



**POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W M. ST. WARSZAWIE**

**OCENA STANU SANITARNOHIGIENICZNEGO
ORAZ SYTUACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ
m. st. Warszawy
w roku 2016**

Luty 2017 r.

SPIS TREŚCI

1. Charakterystyka działalności Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w m. st. Warszawie.
2. Higiena środowiska.
3. Stan sanitarnohigieniczny zakładów pracy.
4. Obiekty żywności, żywienia i przedmiotów użytku.
5. Stan epidemiologiczny w zakresie chorób zakaźnych.
6. Ocena stanu sanitarnego placówek oświatowo – wychowawczych.
7. Działalność opiniodawcza w zapobiegawczym nadzorze sanitarnym.
8. Działalność promocji zdrowia.
9. Ocena sytuacji kryzysowej w obszarze odpowiedzialności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie w 2016 r.
10. Wnioski.

1. CHARAKTERYSTYKA DZIAŁALNOŚCI POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ W M. ST. WARSZAWIE

Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w m. st. Warszawie jest podmiotem leczniczym, w stosunku do którego uprawnienia organu założycielskiego posiada Wojewoda Mazowiecki. Ze względu na duży obszar działania oraz określone rozmieszczenie w terenie nadzorowanych obiektów, Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w m. st. Warszawie posiada następujące placówki usytuowane w 2 punktach miasta:

- 1) Placówka PSSE ul. Kochanowskiego 21 (siedziba główna Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego);
- 2) Placówka PSSE ul. Cyrulików 35.

Łącznie w Stacji zatrudnionych jest 213 pracowników. Stan na 31.12.2016 r. w poszczególnych komórkach organizacyjnych kształtuje się następująco:

1) Dyrektor	-1 osoba
2) Zastępca Dyrektora	-1 osoba
3) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych	-1 osoba
4) Higiena Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku	-45 osób
5) Higiena Komunalna	-27 osób
6) Higiena Pracy	-25 osoby
7) Higiena Dzieci i Młodzieży	-15 osób
8) Epidemiologia	-30 osób
9) Promocja Zdrowia	-12 osób
10) Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny	-14 osób
11) Główny Specjalista ds. Nadzoru Jakości	-1 osoba
12) Pracownicy administracyjni i samodzielne stanowiska	-41 osób

Działalnością Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w m. st. Warszawie kieruje Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie, który jednocześnie pełni funkcję dyrektora.

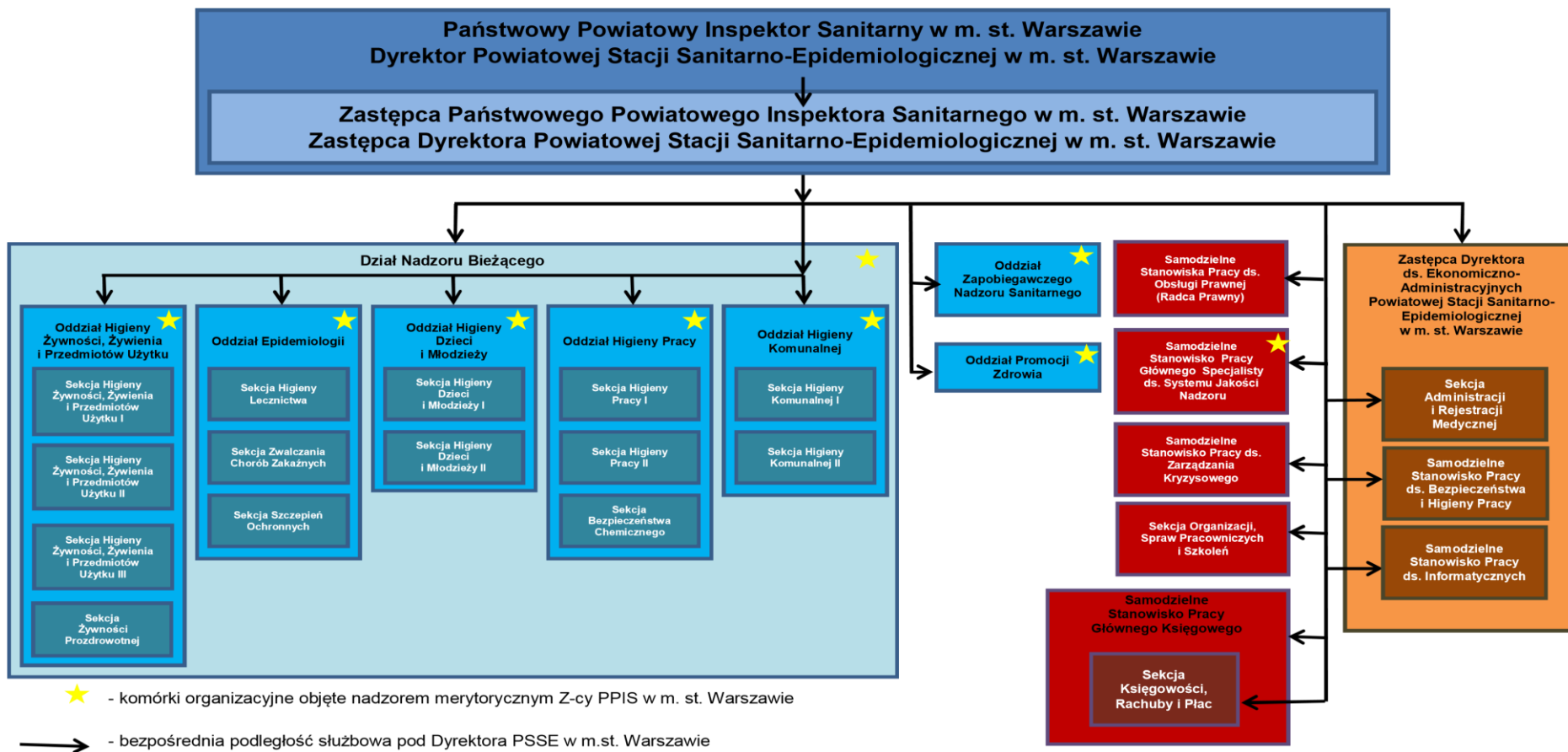
Zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 z późn. zm.) realizuje zadania w zakresie:

- 1) Higieny środowiska;
- 2) Higieny pracy w zakładach pracy;
- 3) Higieny procesów nauczania i wychowania;
- 4) Higieny wypoczynku i rekreacji;
- 5) Zdrowotnym żywności, żywienia i przedmiotów użytku;
- 6) Higieniczno – sanitarnym, jaki powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

W ramach sprawowanego zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w m. st. Warszawie przeprowadzili w 2016 roku łącznie 17 036 kontroli oraz nałożyli ogółem 1 508 mandatów na łączną kwotę 433 250 zł.

SCHEMAT ORGANIZACYJNY

Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie



2. HIGIENA ŚRODOWISKA

W roku 2016 w ewidencji Oddziału Higieny Komunalnej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie (stan na koniec roku) znajdowało się 3240 obiektów, z czego skontrolowano 1540, co stanowi około 50 %. Łącznie przeprowadzono 2661 kontroli w obiektach objętych nadzorem oraz innych obiektach w związku z interwencjami od mieszkańców.

2.1. JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA PRZEZ LUDZI

Aglomerację warszawską liczącą około 1.665.383 mieszkańców w wodę przeznaczoną do spożycia zaopatrjuje Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji w m. st. Warszawie. Woda do produkcji ujmowana jest głównie z wód powierzchniowych. Ujęcie wody zlokalizowane na Zalewie Zegrzyńskim, mieszczące się na terenie powiatu legionowskiego, zasila Zakład Wodociągu Północnego w Wieliszewie. Źródłem wody dla dwóch pozostałych zakładów ujmujących wodę infiltracyjną tj. Zakładu Wodociągu Centralnego i Zakładu Wodociągu Praskiego jest rzeka Wisła. Wodociągi warszawskie ujmują także wody głębinowe. Teren dzielnicy Warszawy Wawer zaopatrywany jest w wodę z lokalnych stacji uzdatniania wody SUW „Falenica” i SUW „Radość” podobnie jest w Dzielnicy Wesoła. Stan zwodociągowania m. st. Warszawy wynosi 97,7% ogólnej liczby mieszkańców. Woda po uzdatnieniu za pomocą systemów pompowych oraz poprzez sieć dystrybucyjną dostarczana jest do odpowiednich stref zasilania. Lewobrzeżna Warszawa zasilana jest w wodę z Zakładu Wodociągu Centralnego i uzupełniana z Zakładu Wodociągu Północnego poprzez przepompownię znajdującą się na Marymoncie. Prawobrzeżna część Warszawy zaopatrywana jest przez Zakład Wodociągu Praskiego i Zakład Wodociągu Północnego poprzez stację strefową zlokalizowaną na Białołęce. Zasięg zasilania poszczególnych Zakładów nie jest stały, ale może ulegać zmianie w zależności od układu ciśnienia i zapotrzebowania wody. W zależności od potrzeb, jak również w sytuacjach kryzysowych poszczególne zakłady mogą się wzajemnie uzupełniać i zastępować w dostawie wody. Wodociągi warszawskie sprawują wewnętrzną kontrolę jakości wody. Podstawowym źródłem informacji określającym jakość wody są badania prowadzone na wyjściach do sieci oraz hydrantach zlokalizowanych na terenie miasta. Aktualne wyniki z badań wody zamieszczane zostają na stronie internetowej MPWiK w m. st. Warszawie S.A.

Raz w miesiącu na łamach Gazety Wyborczej pojawia się informacja o jakości wody, która opatrzona jest komentarzem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie.

Na mocy ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 139 i 1893) oraz ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1412) nadzór nad urządzeniami wodnymi oraz ocenę jakości wody przeznaczonej do spożycia prowadzą organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Bieżący nadzór sanitarny nad jakością wody sprawowany jest w formie monitoringu – cyklicznych badań próbek wody, które pobiera się z ustalonych, stałych punktów, zaś oceny dokonuje się na podstawie uzyskanych wyników z ww. badań w odniesieniu do limitów przedstawionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2015 r., poz. 1989). Ilość punktów pobierania próbek wody do celów monitoringowych w sieci wodociągów warszawskich wytypowano w zależności od wielkości produkcyjnej poszczególnych zakładów:

- 1) Wodociąg Centralny – 4 punkty w sieci + 4 wyjścia;
- 2) Wodociąg Praski – 3 punkty w sieci + 2 wyjścia;
- 3) Wodociąg Północny – 4 punkty w sieci + 1 wyjście;
- 4) Wodociąg Publiczny „Falenica” – „Radość” – 3 punkty w sieci;
- 5) Wodociąg Publiczny Warszawa Wesola – 5 punktów w sieci.

W trzech, charakterystycznych dla poszczególnych ujęć wody punktach w sieci, prowadzony jest monitoring codzienny.

Z punktów zlokalizowanych w sieci, próbki wody pobierane są raz na miesiąc celem przeprowadzenia wymaganych, podstawowych oznaczeń mikrobiologicznych i fizyko–chemicznych, zaś w próbkach wody pobieranych raz na kwartał z wyjść u „producenta” oraz w kilku innych punktach w sieci, przeprowadzane są oznaczenia w zakresie monitoringu przeglądowego, który ocenia dodatkowo poziom zawartości metali ciężkich, pestycydów oraz innych także szkodliwych substancji wymienionych w/w rozporządzeniu.

W 2016 r. z wodociągu publicznego warszawskiego pobrano i zbadano wodę przeznaczoną do spożycia w ilości:

- 1) 886 próbki w zakresie oznaczeń mikrobiologicznych;
- 2) 886 próbek w zakresie oznaczeń fizyko- chemicznych.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie prowadzi także nadzór nad jakością wody ujmowanej z ujęć głębinowych, studni oligoceńskich, które stanowią alternatywne źródło zaopatrzenia ludności w wodę. W obecnej chwili do codziennego użytku mieszkańców przeznaczonych jest około 100 takich ujęć. W 2016 r. z ujęć głębinowych pobrano i zbadano wodę przeznaczoną do spożycia w ilości:

- 1) 405 próbki w zakresie oznaczeń mikrobiologicznych;
- 2) 405 próbki w zakresie oznaczeń fizyko- chemicznych.

