Klebsiella pneumoniae		+			
Bacillus spp.	+	+			
Corynebacterium macginleyi		+			
Enterobacter spp.		+			
Pantoea agglomerans		+			
Pantoea spp.		+			
Bacillus spp.		+			+
Enterobacter aerogenes		+			
Brevibacterium linens		+			
Actinomyces europaeus		+			
Pseudomonas aeruginosa		+			
Enterococcus casseliflavus		+			
Corynebacterium afermentans		+			
Corynebacterium spp.		+	+		
Pantoea spp.		+			
Streptococcus spp.			+	+	

Providencia rettgeri				+	
Enterobacter cloaceae				+	
Enterococcus faecalis				+	
Enterococcus casseliflavus				+	
Acinetobacter spp.	+				
Brevibacterium linens	+				
Staphylococcus aureus	+				
Pantoea agglomerans	+				
Alcaligenes faecalis					+
Salmonella Enteritidis					+
Enterococcus faecium					+

Klasyfikacji bakterii dokonano na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.04.2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81 poz. 716 z późn. zm.).

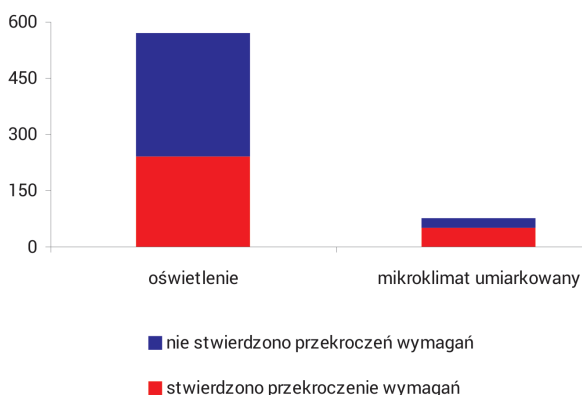
Narażenie na czynniki uciążliwe dla zdrowia

W 2015 r. wykonano 1086 oznaczeń laboratoryjnych na 692 stanowiskach pracy w celu oceny narażenia zawodowego na czynniki uciążliwe dla zdrowia. Niespełnienie wymagań w zakresie czynników uciążliwych dla zdrowia stwierdzono na 295 (42,6%) stanowiskach pracy poddanych ocenie w tym zakresie. Dotyczyło ono dwóch czynników: oświetlenia oraz mikroklimatu

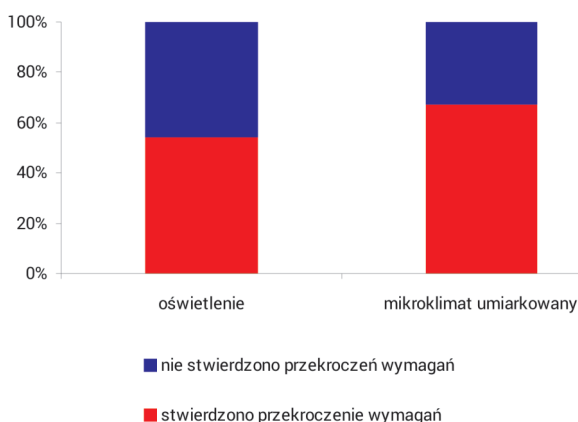


Stanowiska pracy opomiarowane pod kątem oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2015 roku.

umiarkowanego. Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzestrzegającym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych.



Stanowiska pracy opomiarowane w celu oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2015 roku.



Udział przekroczeń na stanowiskach pracy opomiarowanych pod kątem oceny narażenia na czynniki uciążliwe dla zdrowia w 2015 roku.

Wnioski

1. W 2015 roku na 14,2% poddanych ocenie narażenia stanowiskach pracy, pracownicy narażeni byli na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia w stężeniach/natężeniach przekraczających normatywy higieniczne (NDS/NDN).
2. W 2015 roku, podobnie jak w latach poprzednich, hałas obok drgań mechanicznych i zapylenia jest najczęściej występującym zagrożeniem na stanowiskach pracy.
3. W roku 2016 zakres realizacji badań powinien być w znacznym stopniu ukierunkowany na ocenę stanu zagrożeń szkodliwymi czynnikami dla zdrowia, takimi jak hałas, drgania mechaniczne oraz zapylenie.
4. Większość stanowisk pracy, na których stwierdzono przekroczenie NDN, wskazuje na konieczność wzmocnienia działań prewencyjnych mających na celu ograniczenie negatywnego wpływu fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia.
5. Znacząca ilość stanowisk, na których stwierdzono występowanie drobnoustrojów należących do drugiej grupy zagrożenia biologicznego, wskazuje na konieczność wzmocnienia działań prewencyjno-oświatowych oraz monitorowania stanu zagrożenia czynnikami biologicznymi na stanowiskach pracy.
6. Zapewnienie właściwych warunków środowiska termicznego oraz oświetlenia na stanowiskach pracy jest wymaganiem w znacznym stopniu nieprzeznaczanym przez pracodawców w zakresie uciążliwości zawodowych.
7. Obserwowana w latach 2011–2015 dynamika zmian dotycząca profilu narażenia na hałas i drgania mechaniczne na stanowiskach pracy wskazuje na umiarkowaną skuteczność dotychczas podejmowanych działań w zakresie ich redukcji.



HIGIENA RADIACYJNA

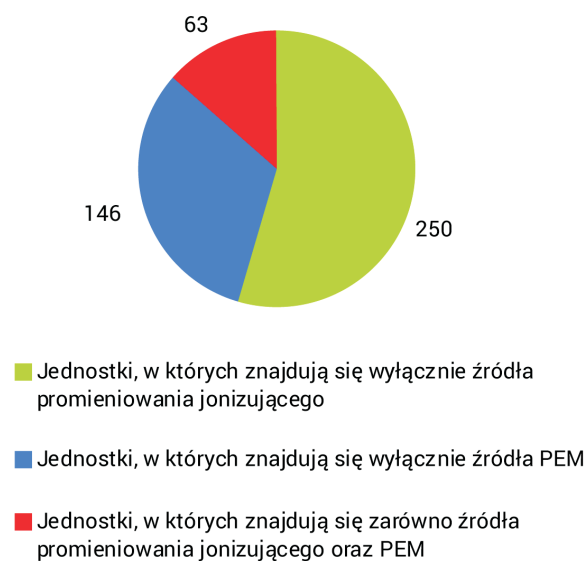


Ochrona przed promieniowaniem jonizującym

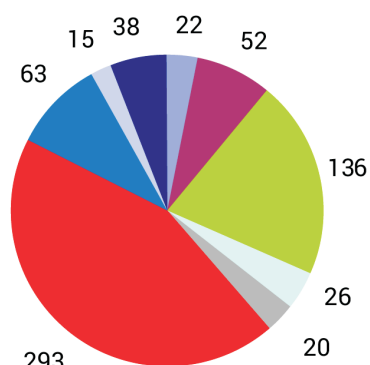
Ochrona radiologiczna personelu

Na podstawie prowadzonych przez Oddział Higieny Radiacyjnej WSSE w Bydgoszczy czynności kontrolnych i wykonanych w ramach nadzoru pomiarów dozymetrycznych można stwierdzić, że stan ochrony radiologicznej pracowników w zakładach użytkujących aparaty rtg do celów medycznych w 2015 roku nie budził zastrzeżeń. Nadzorem objęto w minionym roku 313 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano ponad 660 aparatów rtg. W województwie kujawsko-pomorskim w 2015 r. liczba pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie

jonizujące, objętych pomiarem dawki indywidualnej, wynosiła około 2300 osób. Pracownicy stosowali odpowiednie ochrony osobiste oraz przestrzegali pozostałych wymogów ochrony radiologicznej. W roku sprawozdawczym na terenie na-



Liczba jednostek znajdujących się pod nadzorem Oddziału Higieny Radiacyjnej.

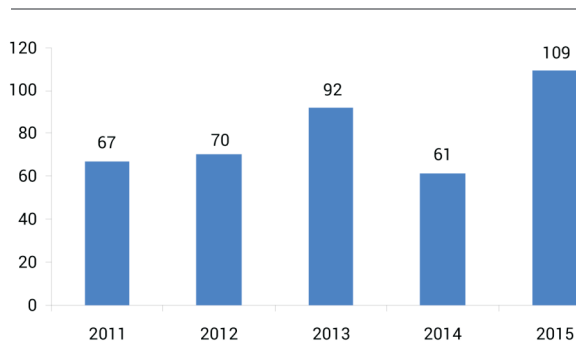


- aparaty do badań naczyniowych - 22
- aparaty do prześwietleń - 52
- aparaty do zdjęć - 136
- aparaty do zdjęć i prześwietleń - 26
- mammografy - 20
- aparaty stomatologiczne wewnątrzustne - 293
- aparaty stomatologiczne panoramiczne - 63
- densytometry - 15
- tomografy komputerowe - 38

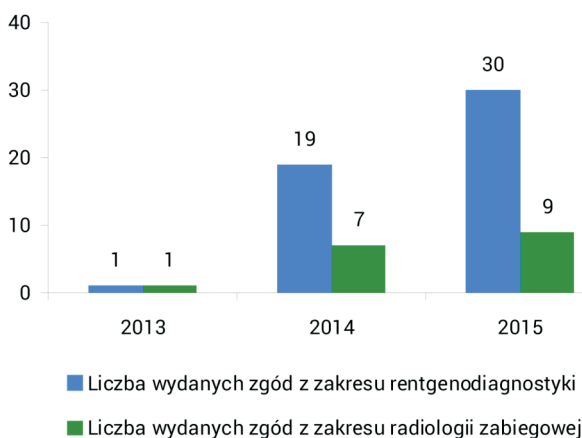
Liczba i rodzaj aparatury rentgenowskiej.

szego województwa nie zanotowano przekroczeń dopuszczalnych limitów dawek.

W stosunku do osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące większość zakładów opieki zdrowotnej dopełniała obowiązków związanych z dozymetrią indywidualną (pomiar dawki na całe ciało oraz na skórę dłoni) oraz rozszerzoną opieką lekarską (badania wstępne i okresowe) pracowników.



Liczba wydanych zezwoleń na aparaty rtg w latach 2011-2015.



Liczba wydanych zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych oraz radiologii zabiegowej w latach 2013-2015.

Ochrona radiologiczna pracowników

W 2015 roku w trakcie czynności nadzorowych nad zakładami opieki zdrowotnej dużą wagę przykładano do oceny stanu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez kontrolę i ocenę między

innymi:

- wykonania testów eksploatacyjnych przy aparatach rtg,
- wyników testów eksploatacyjnych aparatów rtg pod kątem spełniania przez te aparaty kryteriów jakości parametrów technicznych określonych w aktach prawnych,
- stanu wdrożenia systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce w zakresie zarówno zgodności opracowania dokumentacji systemu z przepisami prawnymi, jak i zakresu oraz właściwego wykonywania testów wewnętrznych,
- opracowania i wdrożenia roboczych medycznych procedur radiologicznych,
- wiedzy personelu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, w tym dopełnienia obowiązku przejścia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta,
- stosowania prawidłowych wzorów skierowań na badanie rtg,
- obowiązku rejestracji fizycznych parametrów ekspozycji,
- posiadania odpowiedniej liczby środków ochrony osobistej dla pacjentów.

Wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydawaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego.