Jakość wody w wodociągu warszawskim oraz z ujęć oligoceńskich kwestionowana była ze względu na ponadnormatywne zawartości związków żelaza i manganu, a co za tym idzie podwyższoną mętnością wpływającą bezpośrednio na barwę wody. Wystąpienie przekroczenia w/w parametrów są wynikiem wtórnego zanieczyszczenia sieci wodociągowej.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego sprawuje także kontrolę nad jakością wody ciepłej w kierunku obecności pałeczek bakterii Legionella sp. W 2016 r. roku pobrano 89 próbek z 23 obiektów służby zdrowia (szpitale, DPS-y, ZOL-e).

2.2. JEZIORKO CZERNIAKOWSKIE - MIEJSCE PRZEZNACZONE DO KĄPIELI

Stołeczne Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, w terminie od 11.06.2016r. do 11.09.2016r., na wydzielonym fragmencie linii brzegowej Jeziora Czerniakowskiego, zlokalizowanego przy ul. Jeziornej w Warszawie, organizowało miejsce wykorzystywane do kąpiel, na zlecenie Miasta Stołecznego Warszawa - Dzielnica Mokotów ul. Rakowiecka 25/27, 02-517 Warszawa.

W związku z przesłaniem przez SWOPR wyłącznie jednego badania wody pobranej w dniu 06.06.2016r., Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Warszawie w dniu 16.06.2016r. odmówił wydania pozytywnej oceny jakości wody w miejscu wykorzystywanym do kąpiel zlokalizowanym na Jeziorku Czerniakowskim.

Następnie w dniu 17.06.2016r. przeprowadzono kontrolę, podczas której nałożono mandat karny w wysokości 100 zł za brak badań wody pobranych z miejsca wykorzystywanego do kąpiel, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia

z dnia 8 kwietnia 2011r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli (Dz. U. Nr 86 z 2011 r., poz.478).

Na podstawie wyników badania wody z dnia 16.06.2016r. oraz ocen wizualnych z dnia 06.06.2016r. oraz 17.06.2016r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Warszawie w dniu 27.06.2016r. stwierdził przydatność wody do kąpeli w miejscu wykorzystywanym do kąpeli na Jeziorku Czerniakowskim.

Na podstawie kolejnych wyników badania wody, wykonanych dnia 28.07.2016r., Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Warszawie w dniu 29.08.2016r. stwierdził przydatność wody do kąpeli w miejscu wykorzystywanym do kąpeli na Jeziorku Czerniakowskim.

Kontrole miejsca wykorzystywanego do kąpeli na Jeziorku Czerniakowskim przeprowadzono w dniach 22.07.2016r. oraz 29.08.2016r. – kontrole nie wykazały nieprawidłowości.

Do końca sezonu tj. do 11.09.2016r. Stołeczne Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe nie sygnalizowało pogorszenia jakości wody podczas jej wizualnej oceny.

2.3. USTĘPY PUBLICZNE I OGÓLNODOSTĘPNE W OBIEKTACH UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

W roku 2016 w ewidencji znajdowały się 78 ustępów publicznych wolnostojących oraz ogólnodostępnych zlokalizowanych w obiektach użyteczności publicznej, znajdujących się m.in. na dworcach kolejowych, stacjach Metra oraz w centrach handlowych. Należy podkreślić, że agenci utrzymują pomieszczenia w należytej czystości, stosują środki dezynfekcyjne, zapewniają mydło w płynie, ręczniki jednorazowe. Grupa tych obiektów w ostatnich latach poprawia swój stan sanitarny.

2.4. BASENY KĄPIELOWE

W ewidencji znajdowało się 65 pływalni, w tym 54 to pływalnie kryte. Wszystkie zostały skontrolowane. W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. z 2015r., poz. 2016) właściciele/administratorzy pływalni przedstawiali do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

w m. st. Warszawie do ustalenia harmonogramu badań jakości wody zgodnie z w/w aktem prawnym, na podstawie którego wykonywano stosowne badania w zakresie kontroli wewnętrznej obiektu. Przedkładane badania jakości wody na pływalniach generalnie nie budziły zastrzeżeń pod względem sanitarnym.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie w związku z wprowadzeniem nowego aktu prawnego przeprowadził szkolenie dla właścicieli/zarządców pływalni mające na celu omówienie nowych zasad sprawowania nadzoru nad obiektem oraz obowiązków podmiotów odpowiedzialnych za baseny.

2.5. DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

Przeprowadzono kontrolę w 11 domach pomocy społecznej znajdujących się w rejestrze domów pomocy społecznej Wojewody Mazowieckiego.

Większość skontrolowanych obiektów odpowiada wymaganiom sanitarnym, a ich stan oceniony został jako dobry lub dostateczny.

Nadal zdarzają się przypadki otwierania prywatnych domów opieki bez opinii sanitarnej, gdzie warunki nie odpowiadają wymaganiom (brak windy, nieodpowiednia ilość urządzeń sanitarnych, itp.).

Obserwuje się poprawę stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów. W dalszym ciągu część placówek działających na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej ze względu na niedostosowanie do wymaganych standardów nie posiada zezwolenia Wojewody Mazowieckiego. Podczas kontroli udzielany był instruktaż dotyczący sposobu postępowania z odpadami medycznymi oraz wydawane były zalecenia zobowiązujące podmioty do właściwego przechowywania i usuwania tych odpadów.

2.6. NOCLEGOWNIE DLA BEZDOMNYCH

Skontrolowano 18 placówek świadczących pomoc noclegową dla ludzi bezdomnych na terenie m.st. Warszawy.

Łączna liczba miejsc w skontrolowanych obiektach wynosi ok. 1600. Remonty prowadzone są na bieżąco, w miarę dostępności środków finansowych, a wykonywane są głównie przez mieszkańców i personel. Ogólny stan sanitarno – porządkowy i techniczny w skontrolowanych obiektach nie budził poważniejszych

zastrzeżeń. Czystość bieżąca zachowana. Zapewnione są środki do mycia i dezynfekcji. W okresie zimowym w miarę możliwości lokalowych w poszczególnych obiektach organizowane są dodatkowe miejsca noclegowe oraz posiłki. Zapewnione są koce, kołdry, bielizna pościelowa itp.

2.7. HOTELE

W ewidencji znajduje się ogółem 181 obiektów hotelarskich – hoteli skategoryzowanych i innych świadczących usługi hotelarskie. Łącznie skontrolowano 67 obiektów.

W większości obiektów stan sanitarno - porządkowy oraz techniczny nie budził zastrzeżeń. Podczas prowadzonych kontroli zwracano szczególną uwagę na wykonywanie przez właścicieli obiektów badań wody ciepłej na obecność bakterii Legionella sp.

Dzięki jasnym i jednoznacznym przepisom możliwe jest przeprowadzenie kategoryzacji lub weryfikacji kategorii hoteli i innych obiektów tej grupy: moteli, campingów i schronisk.

2.8. ZAKŁADY FRYZJERSKIE, FRYZJERSKO - KOSMETYCZNE, KOSMETYCZNE, ODNOWY BIOLOGICZNEJ, TATUAŻU I SOLARIA.

W ewidencji na koniec 2016 r. znajdowało się 1785 zakładów świadczących usługi fryzjerskie, fryzjersko-kosmetyczne, odnowy biologicznej oraz tatuażu, z czego skontrolowano 936. Stan sanitarny większości zakładów fryzjerskich i kosmetycznych istniejących na terenie m. st. Warszawy oceniono jako dobry, częściowo dostateczny.

Gorsza ocena wiąże się z lokalizacją zakładów w starym budownictwie, z gorszą funkcjonalnością, małą powierzchnią oraz brakiem właściwego zaplecza. Najczęściej stwierdzone uchybienia to: zły stan sanitarno-porządkowy i techniczny pomieszczeń, brak wydzielonego pomieszczenia bądź miejsca do przechowywania sprzętu porządkowego, brak pomieszczenia sanitarnohigienicznego oraz nieprawidłowa dezynfekcja sprzętu fryzjerskiego.

Coraz częściej obserwuje się wzrost świadomości klientów wymuszający podnoszenie standardu świadczonych usług, w tym również podnoszenie standardu zajmowanych przez usługodawców pomieszczeń.

Podczas kontroli prowadzony był często instruktaż w zakresie dezynfekcji i sterylizacji sprzętu fryzjerskiego i kosmetycznego.

2.9. OBIEKTY TRANSPORTU

Nadzorem sanitarnym objęte były obiekty transportu kolejowego, zajezdnie i pętle tramwajowe, autobusowe, środki transportu wraz z ekspedycjami, dworce kolejowe. Stan sanitarno-techniczny pętli i ekspedycji nie budził zastrzeżeń. Kontroli poddano 5 dworców kolejowych, 2 autobusy komunikacji publicznej, 47 wagonów w pociągach pasażerskich - dalekobieżnych włącznie z miejscami do siedzenia, 11 samochodów służących do przewozu zwłok i szczątków ludzkich wykorzystywanych przez zakłady pogrzebowe, 2 samochody do przewozu bielizny.

2.10. SŁUŻBA ZDROWIA

Działem wiodącym podczas prowadzonych kontroli obiektów służby zdrowia jest Oddział Epidemiologii (Nadzór Higieny Lecznictwa). Uczestniczono w kontrolach kompleksowych w tych obiektach zgodnie z przekazywanym harmonogramem kontroli.

Zgodnie z przyjętym harmonogramem kontroli jakości wody w instalacjach ciepłej wody, w ramach nadzoru wykonywano badania wody na obecność bakterii Legionella sp., a w przypadku ich stwierdzenia wszczynane było postępowanie administracyjne. Pobrano 89 prób z 23 obiektów służby zdrowia (szpitale, DPS-y, ZOL-e). Ponadto PPIS pozyskuje informacje od podmiotów leczniczych dotyczące nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi pod kątem występowania bakterii Legionella sp.

2.11. INNE OBIEKTY UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

Oprócz obiektów zawartych w poszczególnych grupach nadzorem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie objęte są także inne obiekty użyteczności publicznej tj. kina, teatry, pralnie wodne, magle, cmentarze, zakłady pogrzebowe, itp. Na koniec 2016 r. nadzorem objętych było 933 takich obiektów, w tym skontrolowano 342.

2.12. INTERWENCJE DOTYCZĄCE STANU SANITARNEGO

W 2016r., do Oddziału Higieny Komunalnej wpłynęło 851 interwencji od mieszkańców. Zdarzały się także interwencje anonimowe, które po rozpatrzeniu zagrożenia, były rozpatrywane normalnym trybem bądź zgodnie z KPA pozostawiane bez rozpoznania. Większość z nich dotyczyła niewłaściwego stanu sanitarnego posesji, uciążliwości powodowanej pracą różnego rodzaju urządzeń oraz działalnością gospodarczą, uciążliwością zapachową, złym stanem technicznym budynków, altan śmietnikowych, złą jakością wody, bytowaniem gołębi i kotów, obecnością gryzoni w obrębie nieruchomości. Podejmowane działania polegały na dokonaniu kontroli, która w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości skutkowałą wszczęciem postępowania administracyjnego. Wpływały także interwencje dotyczące złej jakości wody w miejskiej sieci wodociągowej oraz ujęciach „oligoceńskich”. Zazwyczaj były to zgłoszenia telefoniczne od mieszkańców. Mieszkańcy byli informowani o prowadzonym nadzorze, badaniach monitoringowych oraz aktualnych wynikach tych badań.

Analizując treść składanych wniosków można uznać, że tak jak w poprzednich latach główną przyczyną pism dotyczących niewłaściwego stanu sanitarnego posesji są niedociągnięcia w pracy administracji budynków. Obserwuje się również brak współpracy między administracjami, a wspólnotami mieszkaniowymi.

Nadal odnotowuje się zgłoszenia dotyczące działalności obiektów świadczących usługi opiekuńcze dla osób starszych. Przeprowadzone kontrole wykazały wiele nieprawidłowości, m.in. niewłaściwą gospodarkę odpadami medycznymi, nieodpowiednią organizację zaplecza, obieg bielizny czystej i brudnej. Nakładano grzywny w drodze mandatu karnego oraz wszczynano postępowanie administracyjne w przedmiocie wydania decyzji nakazującej. Ponieważ skontrolowane obiekty, których dotyczyły interwencje nie były ujęte w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego PPIS złożył do tego organu stosowne zawiadomienia o ujawnieniu niezarejestrowanej działalności.

W poprzednich latach do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie wpływały liczne interwencje mieszkańców dotyczące uciążliwości powodowanej działalnością ZUO „Kampinoska” eksploatowanego przez MPO. Zakład przetwarza niesegregowane odpady komunalne powstające na terenie Warszawy. Technologia obejmuje podstawowe przetwarzanie mechaniczne (rozdrabnianie,

separacja metali żelaznych i odpadów problemowych) oraz kompostowanie w przyzmach pod przykryciem. Przetworzone odpady są składowane na składowisku zlokalizowanym na przyległym terenie. Interwencje mieszkańców dotyczyły przede wszystkim uciążliwości zapachowych, których źródłem są: hala rozładunku odpadów surowych oraz przyzmy kompostowe. PPIS rozpoznawał sprawę pod kątem możliwości przeprowadzenia postępowania w zakresie posiadanych kompetencji. Ostatecznie uznał, że ma ograniczone możliwości podjęcia interwencji w związku ze zgłaszanym przez mieszkańców podejrzeniem negatywnego wpływu na zdrowie ludzi odorów emitowanych przez zakład. Ze względu na brak uregulowań prawnych, a w szczególności norm określających dopuszczalne poziomy substancji złownonych, nie ma możliwości prowadzenia działań kontrolnych w trybie nadzoru bieżącego. W konsekwencji wszelkie działania organów PIS muszą ograniczać się do oceny skutków zdrowotnych obserwowanych u osób narażonych na oddziaływanie zakładu. W 2016 PPIS podjął próby pozyskania wiarygodnych danych o występowaniu wśród okolicznych mieszkańców zachorowań mogących być skutkiem ekspozycji na odory. Przeprowadzono akcję ankietyzacyjną wśród mieszkańców podczas której, przedstawiciele PPIS prosili mieszkańców o podanie informacji o takich zachowaniach potwierdzonych stosowną dokumentacją medyczną. Ponadto dokonał analizy zgłoszeń o chorobach zakaźnych dokonywanych na podstawie Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 1866). Na prośbę PWIS, PPIS wystąpił też z bezpośrednim zapytaniem do pobliskich placówek medycznych o wskazanie, czy w ostatnich latach zaobserwowano wzmożone występowanie objawów takich jak: kaszel, duszności, wymioty, bóle głowy, itp. wśród osób mieszkających w pobliżu kompostowni. Działania powyższe nie dostarczyły żadnych dowodów wskazujących, że uciążliwość zapachowa generowana przez kompostownię powoduje wzrost zachorowań na konkretne jednostki chorobowe.

Obecnie większość interwencji wpływa do PWIS, który informuje, że poruszane kwestie leżą w kompetencji Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska w Warszawie.

W roku 2016r., w związku ze zgłaszanymi interwencjami dotyczącymi uciążliwości zapachowych w pomieszczeniach mieszkalnych i usługowych przy ul. Skierniewickiej 21 PPIS podjął działania, aby jak najszybciej wyeliminować prawdopodobną przyczynę przedostawania się nieprzyjemnych zapachów oraz

zminimalizowania narażenia mieszkańców na niepotrzebną ekspozycję w/w oparów substancji organicznych. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie wezwał administratora nieruchomości przy ul. Skierniewickiej 21 (gdzie stwierdzono pomiarami wysokie stężenia benzenu) do przeprowadzenia przeglądu szczelności instalacji kanalizacyjnej w budynku. Po podjęciu działań naprawczych przez Spółdzielnię „Strop” i administratora Banku PKO S.A. oraz ze względu na fakt, że inwestor robót budowlanych prowadzonych na działce przy ul. Skierniewickiej 34 poczynił zabezpieczenia zmniejszające emisję zanieczyszczeń, uciążliwości znacząco ograniczono. Dla potwierdzenia skuteczności tych działań, Laboratorium WSSE na zlecenie PPIS kontynuowało pomiary w dniach 09-11.03.br. w nieruchomości przy ul. Skierniewickiej 21 w pomieszczeniach Banku PKOBP i Sądu Okręgowego (w lokalach gdzie stwierdzano wcześniej największe stężenia). Wyniki badań próbek powietrza nie wykazały istotnej zawartości benzenu i innych substancji szkodliwych w powietrzu.

Inwestor budowy, zgodnie z ww. ustaleniami wprowadzał również działania naprawcze. Początkowo od 1.03.2016r. na budowie zastosowano eksperymentalnie dodawanie do odprowadzanej wody mieszaniny chemicznej mającej na celu związanie benzenu i innych obecnych substancji chemicznych. Również z początkiem marca, firma SEGI AT Sp. z o.o. (podwykonawca) podjęła budowę systemu wentylowania kanałów kanalizacji; urządzenie rozpoczęło pracę 4.03.2016r., wykazując skuteczność w oczyszczaniu w przedstawionych PPIS w m. st. Warszawie dokumentach *„Sprawozdanie nr z badań skuteczności filtrów węglowych do oczyszczania powietrza kanalizacyjnego na budowie Skierniewicka w Warszawie”* za okres 4.03-4.04.2016r. oraz *„Sprawozdanie nr 2 z pomiarów stężeń benzenu w okolicy budynków przy ul. Staszica 4 i 6 wykonanych w dniach 6-7.04.2016r.”* Pomiary skuteczności filtrów były prowadzone przez cały czas funkcjonowania wspomnianych filtrów.

W odpowiedzi na zapytania z 24.03. i 14.04.br dotyczące budowy instalacji do oczyszczania wody, inwestor RONSON IS Sp. z o. o. Sp. K, pismem z dn. 21.04.2016r. poinformował, że odstąpił od planowanej wcześniej budowy ww. instalacji z uwagi na pozytywne wyniki wdrożonego dotychczas rozwiązania, powołując się na ustalenia ze spotkania w Biurze Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego m. st. Warszawy, które odbyło się 8.04.2016r. i na którym m. in. przedstawiciele zaproszonych inspekcji, Urzędu Dzielnicy Wola, Banku PKO S.A,

Spółdzielni „Strop” zgodzili się, że przedmiotowa instalacja spełnia swoje zadanie redukując do minimum uciążliwość zapachową.

Jednakże, w czasie pracy instalacji, na przełomie marca i kwietnia, w końcu kwietnia i w I-szej połowie lipca incydentalnie dochodziło do awarii systemu oczyszczania powietrza, co powodowało występowanie wyczuwalnego zapachu benzenu w okolicy budowy. Po usunięciu awarii zapach był niewyczuwalny, a wyniki pomiarów prowadzonych przez m.in. inwestora były prawidłowe.

Z dniem 10.08.2016r. odwodnienie wykopu zostało całkowicie wyłączone, co zostało potwierdzone przez przedstawicieli PPIS w m. st. Warszawie w dniu 22.08.2016r.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie w związku z otrzymanymi interwencjami dotyczącymi uciążliwości zapachowych pochodzących z realizacji inwestycji „Wola Libre” ul. Obozowa 20 w dniach 17.02.2016r. i 26.02.2016r., zlecił Laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w Warszawie, pobranie próbek powietrza na 2 stanowiskach pracy na terenie budowy, które wykazały poziomy stężenia badanych substancji; benzenu, etylobenzenu, ksylenów i toluenu w stężeniach poniżej 0,1 Najwyższego Dopuszczalnego Stężenia na stanowiskach pracy.

Ponadto, na podstawie wyników badań próbek powietrza, pobranych w dniach: 17-18.02.2016r., 29.02.-01.03.2016r. 04-07.03.2016r., 24-25.05.2016r., 08-09.06.2016r., 23.-24.06.2016r. w wytypowanych lokalach mieszkalnych przy ul. Ostroroga 29 i ul. Obozowej 16 nie stwierdzono przekroczeń dopuszczalnych stężeń badanych parametrów.

Zmierzone wartości zarówno na stanowiskach pracy jak i w wytypowanych lokalach mieszkalnych były poniżej progu oznaczalności i znacznie niższe od Najwyższych Dopuszczalnych Stężeń (NDS), co oznacza, że przebywanie w mieszkaniach, jak i na otwartej przestrzeni nie było niebezpieczne dla zdrowia. Interpretację pomiarów przeprowadzonych w lokalach mieszkalnych oparto o Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12.03.1996 r. w sprawie dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia, wydzielanych przez materiały budowlane, urządzenia i elementy wyposażenia pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi. (Monitor Polski nr 19, poz. 231), a na stanowiskach pracy o rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej

z dnia 6.06.2014r. w sprawie Najwyższych Dopuszczalnych Stężeń i Natężeń w środowisku pracy (Dz. U. z 2014r. poz. 817 ze zm.).

Wszelkie prace związane z usuwaniem ziemi zanieczyszczonej, emitującej nieprzyjemny zapach z terenu inwestycji zakończono z dniem 1.08.2016r.

W roku 2016 uczestniczono w 344 ekshumacjach na wniosek Wojewody Mazowieckiego mających na celu przeniesienie grobów z lat 80 i późniejszych, w związku z prowadzonymi przez Instytut Pamięci Narodowej pracami poszukiwawczymi ofiar zbrodni komunistycznych i terroru komunistycznego z okresu 1948-1955 pochowanych na terenie cmentarza wojskowego oraz 7 ekshumacjach ofiar katastrofy smoleńskiej na wniosek Prokuratury Krajowej.

2.13. DZIAŁANIA ZWIĄZANE ZE SZCZYTEM NATO I ŚWIATOWYMI DNIA MI MŁODZIEŻY

W związku ze szczytem NATO w 14 obiektach hotelarskich kontrole obejmowały sprawdzenie stanu sanitarnohigienicznego pokoi mieszkalnych, sal konferencyjnych i wielofunkcyjnych, zespołów odnowy biologicznej (baseny, sauny, siłownie, zakłady fryzjerskie/kosmetyczne), toalet ogólnodostępnych oraz pomieszczeń zaplecza (magazyny, miejsca gromadzenia odpadów, pralnie itp.). W każdym obiekcie dokonano przeglądu dokumentacji w zakresie wentylacji i klimatyzacji, kontroli jakości wody na obecność bakterii Legionella sp., prowadzonych zabiegów dezynsekcji i deratyzacji oraz umów na podwykonawstwo usług sprzątania i prania bielizny. Szczególną uwagę zwracano na sposób postępowania z bielizną czystą, jakość i zapas środków do mycia i dezynfekcji. W większości skontrolowanych hoteli (11) nie stwierdzono nieprawidłowości stanowiących naruszenie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, co wymagałoby wszczęcia postępowania administracyjnego lub nałożenia grzywny w drodze mandatu karnego. Podczas kontroli wydawane były doraźne zalecenia, które wykonywane były niezwłocznie – albo jeszcze podczas trwania kontroli bądź w ciągu kilku dni od jej zakończenia.

W każdym obiekcie informowano o konieczności dostosowania do nowych wymagań związanych z funkcjonowaniem basenów, w szczególności opracowania i uzgodnienia z PPIS harmonogramu badań jakości wody basenowej.

Należy zaznaczyć, że w większości przypadków usługi uzupełniające takie jak: prowadzenie zespołów odnowy biologicznej lub salonów urody, świadczone są przez odrębne podmioty gospodarcze. W związku z powyższym podmioty te były kontrolowane niezależnie od kontroli prowadzonych w hotelach. Łącznie kontroli takich obiektów przeprowadzono 9 z czego 4 w zespołach odnowy biologicznej, 3 w zakładach fryzjerskich, 1 w salonie manicure oraz w 1 pralni. W salonie manicure działającym przy Hotelu Mercure ul. Złota 48/54 stwierdzono nieprawidłowości w zakresie postępowania ze sprzętem wymagającym sterylizacji. Kontrolowany zgłosił usunięcie nieprawidłowości w ciągu 7 dni po kontroli. W celu zweryfikowania tego faktu zostały przeprowadzone kontrole sprawdzające w trybie przewidzianym przepisami ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Na prośbę MSWIA skontrolowano obiekty stanowiące bazę hotelową dla oddziałów Policji zabezpieczających Szczyt NATO tj. Hotel „Bella Vista” ul. Trakt Brzeski 99, Hotel Aramis ul. Mangalia 3B, Hotel Atos ul. Mangalia 1 oraz PATRON Al. Dzieci Polskich 20.

Ponadto, niezależnie od wytycznych otrzymanych z WSSE, przeprowadzono wspólne kontrole w obiektach zlokalizowanych w sąsiedztwie Stadionu Narodowego tj.: Hotel DEDEK PARK Al. Zieleniecka 6/8 oraz Hotel FELIX ul. Omulewska 24. Jednocześnie wystosowano pismo w sprawie jakości wody w instalacji wody ciepłej w hotelach zawierające zalecenia Głównego Inspektora Sanitarnego.