Na przełomie ostatnich lat działalność kontrolno-nadzorowa Oddziału Higieny Radiacyjnej przyczyniła się w znacznym stopniu do wymiany przestarzałej lub wyeksploatowanej aparatury rtg na sprzęt nowy, a tym samym do znacznego poprawienia jakości rentgenodiagnostyki medycznej i ochrony radiologicznej pacjentów. Proces wymiany sprzętu rentgenodiagnostycznego na nowy, odpowiadający wymogom przepisów unijnych, w dalszym ciągu postępuje. Powinien być on kontynuowany w latach kolejnych, co będzie podlegało ścisłemu monitoringowi ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

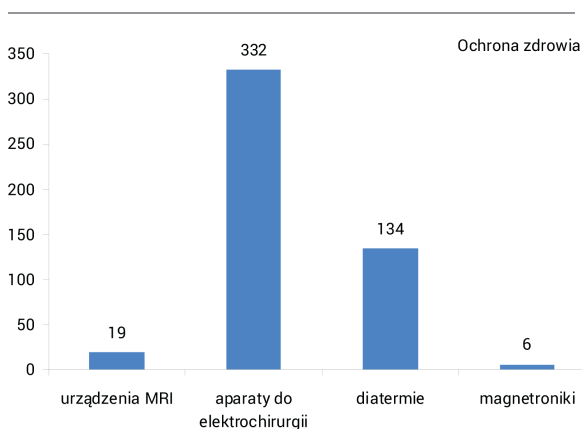
Ochrona przed promieniowaniem elektromagnetycznym z zakresu 0-300 GHz

Ochrona personelu przed polami elektromagnetycznymi

W 2015 roku nadzorem objętych było 209 jednostek organizacyjnych, w których użytkowano ponad 750 urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne oraz ponad 460 instalacji radiokomunikacyjnych, w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. W narażeniu na pole elektromagnetyczne pracowało około 2970 osób, przy instalacjach radiokomunikacyjnych było zatrudnionych około 400 osób.

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2015 r. w zakładach użytkujących urządzenia wytwarzające promieniowanie elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości można stwierdzić, że badania okresowe pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie elektromagnetyczne były przeprowadzane terminowo.

wo. Podobnie szkolenia w zakresie BHP przy stosowaniu urządzeń wysokiej częstotliwości były przeprowadzane systematycznie i w pełnym zakresie. Występowały natomiast przypadki niedotrzymywania przez użytkowników urządzeń wysokiej częstotliwości terminów przeprowadzania badań rozkładu pola elektromagnetycznego



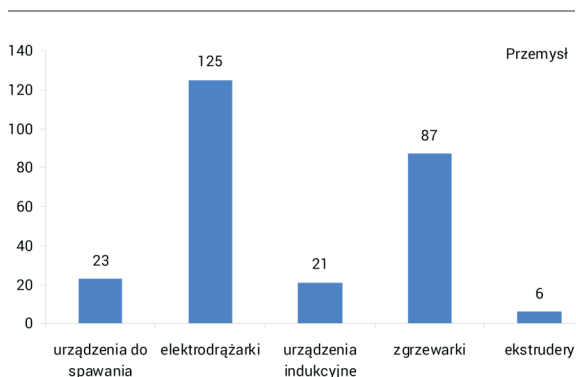
Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w ochronie zdrowia.

Liczba osób narażonych na działanie promieniowania niejonizującego.

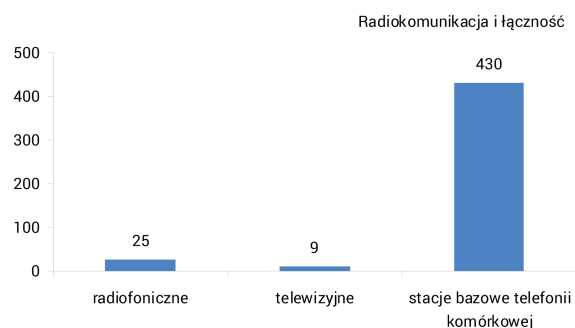
Dziedzina zastosowań	Urządzenia i instalacje	Liczba osób	Wskaźnik ekspozycji *		
			W < 0,5	0,5 ≤ W ≤ 1	W > 1
Ochrona zdrowia	urządzenia MRI	180	0	180	0
	aparaty do elektrochirurgii	2096	697	1399	0
	diatermie	454	348	106	0
	inne				
Przemysł	urządzenia do spawania	42	40	2	0
	elektrodrażarki	22	22	0	0
	urządzenia indukcyjne	62	62	0	0
	zgrzewarki	77	48	29	0
	inne	18	18	0	0
Radiokomunikacja i łączność	radiofoniczne	23	7	16	0
	telewizyjne				
	inne	380	380	0	0
Nauka	spektrometry EPR, NMR	0	0	0	0
	inne	3	3	0	0

*) Natężenie czynnika szkodliwego dla zdrowia stwierdzone w trakcie ostatniego pomiaru.

wokół tych urządzeń. W odniesieniu do zakładów stosujących urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0-300 GHz, wszystkie stwierdzone podczas kontroli uchybienia skutkowały wydawaniem decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w trybie określonym dla postępowania administracyjnego, nie dłuższym niż okres jednego miesiąca.



Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w przemyśle.



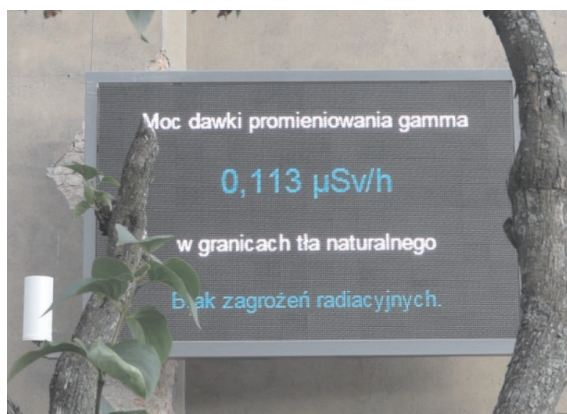
Urządzenia i instalacje wytwarzające pole elektromagnetyczne stosowane w radiokomunikacji i łączności.

Ochrona ludności przed polami elektromagnetycznymi

W odniesieniu do ludności i środowiska nadzór radiacyjny realizowany był przede wszystkim w aspekcie oddziaływania na środowisko urządzeń energetycznych i radiokomunikacyjnych, w tym stacji bazowych telefonii komórkowej. Nadzór ten realizowano poprzez działania interwencyjne, prowadzenie baz danych oraz ocenę poprawności wykonywania pomiarów pól elektro-

magnetycznych w środowisku.

Stan ochrony radiologicznej pracowników jak i ludności przed promieniowaniem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości z zakresu 0 do 300 GHz można uznać za bardzo dobry.



Badania rozkładu pola elektromagnetycznego - PEM

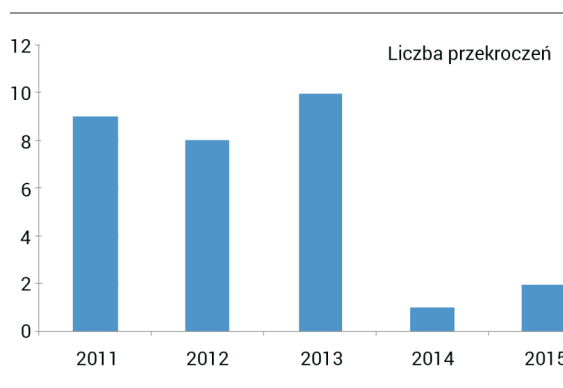
Pola elektromagnetyczne są jednym z czynników, których wpływ na środowisko szybko i stale rośnie. Z powodu ciągłego postępu technologicznego poziom natężenia pól elektromagnetycznych w środowisku będzie wzrastał nadal. Rozprzestrzenia się również niepokój i spekulacje na temat szkodliwości działania pola elektromagnetycznego na zdrowie człowieka.

Prowadzone badania wpływu pól elektromagnetycznych nie dały do tej pory jednoznacznej odpowiedzi, jaki poziom natężenia tych pól jest bezpieczny dla zdrowia. Międzynarodowa Agencja Badań nad Nowotworami (International Agency for Research on Cancer) zakwalifikowała w roku 2002 pole magnetyczne niskiej częstotliwości, a w 2013 roku pole elektromagnetyczne częstotliwości radiowych, do grupy 2B: substancji możliwie rakotwórczych dla człowieka.

W celu zapewnienia, że występujące narażenie na pole elektromagnetyczne pozostaje na bezpiecznym, zgodnym z przepisami poziomie, w roku 2015 prowadzone były pomiary pola elektromagnetycznego w środowisku ogólnym i środowisku pracy. W badaniach środowiska ogólnego nie stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych poziomów pola elektromagnetycznego w miejscach przebywania ogółu ludności, a w środowisku pracy przekroczenie wystąpiło przy dwóch urządzeniach medycznych.

W 2015 roku na wniosek mieszkańców wykonano badania w 4 lokalizacjach. W trzech przypadkach wnioski dotyczyły obaw mieszkańców w związku z usytuowaniem stacji bazowych telefonii komórkowych, a w jednym wniosek dotyczył bliżej niesprecyzowanego zagrożenia. W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono przekroczeń granicznych poziomów natężenia pola elektromagnetycznego.

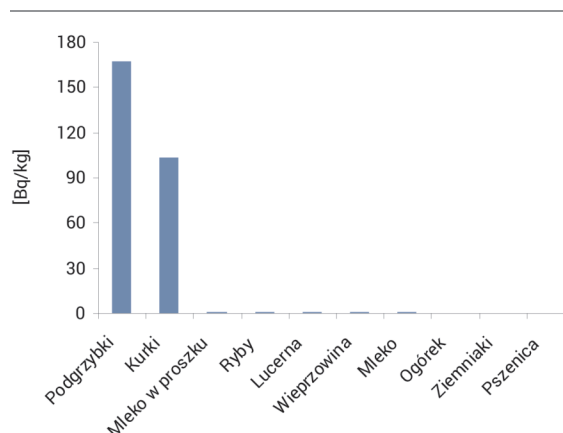
W 2015 roku wykonano badania przy 267 urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne w środowisku pracy. Dzięki systematycznym pomiarom i kontrolom liczba przekroczeń na stanowiskach pracy w ostatnich latach pozostaje na niskim poziomie.



Badania skażeń promieniotwórczych żywności, wody pitnej i paszy

Sytuacja radiacyjna kraju jest stale monitorowana przez systemy pomiaru skażeń promieniotwórczych. Istotnym elementem tego monitoringu w województwie jest Placówka podstawowa prowadząca pomiary skażeń promieniotwórczych. Placówka monitoruje stężenie promieniotwórcze izotopów Cs-137 (cez-137) i Sr-90 (strontu-90) w wodzie, żywności i paszach.

W 2015 roku oznaczono stężenie izotopów promieniotwórczych Cs-137 w 84 próbkach i Sr-90 w trzech próbkach. Dla izotopów Cs-137 wyniki poniżej dolnej granicy oznaczalności $<0,2$ Bq/kg zarejestrowano dla 53 próbek. Dla izotopów Sr-90 wyniki poniżej dolnej granicy oznaczalności zarejestrowano dla wszystkich trzech próbek.



Maksymalne zarejestrowane stężenie promieniotwórcze Cs-137 w próbkach żywności.

Rodzaj próbek	Stężenie promieniotwórcze Cs-137 [Bq/kg]	Odniesienie do wartości interwencyjnych [%]
Podgrzybki	167,49	13,40%
Kurki	103,63	8,29%
Mleko w proszku	1,06	0,27%
Ryby	0,62	0,05%
Lucerna	0,59	0,05%
Wieprzowina	0,50	0,04%
Mleko	0,48	0,05%
Ogórek	0,35	0,03%
Ziemniaki	0,26	0,02%
Pszenica	0,26	0,02%
Woda	< 0,02	-
Drób	< 0,02	-
Jaja	< 0,02	-
Jabłka	< 0,02	-
Porzeczka	< 0,02	-
Kapusta	< 0,02	-
Marchew	< 0,02	-

W powyższej tabeli oraz na poprzednim wykresie przedstawiono maksymalne zarejestrowane poziomy stężenia Cs-137 dla poszczególnych produktów z odniesieniem do wartości interwencyjnych dla danego rodzaju produktu.

W 2015 roku prowadzony był również monitoring całodobowy mocy dawki promieniowania gamma w Bydgoszczy i Włocławku. W ramach tego monitoringu prowadzone były automatyczne pomiary przestrzennej mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu oraz rejestr spektrum promieniowania w celu identyfikacji izotopów promieniotwórczych mających wkład w rejestrowany poziom promieniowania. Wyniki mocy dawki prezentowane były na ogólnodostępnych dla ludności tablicach. Rejestrowane poziomy mocy dawki pozostawały na bezpiecznym poziomie i oscylowały w granicach naturalnego tła od 0,105 do 0,116 $\mu\text{Sv/h}$.