Ponadto skontrolowano:

- 1) 19 stacji metra;
- 2) Dworzec Warszawa Wschodnia;
- 3) Dworzec Warszawa Zachodnia;
- 4) Dworzec Warszawa Centralna;
- 5) Dworzec Warszawa Gdańska;
- 6) Zakład Eksploatacji PKP Intercity, ul. Chłopickiego 53;
- 7) 17 toalet zlokalizowanych na stacjach metra;
- 8) 4 toalety na Dworcu Centralnym;
- 9) 2 toalety na Dworcu Śródmieście;
- 10) 6 toalet ogólnodostępnych;
- 11) Dworzec Zachodni PKS, Al. Jerozolimskie 144;
- 12) 2 środki transportu;
- 13) 1 skład pociągowy (17002 Warszawa-Berlin);

- 14) Zamek Królewski w Warszawie;
- 15) Teatr Wielki;
- 16) Teatr Narodowy.

Podczas w/w kontroli stwierdzono:

- 1) Stacja metra Ursynów – nieprawidłowości: brudny strop nad halą odpraw po stronie południowej. Rekontrola w dniu 12.07.2016r. – uchybienia usunięto;
- 2) Stacja metra Politechnika – nieprawidłowości: brudny strop nad peronem i zużyte osłony kabli elektrycznych. Rekontrola w dniu 07.07.2016r. – uchybienia usunięto;
- 3) Toaleta na Stacji Wilanowska – nieodpowiedni stan sanitarno - techniczny. Wszczęto postępowanie administracyjne w dniu 01.06.2016r. i wydano decyzję merytoryczną z terminem wykonania obowiązku do dnia 31.12.2016r.

W okresie przygotowań do Szczytu NATO, w sposób priorytetowy traktowano interwencje dotyczące okolic Stadionu Narodowego, podejmując niezwłoczną reakcję na wszelkiego rodzaju zgłoszenia o niewłaściwym stanie sanitarnym posesji i terenów publicznych w tym rejonie.

Reasumując: w powyższe przedsięwzięcie zaangażowanych było bezpośrednio 23 pracowników Oddziału HK. Przeprowadzono 93 kontrole.

Przygotowania do ŚDM

Przeprowadzono kontrole:

- 1) 28 stacji metra;
- 2) 26 toalet ogólnodostępnych zlokalizowanych na stacjach metra;
- 3) Dworzec Warszawa Wschodnia;
- 4) Dworzec Warszawa Zachodnia;
- 5) Dworzec Warszawa Centralna;
- 6) Dworzec Warszawa Gdańska;
- 7) 4 toalety na Dworcu Centralnym;
- 8) 2 toalety na Dworcu Śródmieście;
- 9) 6 toalet ogólnodostępnych;
- 10) 2 toalety zlokalizowane na Dworcu Wschodnim (ul. Lubelska i ul. Kijowska);
- 11) Dworzec Zachodni PKS, Al. Jerozolimskie 144;
- 12) 2 środki transportu;
- 13) Amfiteatr, Park Górczewska.

Ponadto w miesiącu lipcu 2016r. skontrolowano:

- 1) toaleta damska Dworzec Zachodni PKS, Al. Jerozolimskie 144;
- 2) toaleta męska Dworzec Zachodni PKS, Al. Jerozolimskie 144;
- 3) toaleta ogólnodostępna na Dworcu Zachodnim PKP, ul. Tunelowa;
- 4) toaleta ogólnodostępna Dworzec Zachodni PKP, Al. Jerozolimskie 144 – nowy obiekt;
- 5) Schronisko młodzieżowe, ul. Myśliwiecka 9;
- 6) Szalet, Al. Lotników;
- 7) Szkolne Schronisko Młodzieżowe nr 2/Hostel ul. Smolna 30;
- 8) Szkolne Schronisko Młodzieżowe nr 3/Hostel ul. Karolkowa 53a.

Zaopiniowano następujące imprezy masowe:

- 1) IV Festiwal Muzyki Chrześcijańskiej w ramach ŚDM, Amfiteatr w Parku Górczewska – 22.07.2016r.;
- 2) Dzień Sportu na Bemowie w ramach ŚDM przy hali sportowej, ul. Obrońców Tobruku – 23.07.2016r.;
- 3) Klub Sportowy „Przyszłość” w ramach ŚDM, ul. Rybnika 25 – 24.07.2016r.;
- 4) „Wiara, Nadzieja, Miłość” Pl. Piłsudskiego w dniu 21.07.2016 r.;
- 5) „Iskra Miłosierdzia” Park Szczęśliwice w dniu 22.07.2016 r.;
- 6) „Światowe Dni Młodzieży – Dzień Kultury i Sportu, Piknik Historyczno-Rekreacyjny” na terenie AWF ul. Marymoncka 34 dnia 23.07.2016 r. (w trakcie opiniowania).

Kontrola na Dworcu Wschodnim wykazała nieprawidłowości w zakresie stanu technicznego wyposażenia toalet (uszkodzenia armatury i suszarek do rąk). Polecono również prowadzenie regularnej dezynfekcji przewijaka dla niemowląt. Kontrola sprawdzająca przeprowadzona w dniu 7.07.2016 r. potwierdziła usunięcie nieprawidłowości.

Reasumując: w działania podejmowane w związku z przygotowaniem do ŚDM zaangażowanych było bezpośrednio 23 pracowników Oddziału HK. Przeprowadzono 91 kontroli.

2.14. WNIOSKI

Łącznie w 2016 r. przeprowadzono 2661 kontroli w obiektach objętych nadzorem oraz innych obiektach w związku z interwencjami od mieszkańców. Wydano:

657 decyzji merytorycznych w różnego rodzaju sprawach - zezwolenia na ekshumację, transport zwłok lub szczątków ludzkich poza granice RP oraz nakładające wykonanie określonych obowiązków. W związku ze wszczętymi postępowaniami wydano 117 decyzji płatniczych, 95 postanowień oraz 2 tytuły wykonawcze. W wyniku stwierdzanych w trakcie kontroli nieprawidłowości nałożono 99 mandatów karnych, na łączną kwotę 18300 PLN.

Należy zauważyć, iż stan sanitarny kontrolowanych obiektów w zakresie higieny komunalnej, nieznacznie się poprawia w związku z większą świadomością osób odpowiedzialnych za utrzymywanie tych obiektów we właściwym stanie sanitarnym. Od kilku lat zauważalny jest znaczny wzrost ilości interwencji wnoszonych przez mieszkańców, rozpatrywanych przez Oddział Higieny Komunalnej, co ma bezpośredni wpływ na zmniejszenie ilości kontroli prowadzonych w ramach ustalanego harmonogramu kontroli obiektów użyteczności publicznej.

Z uwagi na konieczność stosowania procedur wynikających z przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej – w szczególności konieczności zawiadomiania przedsiębiorcy o kontroli – ma to wpływ na możliwość skontrolowania faktycznego stanu obiektu. Z tego też powodu, w ostatnich latach spadła ilość mandatów nakładanych za uchybienia w tym zakresie.

3. STAN SANITARNOHIGIENICZNY ZAKŁADÓW PRACY

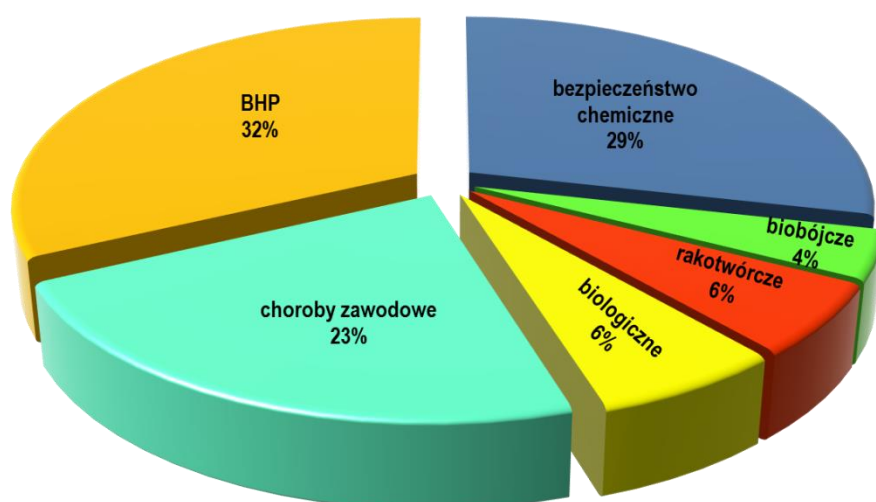
Oddział Higieny Pracy Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie wykonuje nałożone zadania przede wszystkim poprzez nadzór nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy, kontrole obrotu chemikaliami oraz prowadzenie postępowań w sprawach chorób zawodowych.

W 2016r. w 907 zakładach pracy przeprowadzono ogółem 1179 kontroli, w tym między innymi:

- 1) 618 w ramach nadzoru nad substancjami i mieszaninami chemicznymi (wprowadzanymi do obrotu i stosowanymi w procesie pracy);
- 2) 88 dotyczących nadzoru nad produktami biobójczymi;
- 3) 141 w ramach nadzoru nad czynnikami biologicznymi;
- 4) 130 dotyczących substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

W ramach prowadzonego nadzoru bieżącego wydano ogółem 288 decyzji administracyjnych zawierających 795 nakazów zobowiązujących pracodawców do usunięcia uchybień stwierdzonych w trakcie kontroli.

Zakres działań Oddziału Higieny Pracy przedstawia poniższy wykres.

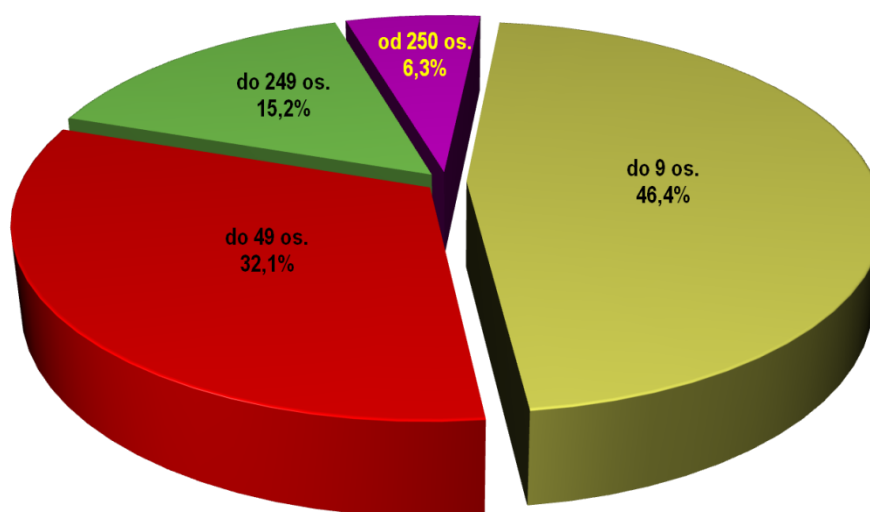


Wykres 1. Struktura działalności Oddziału Higieny Pracy.

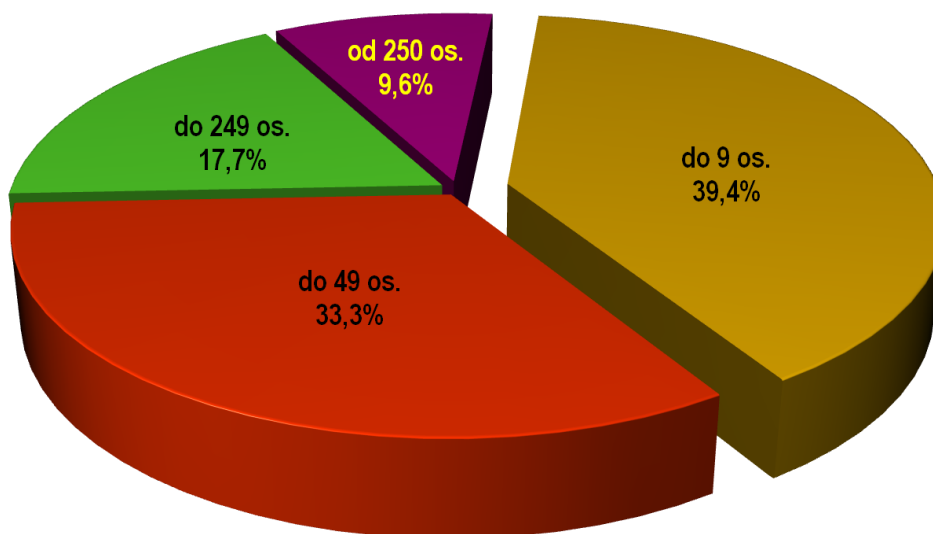
3.1. NADZÓR BIEŻĄCY NAD ZAKŁADAMI PRACY

Oddział Higieny Pracy Powiatowej Stacji Sanitarno–Epidemiologicznej w m. st. Warszawie w 2016 roku sprawował bieżący nadzór nad 4196 zakładami pracy, zatrudniających ponad 289 tyś. pracowników.

Strukturę tych zakładów przedstawia poniższy wykres: zakłady pracy zatrudniające do 9 pracowników stanowią 46,4%, od 10 do 49 - 32,1%, od 50 do 249–15,2% i powyżej 250 osób – 6,2% wszystkich przedsiębiorstw znajdujących się w ewidencji Oddziału.



Wykres 2. Struktura zatrudnienia w zakładach będących pod bieżącym nadzorem Oddziału Higieny Pracy w 2016r.



Wykres 3. Struktura zatrudnienia w zakładach skontrolowanych w 2016r.

W trakcie kontroli warunki środowiska pracy oceniano między innymi w oparciu o:

- 1) ocenę zgodności wyników pomiarów czynników szkodliwych (fizycznych i chemicznych) wykonywanych na stanowiskach pracy z obowiązującymi normatywami higienicznymi,
- 2) analizę dokonaną przez pracodawcę oceny ryzyka zawodowego na poszczególnych stanowiskach pracy,
- 3) wyposażenie zakładu w środki ochrony zbiorowej i indywidualnej oraz instrukcje stanowiskowe,
- 4) kontrole profilaktycznych badań lekarskich pracowników,
- 5) stan sanitarnohigieniczny poszczególnych pomieszczeń zakładu.

W toku realizacji zadań wynikających ze sprawowania nadzoru bieżącego przez pion higieny pracy wydano 119 nakazów zobowiązujących pracodawców do wykonania badań środowiskowych na wytypowanych stanowiskach pracy. W trakcie analizy wyników pomiarów w 18 zakładach stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia.

Liczba pracowników zatrudnionych w skontrolowanych w 2016r. zakładach w warunkach przekroczenia NDN (najwyższe dopuszczalne natężenie) lub NDS (najwyższe dopuszczalne stężenie) wynosiła:

- 1) dla czynników chemicznych – 68 osób;
- 2) dla pyłów – 72 osoby;
- 3) dla czynników fizycznych (głównie hałasu) – 772 osoby.

W stosunku do 2015 roku zaobserwowano znaczne obniżenie liczby osób zatrudnionych w warunkach przekroczenia NDS chemicznych czynników szkodliwych. Natomiast znacznie wzrosła liczba pracowników (z 258 do 772) narażonych na fizyczne czynniki szkodliwe, głównie hałas, przekraczające NDN ww. czynnika. Można przypuszczać, że przyczyną tego zjawiska mogło być zwiększenie w 2016 roku liczby kontroli sanitarnych w dużych zakładach, zatrudniających powyżej 260 osób, a także większa liczba przeprowadzonych przez pracodawców badań środowiskowych, w których uzyskano wyniki przekraczające dopuszczalne normy.

W związku z powyższymi uchybieniami wydano 42 nakazy polecające pracodawcom obniżenie stężeń i natężeń czynników szkodliwych na stanowiskach pracy, poniżej wartości NDS i NDN.

W 2016 roku decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie unieruchomiono 1 stanowisko pracy na skutek stwierdzonego przekroczenia NDSCh (najwyższego dopuszczalnego stężenia chwilowego) tetrachloroetenu. Pracodawca w trybie pilnym poprawił warunki pracy.

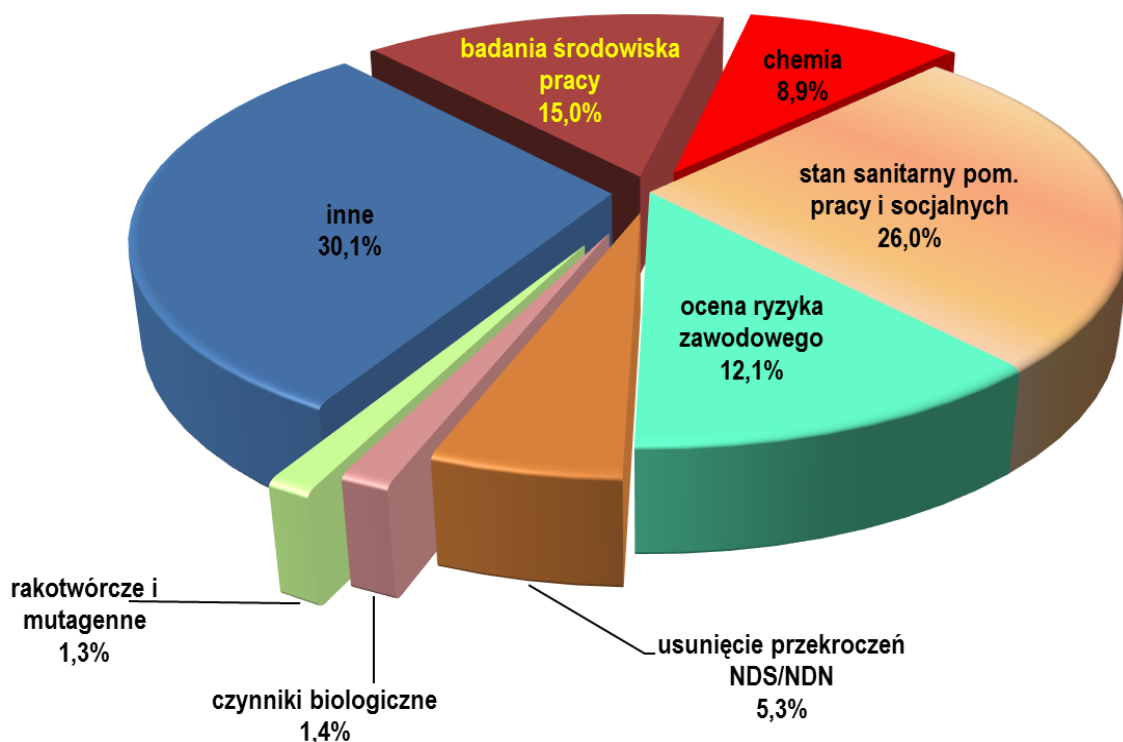
W ramach wykonywanych zadań przeprowadzono 130 kontroli w 95 zakładach pracy, w których stosowane są substancje, preparaty, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Wydano 10 decyzji w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, takich jak brak informacji o czynnikach rakotwórczych, brak rejestru prac i pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, brak lub niepełna ocena ryzyka zawodowego.

W 2016 roku przeprowadzono 22 kontrole firm zajmujących się usuwaniem i zabezpieczaniem wyrobów zawierających azbest. Oceniano je, m. in. pod względem posiadanych zezwoleń na prowadzenie ww. prac, wyposażenia pracowników w odzież i środki ochrony zgodne z przepisami, a także sposobu wykonywanych czynności w czasie kontaktu z azbestem. Kontrole te nie wykazały nieprawidłowości. Spośród zakładów znajdujących się w ewidencji pionu higieny pracy, skontrolowano 131, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne. Wydano 11 nakazów zobowiązujących do usunięcia uchybień, takich jak: brak prowadzonego rejestru prac i rejestru pracowników zatrudnionych na stanowiskach z występującym narażeniem na czynniki biologiczne oraz brak opracowanych procedur i instrukcji.

Zgodnie z przepisami pracodawca jest zobowiązany do systematycznej oceny i dokumentowania ryzyka zawodowego na poszczególnych stanowiskach pracy, do stosowania niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających to ryzyko oraz do informowania pracowników o ryzyku. W wyniku przeprowadzonych kontroli wydano 96 nakazów zobowiązujących pracodawców do usunięcia nieprawidłowości w tym zakresie.

W toku prowadzonych postępowań administracyjnych zobowiązano pracodawców do poprawy stanu sanitarnohigienicznego (w tym uporządkowania i wyposażenia)

pomieszczeń pracy oraz pomieszczeń socjalnych i sanitarnych, wydając odpowiednio 207 i 154 nakazy. Ponadto, 6 pracodawców zobowiązano do przedstawienia aktualnych zaświadczeń lekarskich pracowników o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na danym stanowisku pracy.



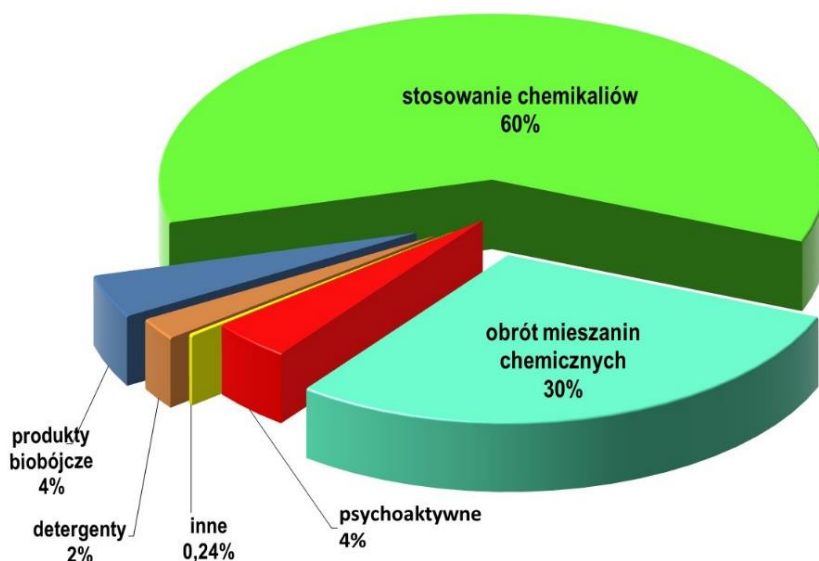
Wykres 4. Struktura nakazów wydanych w ramach nadzoru bieżącego w 2016 r.

3.2. NADZÓR CHEMICZNY

W ramach bieżącego nadzoru sanitarnego prowadzone kontrole dotyczą przestrzegania obowiązujących przepisów w zakresie:

- 1) obrotu mieszaninami i substancjami chemicznymi na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) obrotu chemikaliami specjalnego przeznaczenia (produkty biobójcze, detergenty, prekursorzy narkotykowe, chemikalia podlegające procedurze pozwoleń i/lub ograniczeń, środki ochrony roślin, wyroby medyczne itp.);
- 3) importu i eksportu chemikaliów (m.in. wydawanie decyzji na wywóz lub przywóz);
- 4) stosowania chemikaliów w działalności zawodowej;
- 5) obrotu i/lub wytwarzania substancji psychoaktywnych (głównie środków zastępczych).

Poniżej przedstawiono strukturę kontroli w ramach nadzoru chemicznego.



Wykres 5. Tematyka kontroli w zakresie bezpieczeństwa chemicznego w 2016 r.