Zdarzenia radiacyjne

Oddział Badań Radiacyjnych przygotowany jest również do reagowania w sytuacjach

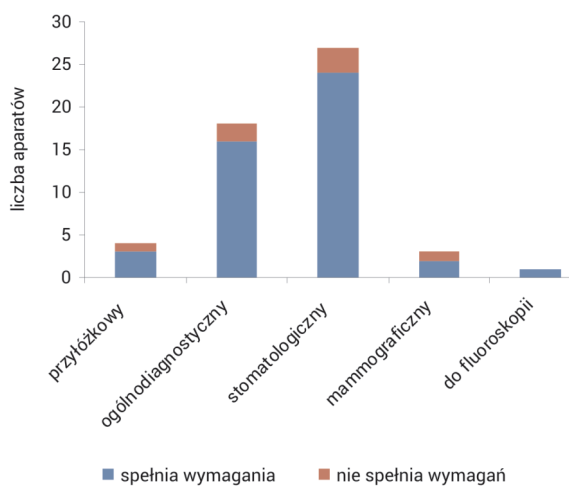
kryzysowych i ma możliwości pomiarowe w zakresie wykrywania i identyfikacji skażeń promieniotwórczych. W sytuacjach awaryjnych współpracuje ściśle z Wojewódzkim Centrum Zarządzania Kryzysowego. W 2015 roku na terenie województwa nie wystąpiły zdarzenia radiacyjne.

Kontrola jakości medycznych aparatów rentgenowskich oraz badanie dawki dla pacjenta

Zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi oraz polskimi przepisami istotnym elementem ochrony radiologicznej pacjenta jest jakość obrazowania. Do oceny spełnienia wymagań stosuje się szereg testów specjalistycznych kontroli jakości przy aparatach rentgenowskich stosowanych w diagnostyce w służbie zdrowia. W 2015 roku wykonano testy specjalistyczne dla 53 aparatów rentgenowskich, z czego siedem aparatów nie spełniło wymagań; musiały one zostać poddane naprawie lub likwidacji.

W tabeli i na wykresie przedstawiono liczbę kontrolowanych aparatów z podziałem na ro-

Rodzaj aparatu rtg	Liczba skontrolowanych aparatów	Liczba aparatów niespełniających wymagań
przyłóżkowy	4	1
ogólnodiagnostyczny	18	2
stomatologiczny	27	3
mammograficzny	3	1
do fluoroskopii	1	0



dzaj aparatu i liczbę aparatów niespełniających wymagań.

Jednym z ważnych elementów ochrony pacjenta, chociaż nie we wszystkich przypadkach wymaganych prawem, jest rejestrowanie otrzymanych dawek podczas zdjęć. W maju 2015 roku, na Konferencji z zakresu detekcji promieniowania jonizującego oraz kontroli jakości w rentgendiagnostyce, radioterapii i medycynie nuklearnej w Klimkowie, zaprezentowane zostały wyniki badań prowadzonych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Bydgoszczy: „Dawki promieniowania otrzymywane przez dzieci podczas wykonywania zdjęć rentgenowskich”. Omawiano przyczyny przekraczania dawek referencyjnych podczas wykonywania zdjęć pediatrycznych, takie jak nierejestrowanie dawek przez jednostki wykonujące zdjęcia rtg, nieprowadzenie analizy dawek w jednostkach służby zdrowia, brak auditów klinicznych w zakresie dozymetrii, a także wpływ cyfryzacji na zwiększenie otrzymywanych dawek przez pacjentów.



NADZÓR ZAPOBIEGAWCZY



Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej z zakresu zdrowia publicznego należy także eliminowanie nieprawidłowości natury sanitarnej już na etapie planowania, projektowania, realizacji i dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych. Zadania te realizowane były w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez następujące działania.

1. Zajmowanie stanowiska w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla projektów: miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, strategii rozwoju regionalnego, polityk, planów i programów w dziedzinie przemysłu, energetyki, transportu, telekomunikacji, gospodarki wodnej, odpadami, leśnictwa, rolnictwa, rybactwa, turystyki i wykorzystywania terenu, wyznaczających ramy dla późniejszej realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko, a także zajmowanie stanowiska w kwestii oceny oddziaływania przedsięwzięć na środowisko.
2. Uzgadnianie dokumentacji projektowej inwestycji, w szczególności projektów budowlanych projektów tworzenia stref przemysłowych.
3. Udzielanie zgody na odstępstwa od warunków technicznych i ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie ustalonych przepisami szczególnymi, a także na zastosowanie nowej technologii uzdatniania wody.
4. Udział w procedurach dopuszczania do

użytkowania obiektów budowlanych.

5. Wydawanie opinii w sprawach przedsięwzięć wspomaganych ze środków Unii Europejskiej.

Zadania z tym związane wykonywali właściwi Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarnej, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz rzeczoznawcy ds. sanitarnohigienicznych posiadający odpowiednie uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Z tego zakresu w 2015 roku wydane zostało ogółem 8726 opinii, co jest wartością wyższą o około 7% w stosunku do roku 2014.



Liczba opinii wydanych w latach 2006-2015.

Znaczącą liczbę ogółem wydanych opinii stanowiły stanowiska zajęte w ramach procedury oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko – 1005. W 2015 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko wydały ogółem 626 opinii. W zakresie projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz



Odsetek i rodzaje opinii wydanych w 2015 roku.

studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w minionym roku 444 razy zajęły stanowisko w trybie ustawy o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym. W procesie inwestycyjnym przedsięwzięć organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa uzgadniały projekty budowlane; z tego zakresu wydano 1871 takich uzgodnień.

Znaczącą pozycją w działalności nadzoru zapobiegawczego były decyzje wyrażające zgodę na odstępstwa od warunków technicznych i wymagań dotyczących ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy odnoszących się do usytuowania pomieszczeń na pobyt ludzi, znajdujących się poniżej poziomu terenu, o zaniżonej wysokości lub oświetlonych wyłącznie światłem sztucznym. Kompetencje z tego zakresu spraw należały do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy, który w minionym roku wydał 183 takie zgody. Decyzje te wydawane były w porozumieniu i po uzyskaniu opinii Okręgowego Inspektora Pracy w Bydgoszczy. Ponadto w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyli w przekazywaniu obiek-

tów do użytkowania, w sprawie których wydano łącznie 1184 opinie.

Wnioski

W porównaniu z latami ubiegłymi zauważalna była niewielka tendencja rosnąca ogólnej liczby prowadzonych spraw, co mogło wynikać z sytuacji gospodarczej w kraju – zwiększającej się liczby przedsięwzięć inwestycyjnych. Pomimo, że wzrost ten w porównaniu z minionym rokiem był niewielki, to może on jednak świadczyć o powolnej stabilizacji w tym zakresie.

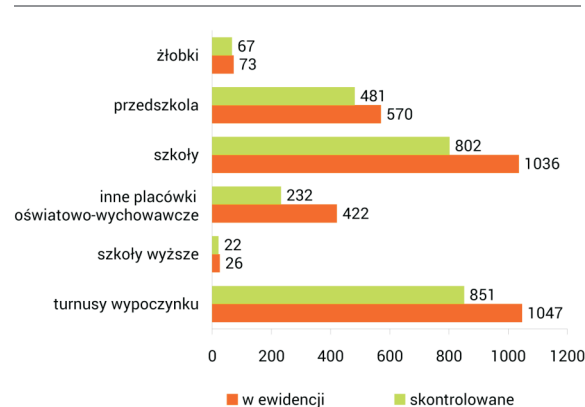
HIGIENA DZIECI I MŁODZIEŻY



Warunki sanitarno-higieniczne w szkołach i innych placówkach oświatowo- wychowawczych w 2015 roku

Środowisko dzieci i młodzieży jest przedmiotem szczególnej uwagi w zakresie ochrony zdrowia publicznego. W związku z tym działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej ukierunkowana była na poprawę stanu sanitarno-higienicznego miejsc nauki, pobytu, wypoczynku i rekreacji. Prowadzono wspólne kontrole z pracownikami innych pionów w celu kompleksowej oceny placówek nauczania, wychowania i wypoczynku. Bieżący nadzór sanitarny obejmował kontrole przestrzegania przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny, spełnienia wymagań przez urządzenia i sprzęt stanowiące wyposażenie placówek, a także ocenę higieny procesów nauczania. W trakcie kontroli dokonywano oceny stanu sanitarnego budynków, sal lekcyjnych i pracowni szkolnych, pomieszczeń sportowych, sanitarnych oraz ciągów komunikacyjnych i terenu wokół placówek. W 2015 roku państwowi inspektorzy sanitarni w województwie kujawsko-pomorskim objęli nadzorem 2127 stałych placówek oświatowo-wychowawczych i 1047 turnusów wypoczynku. Kontroli poddano 2455 placówek.

Ocenę stanu sanitarnego nadzorowa-



Liczba placówek pod nadzorem w 2015 r.

Liczba placówek pod nadzorem stacji sanitarno-epidemiologicznych w 2015 roku.

Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna	Placówki oświatowo-wychowawcze			Turnusy wypoczynku		
	w ewidencji	skontrolowane	liczba dzieci i młodzieży	w ewidencji	skontrolowane	liczba uczestników
PSSE w Aleksandrowie Kujawskim	46	42	5 785	14	8	162
PSSE w Brodnicy	73	73	11 241	70	68	3 203
PSSE w Bydgoszczy	366	321	105 232	223	218	7 930
PSSE w Chełmnie	47	47	6 650	15	13	379
PSSE w Golubiu-Dobrzyniu	46	46	5 639	9	9	393
PSSE w Grudziądzu	122	107	22 035	20	18	668

PSSE w Inowrocławiu	144	122	22 113	62	61	2 259
PSSE w Lipnie	75	71	8 933	13	14	506
PSSE w Mogilnie	45	41	5 762	40	31	1 157
PSSE w Nakle nad Notecią	117	47	9 088	22	16	754
PSSE w Radziejowie	31	30	4 645	3	3	103
PSSE w Rypinie	44	44	5 390	9	9	194
PSSE w Sępólnie Krajeńskim	44	43	5 672	25	24	789
PSSE w Świeciu	92	48	5 852	76	59	2 656
PSSE w Toruniu	332	143	29 527	152	86	2 697
PSSE w Tucholi	66	66	11 424	133	82	2 998
PSSE w Wąprzeźnie	35	35	4 296	13	13	543
PSSE we Włocławku	169	162	33 419	55	48	2 567
PSSE w Żninie	62	62	9 197	93	71	4 206
WSSE w Bydgoszczy	171	54	14 187	0	0	0
RAZEM	2 127	1 604	326 087	1 047	851	34 164

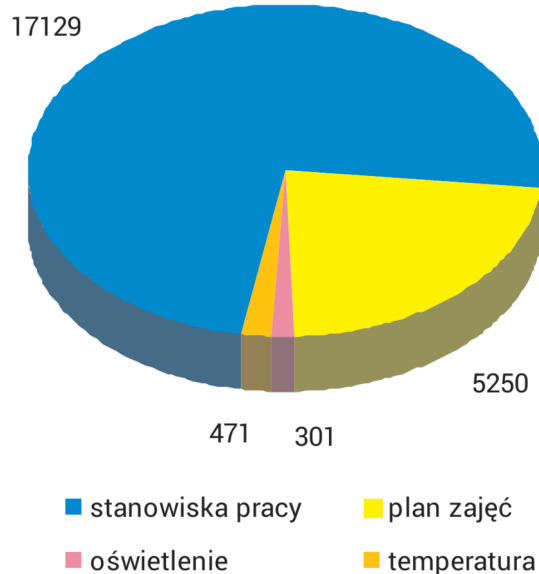
nych obiektów prowadzono zgodnie z jednolitymi procedurami i instrukcją w obszarze higieny dzieci i młodzieży. W ramach oceny stanu sanitarno-technicznego i warunków pobytu w placówkach przeprowadzono 3438 kontroli, w tym 2579 w placówkach stałych i 859 w placówkach sezonowych. Skontrolowano 2455 placówek, co stanowiło 77,3% ujętych w ewidencji, a wśród nich 67 żłobków, 481 przedszkoli, 802 szkoły, 22 szkoły wyższe, 232 inne placówki oświatowo-wychowawcze i 851 turnusów wypoczynku. W skontrolowanych placówkach uczyło się i przebywało 326087 dzieci i młodzieży oraz 34164 uczestników wypoczynku. Wydano 307 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Badania środowiska fizycznego

Środowisko fizyczne szkoły ma istotny wpływ na zdrowie, samopoczucie uczniów i efektywne uczenie się oraz bezpośrednio wpływa na aktywność życiową i zawodową każdego człowieka. Ma ono charakter stymulujący, ukierunkowujący i organizujący naszą działalność. Powinno także chronić przed występowaniem zaburzeń

układu ruchu, wzroku oraz innymi niekorzystnymi dla zdrowia zjawiskami. Przedmiotem analizy pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej były wybrane elementy środowiska fizycznego, które pozwoliły na szczegółową ocenę warunków pobytu i nauki w placówkach nauczania i wychowania. W ramach nadzoru nad warunkami higieny procesów nauczania łącznie wykonano 23151 badań fizycznych.