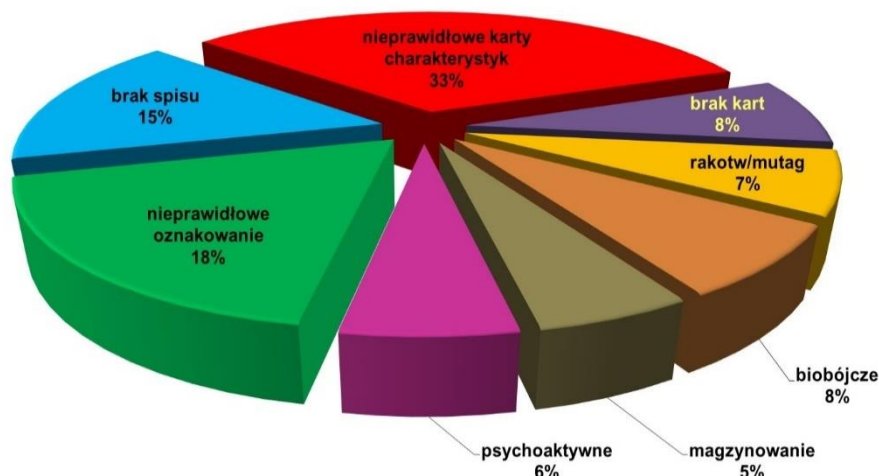
3.2.1. KONTROLA OBROTU MIESZANINAMI I SUBSTANCJAMI CHEMICZNYMI

W roku 2016 kontynuowano nadzór nad podmiotami zajmującymi się wytwarzaniem, wprowadzaniem do obrotu substancji i mieszanin chemicznych stwarzających zagrożenie dla ludzi i środowiska, polegający na kontroli:

- 1) przekazywania prawidłowych informacji w łańcuchu dostaw (karty charakterystyki, raporty bezpieczeństwa chemicznego, scenariusze narażenia, ocena ryzyka zawodowego, itp.) w obrocie krajowym i unijnym;
- 2) zgodności danych w kartach charakterystyki substancji i mieszanin chemicznych z obowiązującymi wymogami prawa;
- 3) zgodności oznakowania na etykietach opakowań substancji i mieszanin chemicznych z obowiązującymi wymogami prawa;
- 4) prawidłowości klasyfikacji zagrożeń substancji i mieszanin chemicznych;
- 5) legalności wprowadzania do obrotu substancji chemicznych (rejestracja właściwa i wstępna substancji chemicznych) w ścisłej współpracy z Inspektorem ds. Substancji Chemicznych w Łodzi, Głównym Inspektoratem Sanitarnym i Europejską Agencją Chemiczną w Helsinkach;

- 6) respektowania zezwoleń, ograniczeń i zakazów w związku z wprowadzaniem do obrotu produktów pod kątem zawartości w nich niedozwolonych substancji rakotwórczych/mutagennych (m.in. badanie ich zawartości w uprawnionym laboratorium) w ścisłej współpracy z Inspekcją Handlową, Urzędem Celnym;
- 7) przekazywania Inspektorowi ds. Substancji Chemicznych wymaganych informacji o wprowadzaniu substancji/mieszanin stwarzających zagrożenie na terytorium RP. W związku z wymogami, zawartymi w rozporządzeniach REACH i CLP, dotyczącymi konieczności przekazywania informacji do Europejskiej Agencji Chemikaliów w Helsinkach (ECHA) o przestrzeganiu legalności i prawidłowości obrotu chemikaliami i przygotowanymi 5-letnimi programami sprawozdawczymi zawierającymi wytyczne o sposobie kontroli obiektów zajmujących się ww. zagadnieniami, na bieżąco aktualizowana jest ewidencja i dane firm zajmujących się obrotem chemikaliami. Szczególny nacisk położony jest na kontrole podmiotów dystrybuujących substancje/mieszaniny stwarzające duże ryzyko dla zdrowia, tj. rakotwórcze, mutagenne, wpływające na rozrodczość oraz zaklasyfikowane jako żrące, toksyczne, szkodliwe dla środowiska i zdolne do bioakumulacji oraz zagadnienia związane z rejestracją tych substancji.

Na terenie nadzorowanym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie przeważają podmioty zajmujące się dystrybucją chemikaliów. W 2016 r. w ewidencji Oddziału Higieny Pracy znajdowały się 704 zakłady zajmujące się wprowadzaniem do obrotu substancji i mieszanin chemicznych (w zakładach tych zatrudnionych było około 32 tyś. pracowników). Ogółem skontrolowano 483 zakłady zajmujące się dystrybucją i stosowaniem substancji i mieszanin chemicznych, w których przeprowadzono łącznie 618 kontroli. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie braku lub błędów w treści kart charakterystyki mieszanin i substancji chemicznych oraz nieprawidłowych oznakowań na etykietach opakowań. W przypadku 51 substancji/mieszanin chemicznych zakwestionowano karty charakterystyki, a w 58 oznakowanie. Wycofano z obrotu 1 produkt biobójczy, wprowadzany do obrotu bez stosownego zezwolenia. Stwierdzone uchybienia skutkowały wydaniem 68 nakazów i 73 zaleceń pokontrolnych.



Wykres 6. Struktura wydanych decyzji w zakresie bezpieczeństwa chemicznego w 2016 r.

3.2.2. KONTROLA OBROTU CHEMIKALIAM I SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA

Kontynuowano nadzór nad wprowadzaniem do obrotu produktów, które podlegają obowiązkowi rejestracji, udzielania zezwoleń lub podlegających ograniczeniom. Jest to związane z koniecznością ochrony zdrowia ludzkiego, jak i środowiska naturalnego, ze względu na obecność substancji biologicznie czynnych lub szczególnie niebezpiecznych w składzie tych produktów.

Jednym z szerszych obszarów działalności jest rynek produktów biobójczych, które wykorzystuje się głównie do dezynfekcji, usuwania, odstraszenia, wabienia i zabijania mikroorganizmów oraz szkodników, takich jak m. in. komary, meszki itp. Zasady wprowadzania do obrotu, a także nadzoru nad ww. produktami zostały ujęte w Ustawie z dnia 13.09.2002 r. o Produktach Biobójczych (znowelizowanej 20.11.2015 r.). W związku z powyższym działania obejmowały:

- 1) kontrolę posiadania wymaganego zezwolenia Ministra Zdrowia;
- 2) weryfikację substancji czynnych, w związku z decyzjami Komisji Europejskiej o wyłączeniu niektórych substancji ze stosowania w produktach biobójczych;
- 3) sprawdzanie dokumentacji w/w produktów, głównie zgodności danych zawartych na etykiecie oraz w karcie charakterystyki z zezwoleniem Ministra Zdrowia;

- 4) ocenę zgodności oznakowania opakowań z danymi zamieszczonymi w karcie oraz obowiązującymi wymogami prawa;
- 5) zakres i poprawność stosowania w działalności zawodowej ww. produktów.

Duży udział w działalności kontrolnej stanowi rynek detergentów. Zwracano szczególną uwagę na przekazywanie przez dystrybutorów informacji na etykiecie dotyczącej bezpiecznego stosowania danego detergentu oraz umieszczania nazw substancji powodujących uczulenia. Obserwuje się obecnie coraz częstsze przypadki występowania alergii lub innych niepokojących objawów u osób stosujących te produkty zwłaszcza, gdy odbiorcą ich jest konsument, a nie firma stosująca je w działalności zawodowej. Szczególną uwagę Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie poświęcił analizie przedstawianych do wglądu arkuszy danych dla służb medycznych, scenariuszy narażenia i danych dotyczących biodegradowalności mieszanin.

W zakresie obrotu prekursorami narkotykowymi przeprowadzono kontrole w zakresie:

- 1) wydawania zezwoleń na wywóz/przywóz prekursorów kat.2;
- 2) nadzoru nad obrotem prekursorami kat. 3.

Nadzór nad rynkiem środków ochrony roślin i wyrobów medycznych sprowadzał się głównie do kontroli kart charakterystyk i oznakowania.

3.2.3. IMPORT I EXPORT CHEMIKALIÓW

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie wydaje również decyzje dot. przywozu do Unii Europejskiej i wywozu poza jej teren niektórych chemikaliów. Decyzje te wydawane są w stosunku do substancji, których obrót podlega ścisłej kontroli ze względu na możliwość zastosowania ich do produkcji narkotyków. Ograniczona jest w ten sposób liczba dystrybutorów mogących w sposób legalny wprowadzać ww. substancje do obrotu.

3.2.4. KONTROLA STOSOWANIA CHEMIKALIÓW W DZIAŁALNOŚCI ZAWODOWEJ

Państwowa Inspekcja Sanitarna obejmuje też swoim nadzorem firmy stosujące w działalności zawodowej środki chemiczne. W związku z zapisami Kodeksu pracy i rozporządzeń wykonawczych dokonuje się kontroli z zakresu, między innymi:

- 1) oceny dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa chemicznego (instrukcje obsługi, instrukcje BHP, szkolenia, ocena ryzyka zawodowego itp.);
- 2) przestrzegania zapisów bezpiecznego stosowania w działalności zawodowej oraz bezpiecznego przechowywania chemikaliów w magazynach i innych pomieszczeniach pracy.

W ramach przeprowadzonych kontroli stwierdzono m.in. nieprawidłowe karty charakterystyki dla stosowanych substancji lub mieszanin lub ich brak oraz brak spisu stosowanych substancji, a także niewłaściwe przechowywanie chemikaliów.

3.2.5. KONTROLA OBROTU I/LUB WYTWARZANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (GŁÓWNIIE ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH)

Działania z zakresu obrotu środkami zastępczymi, realizowane m. in. we współpracy z Urzędem Celnym, Prokuraturą i Policją, związane z realizacją zapisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stanowiły bardzo duży udział w działalności kontrolnej pionu higieny pracy.

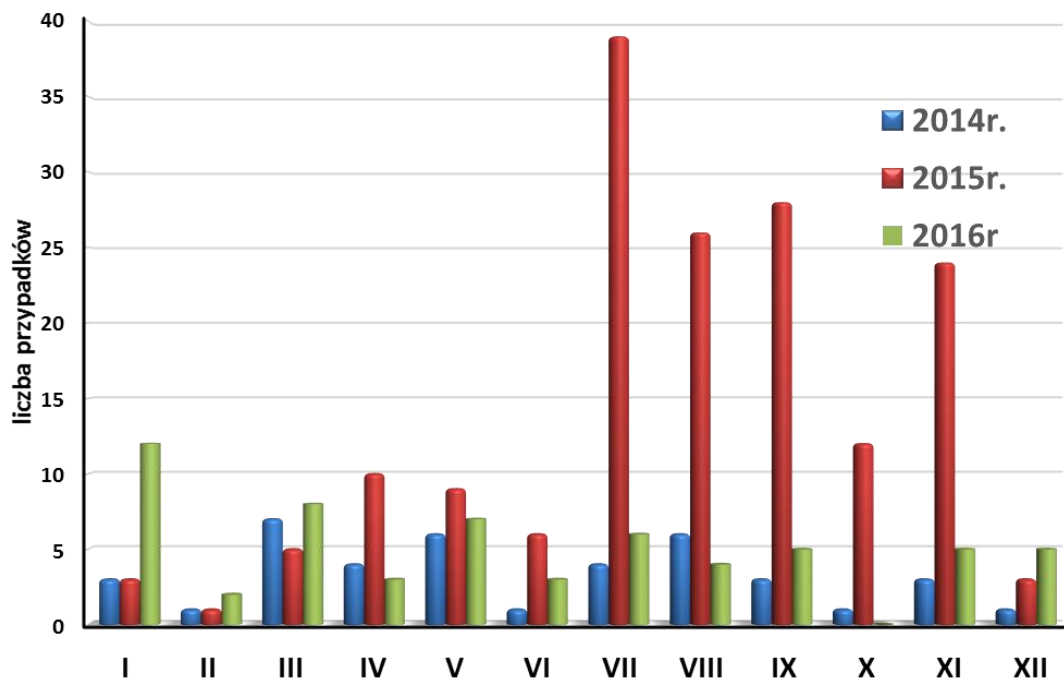
Tabela 1. Działania w ramach nadzoru nad środkami zastępczymi.