Tygodniowy rozkład lekcji oceniono w 5250 oddziałach. Niewłaściwy plan zajęć dydaktyczno-wychowawczych stwierdzono w 168 oddziałach (3,2%), w tym w 86 oddziałach 11 szkół podstawowych i w 82 oddziałach siedmiu zespołów szkół. W roku sprawozdawczym w ramach oceny warunków pracy badaniu poddano 17129 stanowisk pracy ucznia/przedszkolaka. Niedostosowanych do możliwości użytkowników było 391 stanowisk (2,3%). W ramach oceny środowiska cieplnego w pomieszczeniach do nauki wykonano 471 badań temperatury powietrza. Ocenę natężenia oświetlenia stanowisk pracy w polu zadania przeprowadzono w 301 salach lekcyjnych; w 12 pomieszczeniach do nauki stwierdzono nieprawidłowości.



Oceniane elementy środowiska szkolnego.

wyposażenie budynku w instalację wodociągową, kanalizację oraz zapewnienie odpowiedniej do liczby dzieci liczby urządzeń sanitarnych. Wszystkie skontrolowane placówki oświatowo-wychowawcze czerpały wodę z wodociągów publicznych. Nieczystości płynne odprowadzało do bezodpływowych zbiorników (szambo) lub do własnych oczyszczalni ścieków 288 placówek. Skontrolowane placówki nie posiadały ustępów zewnętrznych. Ponadto 18 placówek nie zachowało standardów dostępności do urządzeń sanitarnych. W związku z koniecznością zapewnienia uczniom i wychowankom dostępu do bieżącej, ciepłej wody oraz obowiązku utrzymania urządzeń sanitarnohigienicznych w stanie pełnej sprawności technicznej i czystości, w trakcie kontroli oceniano stan techniczny sanitariatów, wyposażenie w papier toaletowy, mydło, suszarki do rąk lub ręczniki jednorazowe. Niewłaściwe warunki do utrzymania higieny osobistej stwierdzono

Liczba badań fizycznych wykonanych w latach 2012 - 2015.

Rok	Badania					
	Ogółem	w tym				
		natężenie oświetlenia sztucznego	tygodniowy rozkład lekcji	stoły i krzesła	temperatura pomieszczeń	inne
2015	23 151	301	5 250	17 129	471	0
2014	22 558	274	5 168	16 552	501	63
2013	24 014	443	5 611	17 481	479	0
2012	20 147	323	5 140	13 755	559	370

Stan sanitarno-techniczny budynków

Zapewnienie bezpiecznych warunków nauki i zabawy w placówkach oświatowo-wychowawczych osiągane jest poprzez przestrzeganie obowiązujących przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy. Budynki w złym stanie higieniczno-sanitarnym i technicznym stwierdzono w 1,1% placówek. Wymagały one prac remontowych w szerokim zakresie: doprowadzenia do właściwego stanu stolarki okiennej lub drzwiowej, podłóg i instalacji sanitarnej.

Dla utrzymania higieny niezbędne jest

w 41 placówkach (2,5%), w tym: w 34 placówkach pomieszczenia i urządzenia sanitarne były w niewłaściwym stanie technicznym, siedem placówek nie zapewniło dostępu do ciepłej, bieżącej wody przy wszystkich umywalkach w sanitariatach, a dwie placówki nie zapewniły właściwego wyposażenia w środki higieny osobistej. W celu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości wydano 40 decyzji administracyjnych.

Oceniając stan sanitarno-techniczny i warunki pobytu w placówkach wykazano, że właściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny zapewniono w 98,9% placówek. Na podstawie prze-

prorowadzonych kontroli można stwierdzić, że w wielu badanych kategoriach stan higieniczno-sanitarny szkół i placówek edukacyjnych ulega systematycznej poprawie. Na szczególną uwagę zasługuje wyraźny spadek liczby szkół nieposiadających dostępu do ciepłej, bieżącej wody przy wszystkich umywalkach w sanitariatach: w roku 2014 problem ten dotyczył dziewięciu szkół, a w roku 2015 już tylko pięciu.

cym prowadzenie zajęć wychowania fizycznego nie dysponowało 59 placówek (7,2%). Lekcje WF tylko na boisku mogło realizować 46 (5,6%) szkół. W trzech szkołach całość infrastruktury sportowej stanowiła jedynie sala gimnastyczna, a 15 (1,8%) szkół posiadało jedynie salę zastępczą.

Szkolne zespoły sportowe, wyposażone w natryskownię, posiadało 408 szkół (49,5% skontrolowanych). Niezależnie od posiadanej in-

Warunki do utrzymania higieny osobistej w szkołach, w 2015 roku.

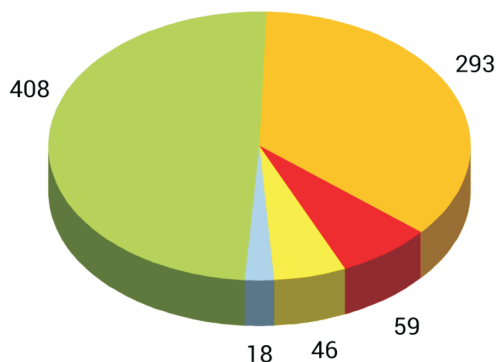
Rodzaj placówek	Liczba placówek				
	Stwierdzone nieprawidłowości				
	brak bieżącej, ciepłej wody przy wszystkich umywalkach	brak wyposażenia w środki higieny osobistej	zaniedbania czystości i porządku	niezachowanie standardów dostępności do urządzeń sanitarnych	pomieszczenia sanitarne w złym stanie technicznym
szkoły podstawowe	1	0	0	7	8
gimnazja	0	0	0	0	3
licea ogólnokształcące	0	1	0	1	1
ponadgimnazjalne szkoły zawodowe	0	0	0	0	0
szkoły specjalne	0	0	0	0	0
szkoły policealne	0	0	0	0	0
zespoły szkół	4	1	1	8	13

Infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

Odpowiednia infrastruktura do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego wpływa na skuteczność i efektywność pracy nauczyciela, zabezpiecza realizację programu nauczania, zapewnia bezpieczeństwo użytkownikom, a także kształtuje wśród uczniów pozytywne postawy i zachowania, dzięki którym dorosły człowiek będzie umiał dbać o sprawność fizyczną. Bazę do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stanowiły szkolne zespoły sportowe, sale gimnastyczne/zastępcze i boiska. W ramach oceny infrastruktury sportowej, urządzeń i sprzętu stwierdzono, że zapleczem sportowym umożliwiając-

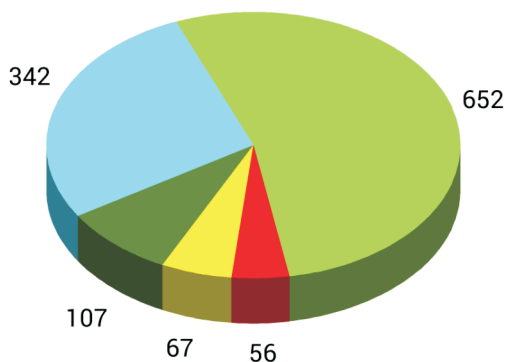
frastruktury, w 4,6% skontrolowanych szkół zajęcia wychowania fizycznego były prowadzone na korytarzach szkolnych. Pomimo braku dostatecznej infrastruktury, szkoły w ramach wychowania fizycznego stwarzały uczniom możliwość korzystania z basenu (24,4%), boisk innych szkół (11,9%), sal gimnastycznych (4,7%), hal sportowych (8%) i siłowni (4,5%).

Z uwagi na konieczność przestrzegania wymagań ergonomii dyrektorzy placówek zobowiązani są do wyposażania sal gimnastycznych i terenów sportowych wyłącznie w bezpieczne wyroby, posiadające odpowiednie atesty lub certyfikaty. Z przeprowadzonych kontroli wynika, że 1168 (95,4%) placówek wymagało stosownych zaświadczeń w trakcie zakupu urządzeń i sprzętu



- brak infrastruktury do prowadzenia zajęć WF
- tylko boisko
- tylko sala gimnastyczna lub zastępcza
- szkolny zespół sportowy
- sala gimnastyczna/zastępcza z boiskiem

Warunki do realizacji zajęć wychowania fizycznego w szkołach.



- nie posiada certyfikatów na sprzęt sportowy
- do 25% sprzętu posiada certyfikaty
- do 50% sprzętu posiada certyfikaty
- więcej niż 50% sprzętu posiada certyfikaty
- 100% sprzętu posiada certyfikaty

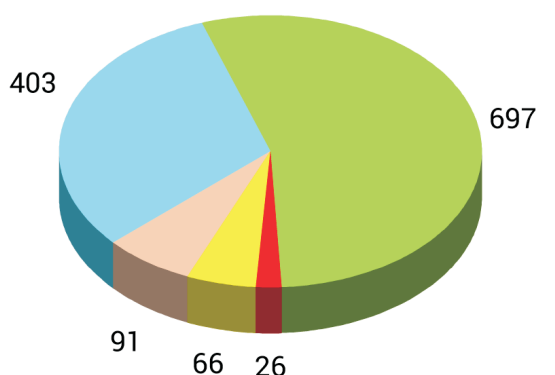
Wyposażenie placówek w urządzenia i sprzęt sportowy posiadające certyfikaty.

sportowego. Certyfikatów nie posiadało 56 placówek, ponieważ całe wyposażenie było zakupione przed 1997 rokiem. W salach i na boiskach oraz w miejscach wyznaczonych do uprawiania ćwiczeń fizycznych, gier i zabaw były umieszczone tablice informacyjne określające zasady bezpiecznego użytkowania urządzeń i sprzętu sportowego. Nadal zdarzały się pojedyncze przypadki nieprzymocowania na stałe do podłoża bramek i koszy do gier, mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia ćwiczących.

Mebłe przedszkolne i szkolne

Zdrowie dzieci i młodzieży w każdym społeczeństwie jest przedmiotem szczególnej troski i stanowi problem o kluczowym znaczeniu. Stosowanie zasad ergonomii sprzyja tworzeniu jak najlepszych warunków nauki. Przestrzeganie zasad higieny procesu nauczania służy ochronie zdrowia ucznia przed wpływem niekorzystnych czynników występujących w środowisku szkolnym. Podstawowym czynnikiem wpływającym na zachowanie prawidłowej postawy jest korzystanie z mebli właściwie dobranych do wysokości ciała. W trakcie przeprowadzanych kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzali wyposażenie placówek w ergonomiczne meble posiadające atesty lub certyfikaty, ich oznakowanie, prawidłowe zestawienie oraz dostosowanie do wzrostu ucznia. W roku sprawozdawczym w ramach oceny warunków pracy badaniu poddano 17129 stanowisk pracy ucznia/przedszkolaka. Niedostosowanych do możliwości użytkowników było 391 stanowisk (2,3%), w tym: 112 stanowisk w 12 przedszkolach, 197 stanowisk w 30 szkołach podstawowych, dwa stanowiska w jednym gimnazjum i 80 stanowisk w 10 zespołach szkół.

W trakcie doposażania szkół w meble edukacyjne 1257 (98%) placówek wymagało od handlowców stosownych zaświadczeń na oferowane wyroby. Certyfikatów nie posiadało 26 placówek, ponieważ całe wyposażenie było zakupione przed 1997 rokiem, jednak będące na ich wyposażeniu meble spełniały obowiązujące wymagania ergonomii, a także stanu sanitarno-higienicznego i technicznego.



- nie posiada certyfikatów na meble
- do 25% mebli posiada certyfikaty
- do 50% mebli posiada certyfikaty
- więcej niż 50% mebli posiada certyfikaty
- 100% mebli posiada certyfikaty

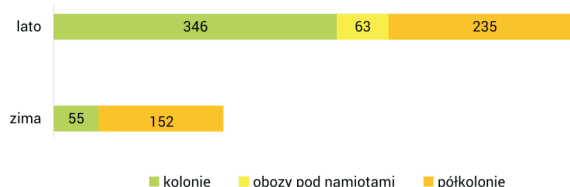
Wyposażenie placówek w meble posiadające certyfikaty.

Szkoły wyższe

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawując bieżący nadzór sanitarny skontrolowała 8 publicznych i 14 niepublicznych placówek, w których absolwenci liceów i technik mogli uzyskać wykształcenie wyższe. W ocenionych szkołach kształciło się ogółem 42866 studentów, w tym: 26152 w szkołach publicznych i 16714 w szkołach niepublicznych. W ramach nadzoru nad warunkami nauczania w szkołach wyższych przeprowadzono 61 kontroli sanitarnych. W obiektach, w których stwierdzono niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny, wydano 25 decyzji administracyjnych. Stwierdzone nieprawidłowości najczęściej dotyczyły niewłaściwego stanu sanitarno-higienicznego sal dydaktycznych, laboratoriów, pracowni komputerowych, pomieszczeń i urządzeń sanitarnych oraz niewłaściwych warunków sanitarno-higienicznych w domach studenta.

Wypoczynek dzieci i młodzieży

Zgodnie z ustawą o systemie oświaty, w czasie wolnym od zajęć szkolnych dla uczniów mogą być organizowane kolonie, obozy i inne formy wypoczynku. Różnorodne formy wypoczynku uzupełniają ofertę przedszkoli, szkół i placówek w zakresie aktywności fizycznej oraz rozwoju zainteresowań krajoznawczych, turystycznych, sportowych czy kulturalnych. Organizatorzy wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej są obowiązani do zapewnienia bezpiecznych warunków i właściwej opieki wychowawczej. W trakcie kontroli warunków higieniczno-sanitarnych wypoczynku dzieci i młodzieży oceniano spełnienie przez organizatorów wymagań w odniesieniu do stanu i wyposażenia miejsc pobytu uczestników, zaopatrzenia w wodę, zaplecza sanitarnego, gromadzenia odpadów stałych i odprowadzania ścieków oraz warunków do prowadzenia żywienia. W ramach sprawowanego bieżącego nadzoru sanitarnego w 2015 roku łącznie skontrolowano 851 turnusów, w tym 207 zimowych i 644 turnusy letnie. Z wypoczynku skorzystało 34164 uczestników.



Liczba skontrolowanych turnusów wypoczynku.

W wyniku przeprowadzonych kontroli odnotowano dwa turnusy letnie, w których stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości polegające na złym stanie sanitarno-higienicznym i technicznym ścian w pomieszczeniach sanitarnych i niewłaściwie urządzonej kąpieli. Skontrolowano także dwa tak zwane „dzikie” turnusy, które nie zostały zgłoszone do Kuratorium Oświaty i nie znajdowały się w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej. W przypadku wypoczynku organizowanego w formach wyjazdowych, najczęstsza lokalizacja turnusów wy-

nikająca z walorów krajobrazowych i posiadanej bazy turystycznej, znajdowała się w powiatach brodnickim, mogileńskim, świeckim, tucholskim i żnińskim. Z wypoczynku w miejscu zamieszkania najwięcej dzieci i młodzieży skorzystało w Bydgoszczy, Toruniu, Inowrocławiu i Żninie. Zajęcia dla uczestników wypoczynku realizowane były zgodnie z ustalonym harmonogramem (wyjścia na basen, do kina, kręgielni, muzeów, wycieczki tramwajem wodnym, nauka i doskonalenie umiejętności jazdy konnej, konkursy plastyczne, konkursy tańca towarzyskiego, zajęcia sportowe, spotkania z przedstawicielami policji). W okresie wakacji letnich na nadzorowanym terenie działały również placówki kulturalno-oświatowe, prowadzące działalność całoroczną: biblioteki, domy kultury i świetlice wiejskie, które zapewniały możliwość korzystania z bogatej oferty zajęć. W trakcie przebiegu wypoczynku współpracowano z przedstawicielami Kuratorium Oświaty, Państwowej Straży Pożarnej i Policji.

Wnioski

1. Właściwy stan higieniczno-sanitarny i techniczny stwierdzono w 98,9% placówek.
2. Wszystkie placówki oświatowo-wychowawcze były podłączone do wodociągu.
3. Właściwe warunki do utrzymania higieny osobistej zapewniło 97,4% szkół.
4. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zapewniło 98,9% placówek.
5. Dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach w pomieszczeniach sanitarnohigienicznych nie zapewniło 0,4% placówek.



OŚWIATA ZDROWOTNA

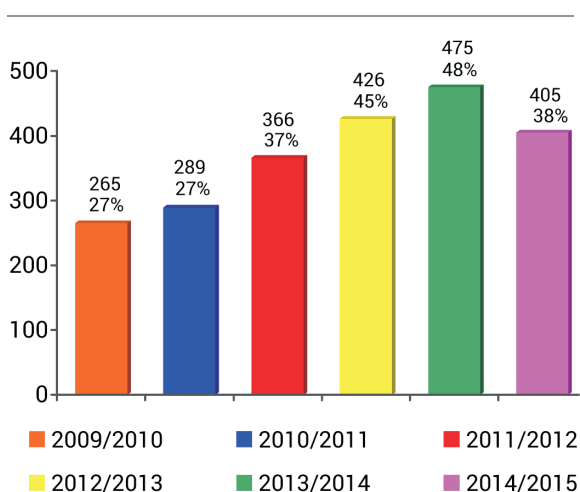


Obecnie w krajach rozwiniętych zasadniczym celem promocji zdrowia publicznego jest zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, takim jak choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość czy cukrzyca, a także zapobieganie chorobom zakaźnym, które obniżają jakość życia społeczeństwa oraz mogą przyczynić się do przedwczesnych zgonów. W myśl powyższej idei Państwowa Inspekcja Sanitarna w obszarze promocji zdrowia w 2015 roku podejmowała inicjatywy w oparciu między innymi o wytyczne i zalecenia Głównego Inspektora Sanitarnego, założenia Narodowego Programu Zdrowia oraz propozycje Światowej Organizacji Zdrowia. Inicjatywy te służyły kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych.

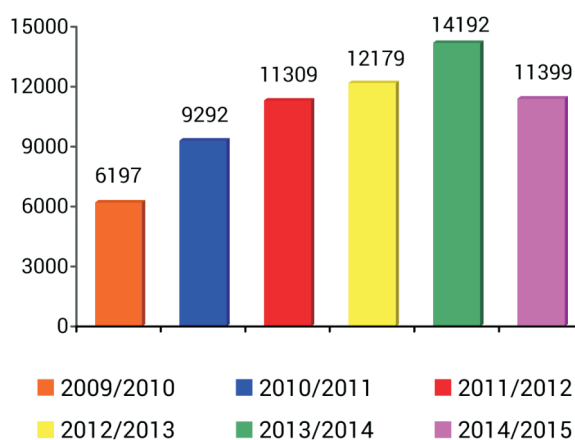
Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce

W 2015 roku w ramach kolejnej edycji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 8 lipca 2014 roku, były kontynuowane następujące działania:

- Program edukacyjny „Czyste powietrze wokół nas”, adresowany do dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów; działania w ramach programu miały na celu zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie pożądanych postaw w zakresie ochrony swojego zdrowia w przypadku przebywania z osobami palącymi. Łącznie w programie udział wzięło 11399 dzieci w wieku przedszkolnym z 405 placówek.

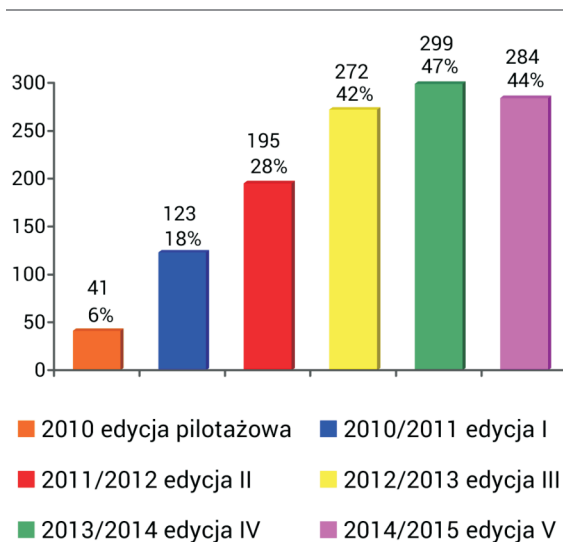


Liczba przedszkoli, oddziałów przedszkolnych oraz innych form wychowania przedszkolnego biorących udział w programie.

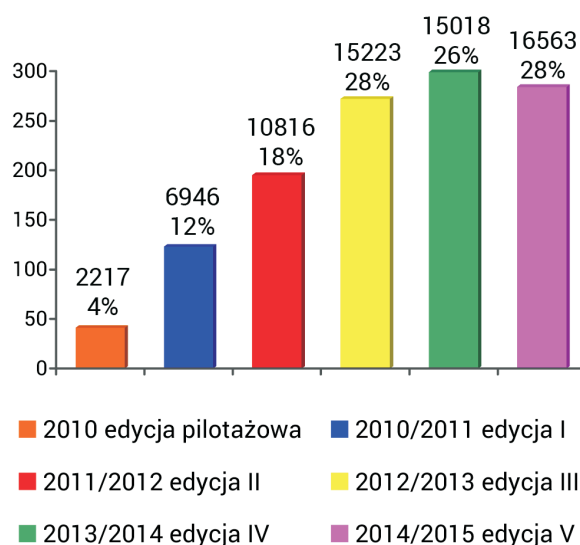


Liczba dzieci w wieku przedszkolnym - adresatów programu.

- Program edukacji antytytoniowej „Nie pal przy mnie proszę”, adresowany do uczniów klas I-III szkół podstawowych, którego wiodącym celem było kształtowanie postaw odpowiedzialności za własne zdrowie oraz kształtowanie postaw asertywnych w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi. Program objął swoim zasięgiem 16563 uczniów z 284 szkół podstawowych. Obecnie trwa realizacja VI edycji programu, obejmującej rok szkolny 2015/2016.

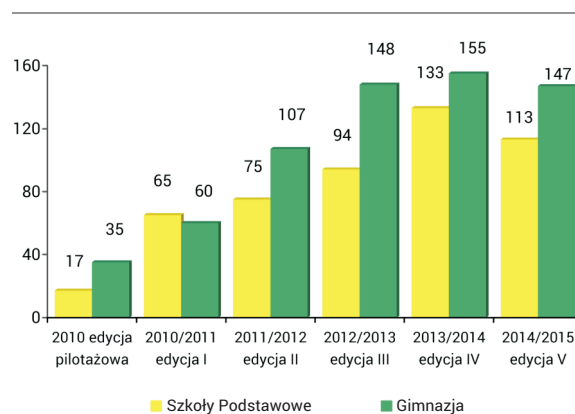


Liczba placówek (szkół podstawowych) realizujących program w kolejnych edycjach.