Liczba przeprowadzonych kontroli w stacjonarnych punktach sprzedaży dopalaczy	7
Liczba wydanych decyzji dotyczących środków zastępczych	8
Liczba zabezpieczonych opakowań produktów (saszetki do 1g)	435
Liczba pobranych próbek do badań	61
Liczba przebadanych próbek	50
Liczba podmiotów/osób fizycznych oferujących w sprzedaży środki zastępcze	11
Liczba wydanych decyzji w zakresie prowadzonych postępowań	41
Kwota nałożonych kar (w zł)	20.000
Liczba zatruc	60

Działania Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie obejmują:

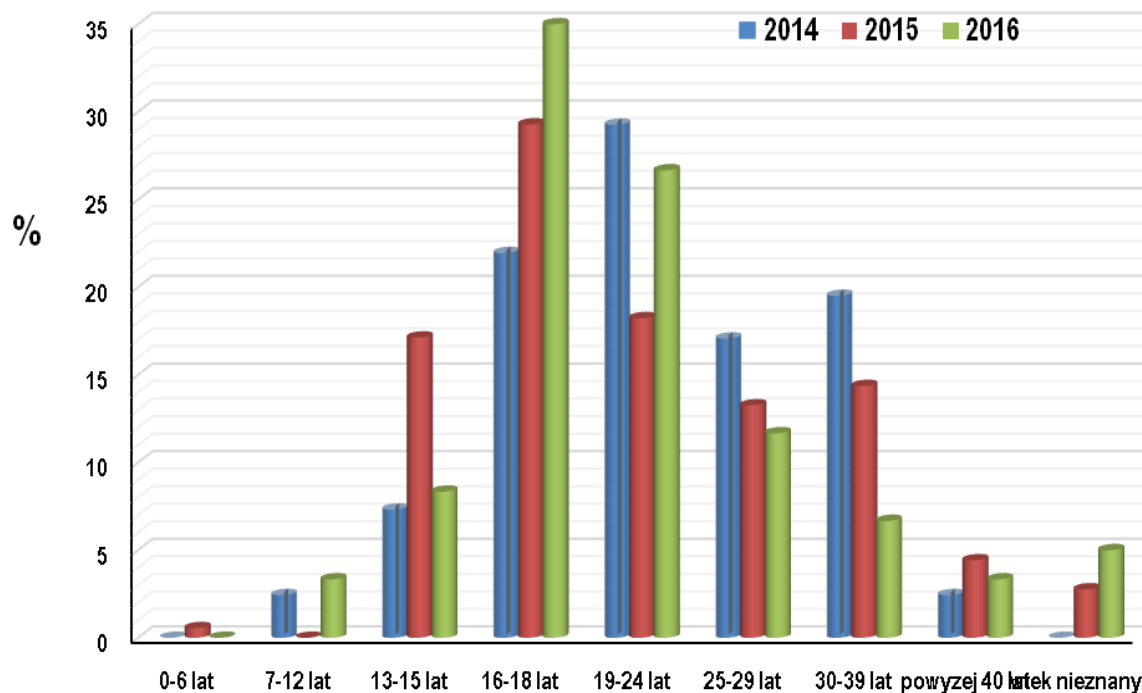
- 1) monitoring zatruc środków zastępczymi;
- 2) postępowania wobec osób wprowadzających do obrotu środki zastępcze punktach stacjonarnych oraz poprzez inne kanały dystrybucji takie jak poczta, handel bezpośredni, itp.;
- 3) współudział w szkoleniach prowadzonych wspólnie z Oddziałem Promocji Zdrowia w ramach profilaktyki uzależnień.

W roku 2016 zaobserwowano spadek bezwzględnej liczby zatruc u „konsumentów” w całym kraju, a na terenie m. st. Warszawy - o ponad 60%.



Wykres 7. Liczba podejrzeń zatruc środkami zastępczymi w latach 2014-2016.

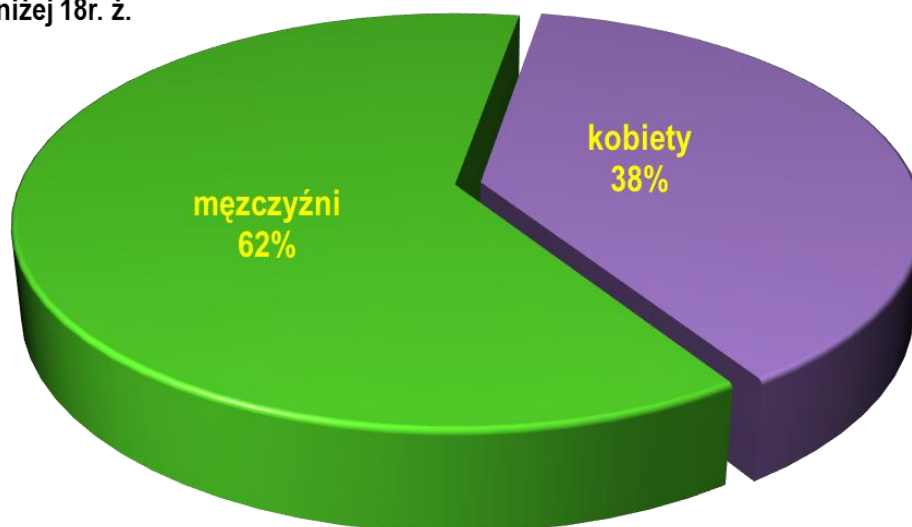
Jak pokazują dane z lat 2014-2016, najczęściej po środki działające na ośrodkowy układ nerwowy sięgali osoby młode w wieku od 14 do 24 lat. (Wykres poniżej).



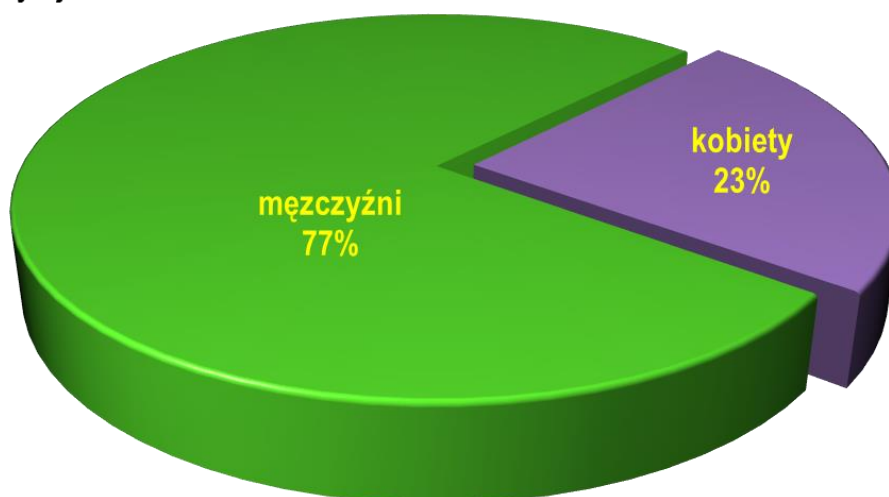
Wykres 8. Rozkład wiekowy osób, którym udzielono pomocy medycznej w związku z podejrzeniem zatrucia środkami zastępczymi na terenie kraju w latach 2014-2016.

Porównując wiek osób, którym udzielono pomocy medycznej w związku z podejrzeniem zatrucia środkami zastępczymi w Warszawie, w 2016 roku obserwuje się wzrost liczby zatruc wśród młodzieży w wieku 16-18 lat w stosunku do roku 2014 i 2015, natomiast spadek – w grupie poniżej 16 roku życia.

poniżej 18r. ż.



powyżej 18r. ż.



Wykres 9. Podział według płci i wieku osób poddanych hospitalizacji w związku z zatruciem środkami zastępczymi w 2016r.

Jak pokazują powyższe dane zarówno w grupie osób, które uległy zatruciu w wieku poniżej 18 roku życia jak i powyżej 18 roku życia, większość stanowili mężczyźni, odpowiednio 62% i 77%.

Można sądzić, że spadek bezwzględnej liczby podejrzeń zatruc w 2016 roku był spowodowany wzmożeniem nadzoru nad środkami zastępczymi we współpracy z organami ścigania.

Poza kontrolami związanymi z handlem środkami zastępczymi, prowadzono również akcje przesłuchiwanie osób, które uległy zatruciu tego typu substancjami, w celu uzyskania informacji o sposobie nabycia, okolicznościach zatrucia oraz uświadomienia problemu związanego z uzależnieniami.

W trakcie prowadzonych kontroli, w stacjonarnych punktach sprzedaży środków zastępczych, zabezpieczono 435 opakowań tych produktów. Spośród przebadanych 50-ciu próbek w 49 przypadkach stwierdzono obecność substancji o działaniu psychoaktywnym.

Ponadto, w 2016 r. do Powiatowej Stacji Sanitarno–Epidemiologicznej w m. st. Warszawie przekazano 88 spraw z Urzędów Celnych i jednostek prokuratury dot. stwierdzenia w przesyłkach pocztowych lub posiadania środków zastępczych.

W uzasadnionych przypadkach, występowało o pomoc prawną do powiatowych inspektorów sanitarnych właściwych ze względu na miejsce zamieszkania adresatów

przesyłek w celu sprawdzenia, czy ww. produkty nie zostały wprowadzone do dalszej dystrybucji. Równocześnie Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie wszczął analogiczne postępowania w stosunku do adresatów przesyłek zamieszkałych na terenie m. st. Warszawy. Nawiązano współpracę z komendami rejonowymi policji w celu zidentyfikowania i przesłuchania adresatów przesyłek.

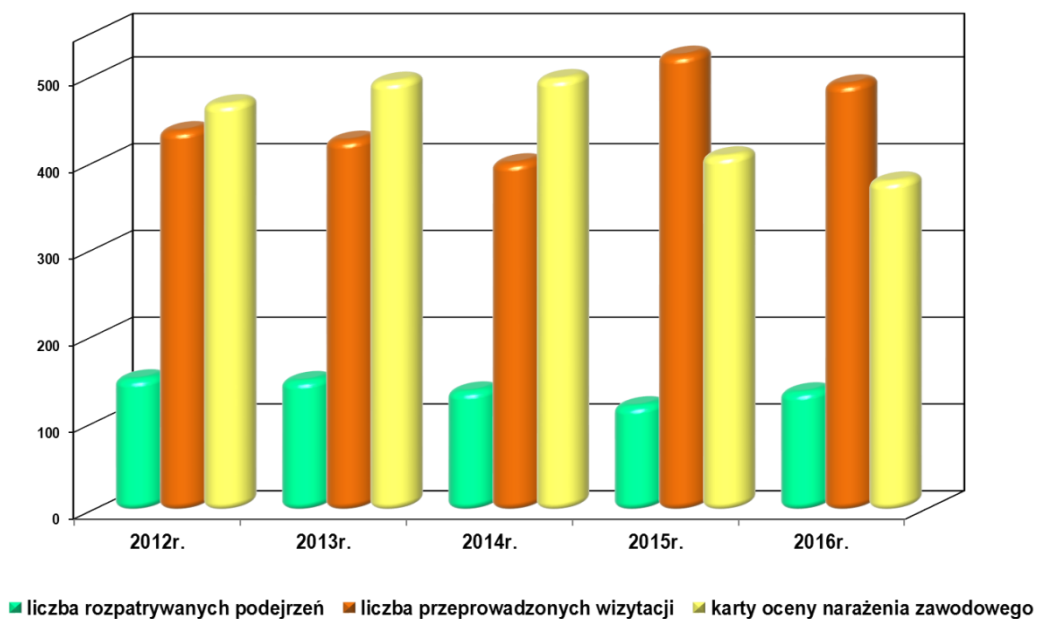
W 2016r. przeprowadzone szkolenia dla pracowników placówek oświatowo-wychowawczych, opiekuńczo-wychowawczych, funkcjonariuszy policji, kadry i funkcjonariuszy aresztów śledczych i zakładów karnych, które miały na celu zwiększenie świadomości o zagrożeniach dla zdrowia i życia stwarzanych przez nowe substancje psychoaktywne oraz skutkach ich zażywania.

3.3. POSTĘPOWANIE W SPRAWACH CHORÓB ZAWODOWYCH.

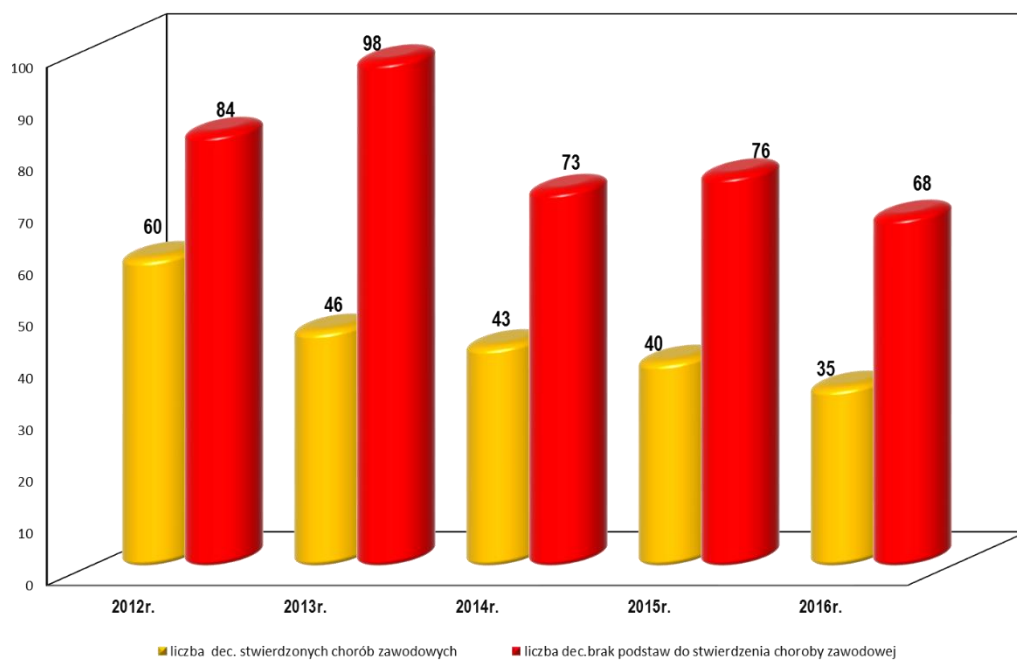
Zgodnie z art. 235¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy za chorobę zawodową uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”.