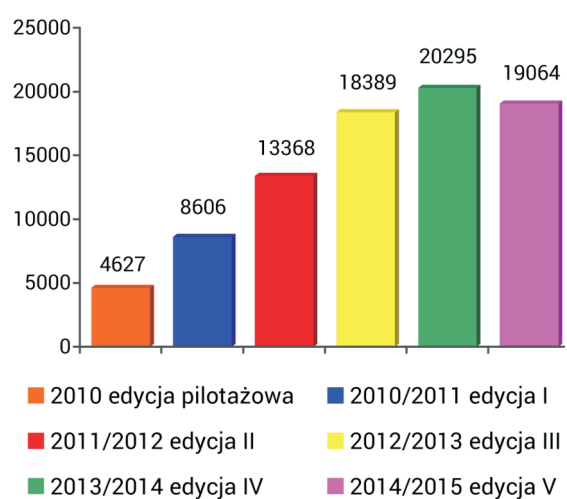


Liczba uczniów szkół podstawowych, uczestniczących w kolejnych edycjach programu.

- Program profilaktyki palenia tytoniu „Znajdź właściwe rozwiązanie”, przeznaczony dla uczniów starszych klas szkół podstawowych i szkół gimnazjalnych; inicjatywy podjęte w ramach programu kształtowały m.in. odpowiedzialność uczniów za własne zdrowie, wzmacniały poczucie własnej wartości i kreowały ważne umiejętności w kontaktach z ludźmi w aspekcie ochrony zdrowia przed dymem tytoniowym. W programie uczestniczyło 14188 uczniów szkół gimnazjalnych i 4876 uczniów szkół podstawowych, odpowiednio z 113 szkół podstawowych i 147 szkół gimnazjalnych.



Liczba placówek (szkół podstawowych i gimnazjalnych) biorących udział w programie.



Liczba uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, biorących udział w programie.

- Ogólnopolskie kampanie antytytoniowe (Światowy Dzień bez Tytoniu – 31 maja, Światowy Dzień Rzucania Palenia – trzeci czwartek listopada).

Światowy Dzień Bez Tytoniu obchodzono 31 maja 2015 roku pod hasłem „Stop nielegalnemu obrotowi wyrobami tytoniowymi”. Specjaliści zwracali uwagę na fakt, że nielegalny rynek wyrobów tytoniowych stanowi w Europie 6-10%. Ograniczenie dostępności tanich papierosów pochodzących z nielegalnych źródeł ma istotne znaczenie dla zdrowia publicznego. Wyeliminowanie lub ograniczenie nielegalnego handlu będzie powodowało zmniejszenie liczby osób palących, a co za tym idzie, mniejszą liczbę chorób odtytoniowych i zgonów.

„Nie zawsze wędzone trzyma dłużej” to hasło kampanii społecznej opracowanej przez Główny Inspektorat Sanitarny na okoliczność Światowego Dnia Rzucania Palenia, którego uroczyste obchody zostały zorganizowane 19 listopada 2015 roku. Kampania ta w oryginalny sposób ukazywała skutki narażenia na dym tytoniowy. Cel kampanii zmierzał do zmiany zachowań zdrowotnych poprzez zwrócenie uwagi na problem nieprzestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej oraz brak poszanowania prawa osób niepalących do przebywania w środowisku wolnym od dymu tytoniowego.

W ramach powyższych obchodów Państwowa Inspekcja Sanitarna w województwie kujawsko-pomorskim zorganizowała wiele przedsięwzięć edukacyjnych, w których uczestniczyło niemal 35000 osób (nie uwzględniając trudnej do oszacowania liczby odbiorców informacji internetowych, telewizyjnych, radiowych i prasowych).

Kontrole w zakresie realizacji ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w miejscach użyteczności publicznej

W 2015 roku skontrolowano 14297 obiektów. Stwierdzono, że zapisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych przestrzegane są w 14290 zakładach, w 211 zakładach wykorzystywane były miejsca wyznaczone do palenia, nato-

miast w siedmiu obiektach ustawa nie była przestrzegana. Łącznie nałożono dziewięć mandatów, w tym dwa za łamanie zakazu palenia oraz siedem za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem. Jedna kontrola miała charakter interwencyjny.

Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS

Program w zakresie profilaktyki HIV/AIDS realizowany jest przez wiele podmiotów, w tym od 1996 roku przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Obecnie podstawę prawną działań stanowi rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Na potrzeby realizacji programu opracowany został harmonogram działań na lata 2012-2016. Koordynatorem inicjatyw w powyższym zakresie jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Program zakłada działania w kilku obszarach, które koncentrują się między innymi na:

- zapobieganiu zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa, osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
- wsparciu i opiece zdrowotnej osób zakażonych i chorych na AIDS,
- współpracy międzynarodowej i monitoringu.

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy, jako realizator powyższego programu, współpracowała z Krajowym Centrum ds. AIDS w ramach takich inicjatyw, jak:

- ogólnopolska akcja informacyjno-edukacyjna ogłoszona z okazji święta zakochanych, „Walentynek” - w ramach której zachęcano młode, ale pełnoletnie osoby do wykonania testu w kierunku HIV,
- ogólnopolska kampania edukacyjna pt. „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka”; przekaz tej kampanii kierowany był do kobiet w wieku prokreacyjnym, które nie odnoszą ryzyka zakażenia HIV do siebie, a także do tych lekarzy ginekologów, którzy niechętnie kierują swoje pacjentki na badania w kierunku HIV,

- badanie wiedzy, postaw i potrzeb informacyjnych dziennikarzy odnośnie tematyki HIV i AIDS w celu usprawnienia przekazu informacyjnego i edukacji społeczeństwa w Polsce (rozpropagowanie badań wśród dziennikarzy współpracujących z WSSE w Bydgoszczy),
- konkurs wiedzy o HIV i AIDS dla kobiet w ciąży lub planujących ciążę, ogłoszony w ramach kampanii pt. „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™” (rozpowszechnienie informacji na temat konkursu odbyło się poprzez stronę internetową WSSE w Bydgoszczy),
- kampania społeczna Fundacji Studio Psychologii Zdrowia „HIVokryzja. Wyleczmy się”, realizowana pod honorowym patronatem Krajowego Centrum ds. AIDS,
- kampania edukacyjna „Coś Was łączy? Zrób test na HIV”. Zachęcała ona do poznania własnego statusu serologicznego oraz upowszechniała informację na temat HIV/AIDS i sposobów zmniejszania ryzyka zakażenia.

Ponadto z inicjatywy WSSE w Bydgoszczy w czerwcu 2015 roku w Zespole Szkół Specjalnych nr 5 w Bydgoszczy przeprowadzono akcję informacyjno-edukacyjną, w skład której wchodziły prelekcje oraz ekspozycja materiałów informacyjno-edukacyjnych. Z okazji obchodów Światowego Dnia AIDS w grudniu 2015 roku w siedzibie WSSE w Bydgoszczy odbyło się szkolenie Młodzieżowych Liderów Zdrowia, którzy zostali przygotowani do prowadzenia zajęć edukacyjnych w grupach rówieśniczych. W dniu 1 grudnia na Starym Rynku w Bydgoszczy miała miejsce akcja „Czerwona kokardka”, realizowana tradycyjnie od wielu lat wspólnie z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny - IFMSA Poland, Oddział Bydgoszcz.

Wzorem lat ubiegłych, w siedzibie WSSE w Bydgoszczy działał Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV/AIDS, funkcjonujący na zasadzie porozumienia partnerskiego, zawartego pomiędzy WSSE w Bydgoszczy a Stowarzyszeniem Woltariuszy „Razem” w Toruniu.

W okresie od 2 stycznia do 31 grudnia

2015 roku do Punktu zgłosiły się 482 osoby. W 473 przypadkach wykonany został test w kierunku HIV, a w pozostałych dziewięciu udzielono jedynie porad. Spośród 473 osób, które zdecydowały się na wykonanie testu, 177 stanowiły kobiety, a 296 mężczyźni. W 2015 roku wykryto sześć nowych, wcześniej niezdiagnozowanych przypadków zakażeń HIV.

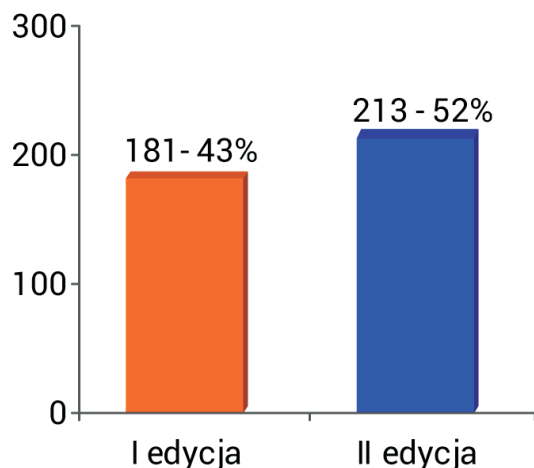
Projekt KIK/68 - profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych

Rok 2015 był kolejnym okresem realizacji przez Państwową Inspekcję Sanitarną Projektu KIK/68, współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Interwencja ta na poziomie krajowym realizowana jest we współpracy z Państwową Agencją Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie. Głównym celem pięcioletniego projektu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym.

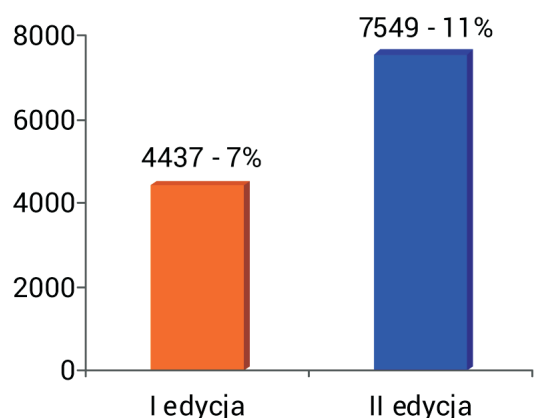
W ramach Projektu KIK/68 pod patronatem Ministra Edukacji Narodowej realizowany był program edukacyjny pod nazwą „ARS, czyli jak dbać o miłość?”. Adresatem tej interwencji była młodzież szkół ponadgimnazjalnych. W roku szkolnym 2014/2015 interwencją objęto 7549



uczniów z 213 szkół ponadgimnazjalnych. Obecnie trwa realizacja trzeciej edycji programu, obejmującej rok szkolny 2015/2016.



Liczba szkół ponadgimnazjalnych realizujących program w kolejnych edycjach.



Liczba uczniów szkół ponadgimnazjalnych biorących udział w programie.

Kolejnym komponentem wzmacniającym ideę Projektu KIK/68 była realizowana od 2014 roku ogólnopolska kampania społeczna „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu”. Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zarówno na poziomie wojewódzkim, jak i powiatowym, organizowali liczne przedsięwzięcia, takie jak konferencje, seminaria, akcje informacyjno-educacyjne w szkołach rodzenia, ZOZ oraz instytucjach współpracujących z PIS. Organizowano także wystawy materiałów informacyjno-educacyjnych,

debaty społeczne, a podczas imprez środowiskowych wystawiano stoiska edukacyjne, przy których udzielano porad na temat kształtowania zdrowego stylu życia, profilaktyki uzależnień, a także badano poziom tlenu węgla w wydychanym powietrzu. Bieżące informacje z wydarzeń w ramach powyższej kampanii zostały zamieszczone na platformie internetowej projektu, znajdującej się pod adresem www.zdrowiewciazy.pl.

Trzymaj formę!

Ogólnopolski program edukacyjny promujący zbilansowaną dietę i aktywność fizyczną wśród młodzieży szkolnej realizowany jest od roku szkolnego 2006/2007; w roku szkolnym 2014/2015 odbyła się jego dziewiąta edycja. Na poziomie krajowym organizowany i koordynowany jest przez Główny Inspektorat Sanitarny i Polską Federację Producentów Żywności, a na wojewódzkim i powiatowym przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. W 2009 roku program „Trzymaj formę!” został wpisany pod nr 1113 do prowadzonego przez Europejską Platformę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia rejestru działań promujących prozdrowotny styl życia. Patronat nad programem sprawuje Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Instytut Żywności i Żywienia; partnerami są: Instytut Medycyny Wsi i Agencja Rynku Rolnego.

Celem programu jest zwiększenie świadomości na temat wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie poprzez edukację w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży, a zwłaszcza promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety. Grupę docelową stanowią uczniowie szkół gimnazjalnych i klas piątych i szóstych szkół podstawowych oraz ich rodzice; w dziewiątej edycji było to 38946 uczniów z 479 szkół województwa kujawsko-pomorskiego oraz 14,6 tysiąca rodziców. Realizacja programu odbywała się głównie metodą projektu edukacyjnego; w dziewiątej edycji udział wzięło 165 projektów. Stosowano wiele różnorodnych metod i form nauczania, zwłaszcza interaktywnych. Wśród nich znalazły się takie

aktywności, jak:

- układanie jadłospisów zgodnie z zasadami zbilansowanej diety,
- wykłady, prelekcje, pogadanki, debaty prozdrowotne,
- obliczanie BMI, diagramy klasowe,
- przyrządzanie potraw: sałatek, surówek, kanapek itp., warsztaty kulinarne,
- odczytywanie i rozumienie etykiet produktów spożywczych,
- konkursy wiedzy, plastyczne, fotograficzne, literackie,

- rajdy rowerowe lub piesze, wycieczki, spływy,
- dni zdrowego jedzenia i dni wybranego produktu - owocu, warzywa, sałatki, soku,
- organizacja punktów/stoisk informacyjno-edukacyjnych,
- spotkania/wywiady ze specjalistami, ekspertami.

Rezultaty opracowanych projektów edukacyjnych uczniowie prezentowali publicznie na forum szkolnym, międzyszkolnym i środowiskowym. O środowiskowym charakterze działań pro-

Program „Trzymaj Formę!” w województwie kujawsko-pomorskim.

Edycje programu	Liczba szkół w programie		Liczba uczniów	Liczba realizatorów	Liczba rodziców
	szkoły	gimnazja / podstawowe			
1 edycja 2006-07	268	248/20	57120	1,3 tys.	14,9 tys.
2 edycja 2007-08	384	268/116	50814	1,8 tys.	17,4 tys.
3 edycja 2008-09	416	268/148	44070	1,8 tys.	15,5 tys.
4 edycja 2009-10	447	283/164	53745	2,0 tys.	17,7 tys.
5 edycja 2010-11	434	257/177	47416	1,5 tys.	13,7 tys.
6 edycja 2011-12	455	249/206	43377	1,6 tys.	17,1 tys.
7 edycja 2012-13	472	247/225	40811	1,6 tys.	13,3 tys.
8 edycja 2013-14	484	240/244	40576	1,5 tys.	15,4 tys.
9 edycja 2014-15	479	235/244	38946	1,4 tys.	14,6 tys.

- ocena własnej aktywności fizycznej i stylu życia (w tym testy wysiłkowe),
- biegi uliczne, zawody sportowe, mecze, konkursy sprawnościowe,
- ekspozycje i wystawy,
- zajęcia, pokazy, instruktaże, ruchowe ćwiczenia gimnastyczne, w tym ćwiczenia rozciągające, relaksacyjne, Nordic Walking,
- wyjazdy na basen, lodowisko, do klubu fitness, ośrodka wspinaczki linowej/skałkowej,
- wykonywanie prezentacji multimedialnych,
- inscenizacje teatralne, projekcje filmowe, kręcenie własnych filmów,
- zajęcia taneczne, aerobiku, fitness,

gramowych świadczy ogromna liczba (ponad pół tysiąca) współpracujących jednostek - samorządów, instytucji, organizacji, firm, placówek kultury, klubów sportowych i innych. Dziewiąta edycja programu przebiegała pod hasłem „Rodzino, trzymaj formę!”. Dzieci dzieliły się nabytą wiedzą z rodzicami, mobilizując swoich bliskich do wspólnych działań na rzecz zdrowia.

Program realizowany jest na terenie 19 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. W dziewiątej edycji obejmował 44% szkół (36% podstawowych i 58% gimnazjalnych).

Etykieta rozszyfrowana – wiem, co kupuję i jem

W latach 2014-2015 odbyła się ósma edycja wojewódzkiego autorskiego programu

edukacyjnego, opracowanego przez pracownika Oddziału Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE w Bydgoszczy. W 2006 roku program otrzymał akceptację, a w roku 2007 rekomendację Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie. Celem programu jest zwiększenie świadomości konsumentów w zakresie potrzeby czytania etykiet spożywczych, a także wzbogacenia wiedzy z zakresu informacji zawartych na opakowaniach żywnościowych. Jego grupę docelową stanowią uczniowie i nauczyciele szkół ponadgimnazjalnych, a pośrednio rodzice uczniów.

Ósma edycja programu realizowana była na terenie siedmiu powiatów województwa kujawsko-pomorskiego: brodnickiego, chełmińskiego, golubsko-dobrzyńskiego, grudziądzkiego, rypińskiego, toruńskiego i włocławskiego. Zajęcia prowadzono w oparciu o programowe pakiety edukacyjne - metodyczne i merytoryczne („Przewodnik po etykietce spożywczej”, zestaw załączników na temat odżywiania). Zastosowano różnorodne formy przekazywania wiedzy, takie jak wykłady, warsztaty, zbiórka etykiet z produktów spożywczych oraz analiza ich zawartości informacyjnej, giełdy i atlasy etykiet (na przykład mleczarskich, piekarniczych, z największą liczbą dodatków E), grupowe wyjścia do sklepów spożywczych. Przygotowywano także scenki rodzajowe, wystawy, konkursy (na przykład na najzabawniejszą etykietę), turnieje wiedzy, debaty, a także dia-

gram „Etykieta - łamigłówka większa niż krzyżówka”.

Odbiorcami ósmej edycji były 1632 osoby. Edukacją bezpośrednią objęto 913 uczniów z 23 szkół (38 klas) i 23 realizatorów, a pośrednią 282 rodziców, 382 uczniów innych klas, 32 osoby spośród personelu szkolnego. Zajęcia poprzedzono i zakończono badaniem ankietowym (ankiety przeprowadzono wśród 901 uczniów, co stanowi 99% wszystkich uczniów biorących udział w programie); wykazało ono znaczny wzrost wiedzy wśród osób nim objętych. Koordynatorzy PSSE wizytowali 21 szkół (91%).

Chroń się przed kleszczami wszystkimi sposobami

Pierwsza edycja programu edukacyjnego w województwie kujawsko-pomorskim, realizowana była w roku szkolnym 2014-2015, za zgodą organizatora - Fundacji „Aby Życ”. Jego celem jest uświadomienie wagi problemu pokłucia przez kleszcze oraz podniesienie poziomu wiedzy o chorobach odkleszczowych i sposobach ich zapobiegania. Grupę docelową stanowią dzieci w wieku przedszkolnym, uczniowie klas I-III szkół podstawowych, rodzice i opiekunowie, kadra pedagogiczna, pielęgniarki szkolne.

Program wojewódzki „Etykieta rozszyfrowana - wiem, co kupuję i jem”.

Edycja programu	Liczba uczestniczących powiatów	Liczba szkół	Liczba klas	Liczba odbiorców: uczniowie + rodzice, młodzież, personel szkolny
edycja pilotaż. 2004-2005	18	30	73	2328 (2104 uczniów + 224)
1 programowa 2007-2008	19	48	103	6302 (2524 uczniów + 3778)
2 programowa 2008-2009	18	58	87	4933 (2233 uczniów + 2700)
3 programowa 2009-2010	14	45	79	3655 (1938 uczniów + 1717)
4 programowa 2010-2011	10	36	66	2766 (1534 uczniów + 1232)
5 programowa 2011-2012	5	24	51	2128 (1162 uczniów + 966)
6 programowa 2012-2013	7	23	49	2101 (1133 uczniów + 968)
7 programowa 2013-2014	6	27	59	2396 (1353 uczniów + 1043)
8 programowa 2014-2015	7	23	38	1632 (913 uczniów + 719)

Zadania w ramach programu:

- szkolenia koordynatorów powiatowych (pracowników oświaty zdrowotnej PSSE),
- rekrutacja placówek uczestniczących w programie,
- szkolenie koordynatorów/realizatorów w placówkach szkolno-wychowawczych (nauczycieli wychowania przedszkolnego i nauczycieli szkół podstawowych),
- zaopatrzenie placówek w materiały edukacyjne,
- udostępnienie na stronie internetowej WSSE w Bydgoszczy materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- działania edukacyjne prowadzone w oparciu o scenariusze programowe „Czym są kleszcze?”, „Idę do parku, lasu – myślę zawsze”, „Kleszcze – niebezpiecznie blisko”, „Obejrzyj mnie jeszcze, bo mam może kleszcze”, „Czy wiesz, jak groźne są kleszcze?”.

Działania prowadzono w 40 placówkach oświatowo-wychowawczych (19 przedszkolach i 21 szkołach podstawowych). Objęto nimi 4003 dzieci, w tym 1592 przedszkolaków i 2411 uczniów, z poinformowaniem (czasem też udziałem) 1702 rodziców.

Pierwsza edycja programu spotkała się z dużym zainteresowaniem i deklaracjami kontynuowania programu w kolejnych latach.

Światowy Dzień Zdrowia - 7 kwietnia 2015

Tematem przewodnim tegorocznego Światowego Dnia Zdrowia było bezpieczeństwo żywności. Z tematem tym wiąże się obszar działań mający na celu zapewnienie konsumentom ochrony przed ryzykiem zatrucia żywności i chorobami przenoszonymi drogą pokarmową. Światowy Dzień Zdrowia 2015 był okazją do uświadomienia rządów, producentom, przedsiębiorstwom handlowym i społeczeństwu, jak duże znaczenie ma bezpieczeństwo żywności i jaką rolę każdy z tych podmiotów może odgrywać w jego zapewnieniu.

Jak co roku, Państwowa Inspekcja Sanitarna włączyła się w obchody tego święta podejmując szereg działań, takich jak szkolenia, warsz-

taty dla pracowników zakładów gastronomicznych, młodzieży, wykłady, prelekcje, konkursy dla młodzieży szkolnej. Ponadto prowadzono poradnictwo podczas imprez środowiskowych, w których uczestniczyło ponad 30 tysięcy osób.

Akademia Zdrowego Życia

Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE w Bydgoszczy od 2013 roku organizuje w siedzibie WSSE w Bydgoszczy cykliczne przedsięwzięcie pod nazwą „Akademia Zdrowego Życia”. W ramach tej inicjatywy w każdym miesiącu 2015 roku funkcjonował punkt informacyjno-edukacyjny, w którym pracownicy WSSE w Bydgoszczy, często we współpracy z partnerami działań, prowadzili poradnictwo w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych i pasożytniczych, profilaktyki chorób cywilizacyjnych, profilaktyki uzależnień, kształtowania zachowań sprzyjających ochronie i utrzymaniu zdrowia. Przedsięwzięciu temu towarzyszyła ekspozycja materiałów tematycznych w postaci ulotek, broszur, plakatów.

W 2015 roku wydarzenia realizowane w ramach Akademii skupiały uwagę na tematyce związanej z obchodami następujących dni:

- Dzień Bez Opakowań Foliowych,
- Światowy Dzień Walki z Rakiem,
- Światowy Dzień Wody,
- Światowy Dzień Walki z Gruźlicą,
- Światowy Dzień Zdrowia,
- Europejski Tydzień Szczepień: „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”,
- Światowy Dzień Malarii,
- Międzynarodowy Dzień Pamięci o Osobach Zmarłych na AIDS,
- Europejski Tydzień Walki z Rakiem,
- Światowy Dzień bez Tytoniu,
- Światowy Dzień Krwiodawstwa,
- Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby,
- Światowy Dzień FAS,
- Światowy Dzień Serca,
- Światowy Dzień Walki z Otyłością,
- Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach,
- Światowy Dzień AIDS.

W 2015 roku z działań realizowanych w ramach Akademii Zdrowego Życia skorzystało około 500 osób.

Profilaktyka chorób pasożytniczych – wszawica, owsica, świerzby

Przedsięwzięcie opracowane zostało dla potrzeb placówek oświatowo-wychowawczych w celu ograniczenia problemu, jaki stanowią choroby pasożytnicze. Adresatami są dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym oraz ich rodzice i opiekunowie. W ramach tej inicjatywy opracowane zostały ulotki i prezentacje multimedialne na temat wszawicy, owsicy i świerzbu oraz scenariusz zajęć dla uczniów klas I-III szkół podstawowych pod tytułem „Higiena osobista a zdrowie człowieka”. Dodatkowo opracowano pomoce dydaktyczne: opowiadanie, list do rodziców, kolorówankę, emotikony oraz obrazki ukazujące pożądane zachowania w zakresie przestrzegania higieny osobistej. Scenariusze zajęć oraz pomoce dydaktyczne powstały przy ścisłej współpracy i konsultacji z Kujawsko-Pomorskim Centrum Edukacji Nauczycieli w Bydgoszczy.

Przedsięwzięcie to zostało zrealizowane wśród 2874 przedszkolaków, co stanowi 9% wszystkich przedszkolaków w województwie, docierając także do 2515 rodziców. Ponadto działania edukacyjne w ramach programu przeprowadzono wśród 6522 uczniów klas I-III szkół podstawowych (5% ogółu) i 4156 ich rodziców w 41 szkołach podstawowych.

Akcja „Stop dopalaczom!”

Państwowa Inspekcja Sanitarna od wielu lat prowadzi działalność ukierunkowaną na profilaktykę uzależnień. Jednak fakt pojawienia się na polskim rynku środków zastępczych - „dopalaczy” - stawia przed instytucjami i organizacjami działającymi w obszarze zdrowia publicznego nowe wyzwania oraz skłania do konsolidowania sił na rzecz walki z tymi nowymi narkotykami.

Mając na uwadze ten fakt oraz szybkość, z jaką pojawiają się na rynku nowe środki zastępcze, WSSE w Bydgoszczy opracowała interwen-

cję nieprogramową o nazwie „Stop dopalaczom!” ukierunkowaną na ograniczenie używania środków zastępczych i adresowaną do ogółu społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży oraz ich rodziców i opiekunów.

W 2015 roku w ramach interwencji podjęto szereg działań. Do najistotniejszych z nich należały:

- realizacja tematyki uzależnień w ramach wojewódzkiej interwencji nieprogramowej „Bezpieczne wakacje”, adresowanej głównie do dzieci i młodzieży przebywającej w ośrodkach letniego wypoczynku,
- współpraca z instytucjami, stowarzyszeniami i organizacjami pozarządowymi realizującymi zadania na rzecz profilaktyki uzależnień, podejmowana w celu wymiany doświadczeń, obrania skutecznych strategii i wspólnych kierunków działań,
- edukacja z zakresu profilaktyki uzależnień, prowadzona w środowisku szkolnym z udziałem przedstawicieli Powiatowych Komend Policji i Straży Miejskiej (seminaria, debaty, prelekcje, pogadanki, wystawy, konkursy, akcje, apele, dni profilaktyki),
- organizacja z zakresu problematyki uzależnień szkoleń dla różnych grup odbiorców: pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy, przedstawicieli władz samorządowych, służby zdrowia, uczestników Szkół Rodzenia, uczestniczek Klubu „Młodych mam” działającego przy Centrum Kultury Katolickiej „Wiatrak” w Bydgoszczy, dyrektorów i nauczycieli szkół,
- organizacja punktów informacyjno-edukacyjnych prowadzących poradnictwo w zakresie profilaktyki uzależnień oraz wystaw plakatów i innych wydawnictw oświatowo-zdrowotnych podczas imprez masowych, w siedzibie WSSE w Bydgoszczy, siedzibach PSSE oraz instytucji partnerskich (Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy, Domy Kultury, placówki oświatowo-wychowawcze, biblioteki, urzędy miast i gmin),
- organizacja wojewódzkiej konferencji „Ra-

zem przeciw dopalaczom” pod honorowym patronatem Wojewody Kujawsko-Pomorskiego, przy współpracy z Kujawsko-Pomorskim Kuratorium Oświaty w Bydgoszczy,

- udział pracowników PIS jako ekspertów i wykładowców w debatach szkolnych poświęconych dopalaczom, organizowanych przy współpracy Kujawsko-Pomorskiego Kuratorium Oświaty w Bydgoszczy,
- organizacja wojewódzkiego konkursu na prezentację multimedialną pn. „Razem przeciw dopalaczom”, którego uczestnikami byli uczniowie szkół ponadgimnazjalnych; prace laureatów zostały przekazane szkołom do wykorzystania w podejmowanych przez nich działaniach edukacyjnych.

W ramach interwencji edukacją łącznie objęto 37737 osób.

Akcja letnia „Bezpieczne wakacje”

Wojewódzka interwencja nieprogramowa z uwagi na swoje założenia dotyczące zdrowego i bezpiecznego wypoczynku została zrealizowana w okresie od czerwca do września 2015 roku. Grupę docelową jej działań stanowili właściciele i kierownicy ośrodków wypoczynkowych, uczestnicy obozów, półkolonii, kolonii i ich opiekunowie, pracownicy i klienci biur podróży, konsumenci. Osiągnięciu wytyczonych celów służyły takie formy edukacyjne jak prelekcje i pogadanki, instruktaże, konkursy, gry i zabawy dla dzieci, punkty informacyjne i ekspozycje materiałów edukacyjnych w miejscach wypoczynku, placówkach oświatowo-wychowawczych, lokalach gastronomicznych. W akcji uczestniczyło około 27900 osób.

Interwencja informacyjno-edukacyjna „Uroczystości komunijne bez zatruć pokarmowych”

Interwencja o charakterze ostrzegawczo-przypominającym, corocznie realizowana od kwietnia do czerwca w celu zapobiegania zatruciom i zakażeniom pokarmowym w okresie uro-

czystości pierwszokomunijnych poprzez działania informacyjno-edukacyjne wśród społeczności lokalnych. Grupą docelową akcji byli rodzice i opiekunowie dzieci obchodzących Pierwszą Komunię oraz osoby związane z przygotowaniem uroczystości komunijnych.

Zasadnicze działania obejmowały współpracę z pionem przeciwepidemicznym oraz pionem higieny dzieci i młodzieży szkolnej. Przekaz edukacyjny odbywał się poprzez parafie rzymskokatolickie (gabloty kościelne, odczyty podczas nabożeństw), szkoły (zebrania z rodzicami, zajęcia edukacyjne, szkolne ekspozycje, konkursy i apele), urzędy gmin i sołectwa (tablice ogłoszeń), sklepy (ulotki), lokalne media, portale internetowe.

W 2015 roku akcja realizowana była na terenie 10 powiatów: brodnickiego, chełmińskiego, golubsko-dobrzyńskiego, nakielskiego, radziejowskiego, rypińskiego, sępoleńskiego, świeckiego, toruńskiego i wąbrzeskiego. Działaniami objęto przynajmniej 6489 osób i 461 jednostek (w tym 149 parafii rzymskokatolickich, 188 szkół podstawowych i 62 lokale gastronomiczne).

Zdrowy styl życia – od juniora do seniora

Inicjatywa Oddziału Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia WSSE w Bydgoszczy realizowana jako wzmocnienie działań edukacyjnych, towarzysząca innym interwencjom oświatowo-zdrowotnym. Przedsięwzięcie podjęte zostało w celu propagowania zdrowego stylu życia poprzez uświadamianie i wzbogacanie wiedzy z zastosowaniem form interaktywnych.

Adresaci tej inicjatywy to dzieci, młodzież, seniorzy z Bydgoszczy i najbliższych okolic. Jej zasadnicze działania obejmują organizowanie wykładów, szkoleń, interaktywnych zajęć edukacyjnych, we współpracy z partnerami, a także opracowanie materiałów edukacyjnych. W 2015 roku działaniami edukacyjnymi objęto 329 osób z 17 placówek (12 przedszkoli, 2 szkoły podstawowe, 2 gimnazja, Dom Dziennego Pobytu).

Akcja edukacyjna dotycząca grzyboznawstwa i profilaktyki zatruć grzybami

Akcja wojewódzka prowadzona jest od

wielu lat w celu popularyzowania idei „grzybobra-
nia bez pomyłek”, upowszechnienia i pogłębienia
wiedzy o grzybach jadalnych i trujących oraz uś-
wiadomienia zagrożeń dla zdrowia i życia wsku-
tek zbierania nieznanych grzybów. Ma także za-
zadanie zwrócenie uwagi na ważną rolę lasów
i grzybów w przyrodzie oraz ich znaczenie dla Zie-
mi, człowieka i jego zdrowia oraz płynącą z tych
faktów konieczność szanowania i niezaśmieca-
nia lasu. Działania edukacyjne kierowane są do
społeczności lokalnej.

Główne elementy akcji to wystawa grzy-
boznawcza w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epi-
demiologicznej w Bydgoszczy (która w 2015 r. nie
odbyła się z powodu suszy i braku grzybów w le-
sie) oraz stoisko informacyjno-edukacyjne WSSE
podczas imprez branży łowieckiej i leśnej.

Ponadto podczas VI Targów Myśliw-
skich, które odbyły się w Bydgoskim Centrum Tar-
gowo-Wystawienniczym w dniach 17-18 paź-
dziernika 2015 roku, działało stoisko informacyj-
no-edukacyjne WSSE w Bydgoszczy, prowadzo-
ne przez pracowników oświaty zdrowotnej i pro-
mocy zdrowia, grzybownawców z pionu higieny
żywności i pracowników laboratorium (mikrobio-
logii i parazytologii lekarskiej). Oferowało ono po-
radnictwo dotyczące zasad bezpiecznego grzy-
bobrania, w zakresie profilaktyki chorób przeno-
szonych przez kleszcze, informacje odnośnie do
diagnostycznych badań laboratoryjnych w kie-
runku boreliozy oraz chorób pasożytniczych prze-
wodu pokarmowego, porady na temat innych za-
gadnień związanych z ochroną zdrowia oraz bez-
płatne materiały informacyjno-edukacyjne.

Z oferty stoiska skorzystało około 360 uczestni-
ków Targów – zarówno osób zwiedzających, jak
i wystawców.

Wnioski

1. W 2015 roku, biorąc pod uwagę wiodące
problemy zdrowotne społeczeństwa oraz
potrzeby środowiska lokalnego na terenie
województwa kujawsko-pomorskiego, by-
ła kontynuowana realizacja wszystkich in-
terwencji programowych oraz nieprogra-
mowych, podjętych w latach ubiegłych.
2. Od czasu wdrożenia w 2012 roku „Profilak-
tycznego programu w zakresie przeciw-
działania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu
i innych środków psychoaktywnych” w ra-
mach tej interwencji systematycznie zwię-
ksza się liczba podejmowanych działań
edukacyjnych oraz liczba ich odbiorców.
Fakt ten potwierdza zainteresowanie spo-
łeczeństwa zagadnieniami w zakresie pro-
filaktyki uzależnień.
3. Z uwagi na odnotowany wzrost liczby za-
truć środkami zastępczymi zintensyfiko-
wano działania edukacyjne w ramach
przedsięwzięcia edukacyjnego pod nazwą
„Stop dopalaczom!”.
4. Od lat wzrasta liczba osób korzystających
z usług Punktu Konsultacyjno-Diagnos-
tycznego HIV/AIDS, działającego przy Wo-
jewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiolo-
gicznej (369 osób w 2013 roku, 454 osoby
w roku 2014, 482 w roku 2015).