W roku 2016 do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie wpłynęło 137 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych, o ponad 11% więcej niż w roku ubiegłym. Pracownicy pionu higieny pracy, w ramach prowadzonych 348 postępowań wyjaśniających, zrealizowali 492 wizytacje sporządzając 380 kart oceny narażenia zawodowego. Na podstawie zebranego materiału wydano 35 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, 68 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej oraz 5 postanowień i 9 innych decyzji w zakresie chorób zawodowych, wydanych zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego.

Dane obrazujące rozpatrywane sprawy i stwierdzone choroby zawodowe na terenie objętym nadzorem przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie przedstawiono poniżej w postaci wykresów 10-12 i tabeli 2.



Wykres 10. Działania w ramach postępowania w sprawach chorób zawodowych w latach 2012-2016.



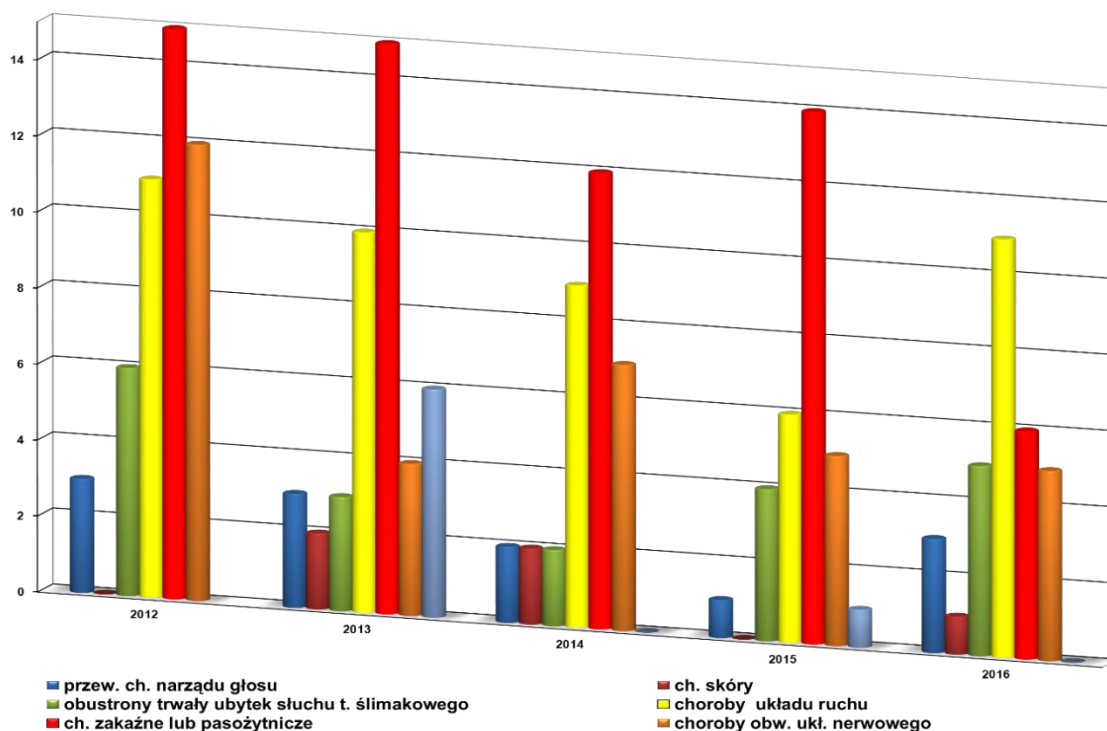
Wykres 11. Liczba decyzji w sprawach chorób zawodowych w latach 2012-2016.

Tabela 2. Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2012-2016 z podziałem według wykazu chorób zawodowych.

Numer choroby zawodowej/nazwa z wykazu chorób zawodowych		2012r.	2013r.	2014r.	2015r.	2016r.
		Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków
1		2	3	4	5	6
1	Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne	–	1	–	–	–
3.	Pylice płuc	5	1	3	–	2
4	Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	–	6	–	–	–
5	Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli, które spowodowało trwałe upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc z obniżeniem natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) poniżej 60% wartości należnej, wywołane narażeniem na pyły lub gazy drażniące, jeżeli w ostatnich 10 latach pracy zawodowej co najmniej w 30% przypadków stwierdzono na stanowisku pracy przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń	1	–	1	–	1
6.	Astma oskrzelowa	1	–	–	1	–
12	Alergiczny nieżyt nosa	–	–	1	1	–
14.	Przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym	–	–	–	–	–

Numer choroby zawodowej/nazwa z wykazu chorób zawodowych		2012r.	2013r.	2014r.	2015r.	2016r.
		Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków
1		2	3	4	5	6
15.	Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat:	3	3	2	1	3
16	Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego	–	–	–	1	–
17.	Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi:	–	1	1	0	1
18.	Choroby skóry:	–	2	2	2	1
19.	Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy	11	10	9	6	11
20.	Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy	12	4	7	5	5

Numer choroby zawodowej/nazwa z wykazu chorób zawodowych		2012r.	2013r.	2014r.	2015r.	2016r.
		Liczba przypadków w	Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków
1		2	3	4	5	6
21.	Obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszającym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1, 2 i 3 kHz	6	3	2	4	5
22.	Zespół wibracyjny:	5	–	1	3	–
25.	Choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	1	–	–	1	–
26.	Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa	15	15	12	14	6
Razem:		60	46	41	40	35



Wykres 12. Najczęściej występujące choroby zawodowe w latach 2012-2016.

Z przedstawionych danych wynika, że ogólna liczba wydanych w 2016r. decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej zmniejszyła się o 5 w porównaniu z rokiem 2015 i jest najniższa od wielu lat.

Z ogółu stwierdzonych chorób zawodowych, ponad 31% stanowiły przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy (poz. 19 wykazu chorób zawodowych), głównie zapalenie okołostawowe barku. Po raz pierwszy od wielu lat przestały dominować choroby zakaźne, wśród nich WZW typu B lub C (w 2016r. odnotowano 6 przypadków, najmniejsza liczba od wielu lat).

W grupie przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego stwierdzono po 5 przypadków wywołanych sposobem wykonywania pracy (poz. 20 ww. wykazu) i obustronnego trwałego ubytku słuchu typu ślimakowego spowodowanego hałasem (poz. 21).

W bieżącym roku sprawozdawczym, stwierdzono 1 przypadek nowotworu złośliwego (rak płuca) powstałego w następstwie działania czynników środowiska pracy uznanych za rakotwórcze u ludzi – azbestu.

Do niedawna znaczną liczbę stwierdzanych chorób stanowiły, obok **obustronnego trwałego ubytku słuchu typu ślimakowego** spowodowanego hałasem, również **przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym**

wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat. Obecnie przypadki tych chorób w ciągu ostatnich 5 lat wahają się odpowiednio od 2 do 5 w pierwszej grupie i od 1 do 3 w drugiej.

Ogólna liczba prowadzonych postępowań w sprawach chorób zawodowych w ciągu ostatnich siedmiu lat wahała się, z małymi wyjątkami, od 314 do 375; wysoka pozostaje liczba wizytacji (ponad 450), w wyniku których sporządzane są karty oceny narażenia zawodowego zatrudnionych pracowników.

Należy zaznaczyć, że liczba corocznie wpływających do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie zgłaszanych podejrzeń chorób zawodowych jest dość wysoka i w latach 2011-2016 wahała się w granicach 121-152. Wahaniom ulegają też liczby wizytacji i sporządzanych kart oceny narażenia zawodowego, które są zależne od liczby zakładów pracy, w których zatrudnieni są pracownicy, starający się o uznanie choroby zawodowej oraz od liczby i rodzaju zgłoszonych chorób.

Systematycznie od lat zmniejsza się liczba wydawanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, tj. od 80 w 2007, poprzez 60 w 2012 do 35 w 2016 roku. Od 2012 roku liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej przewyższa znacznie liczbę decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej (od 40% w 2012 roku do ponad 100% w 2013 roku). Może to świadczyć o zgłaszaniu podejrzeń chorób zawodowych bez należytego potwierdzenia związku przyczynowo–skutkowego pomiędzy wykonywaną przez pracownika pracą a powstałą chorobą.

Analizując powstawanie chorób zawodowych można przyjąć, że podstawową ich przyczyną są błędy popełniane w procesie pracy oraz niedociągnięcia związane z przestrzeganiem przepisów bhp.

Dlatego w celu ograniczenia zagrożeń obecnych w środowisku pracy, mających istotny wpływ na powstawanie chorób zawodowych, nadal kładzie się duży nacisk na korzystanie ze sprawnego parku maszynowego (urządzenia prawidłowo instalowane i systematycznie konserwowane), stosowanie różnego typu zabezpieczeń (właściwa wentylacja, ochrony osobiste) oraz odpowiednich rozwiązań organizacyjnych (m. in. skrócenie czasu narażenia, rotacja pracowników).

3.4. WNIOSKI

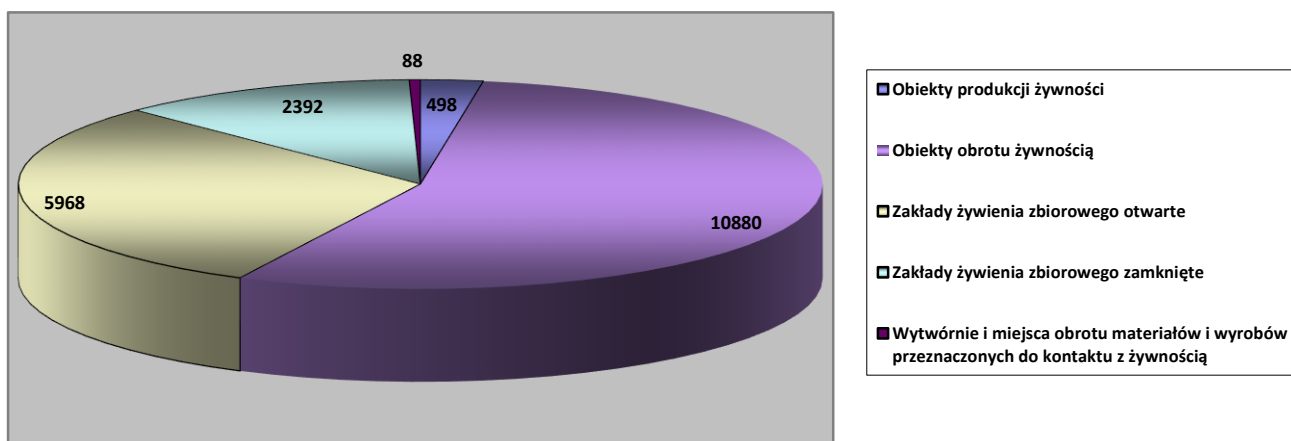
1. W roku 2016 w pionie higieny pracy przeprowadzono 1179 kontroli w 907 zakładach pracy; ogółem wydano 288 decyzji administracyjnych z zakresu bieżącego nadzoru sanitarnego zawierających 795 nakazów.
2. W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem chemicznym w trakcie wprowadzania substancji i mieszanin chemicznych do obrotu oraz stosowania ich w działalności zawodowej, przeprowadzono 618 kontroli, wydano 68 nakazów i 73 zalecenia pokontrolne zobowiązujące do usunięcia stwierdzonych uchybień.
3. W ramach nadzoru nad zakazem wprowadzania do obrotu środków zastępczych przeprowadzono kontrole, w trakcie których zabezpieczono 435 opakowań, przebadano 50 produktów przy czym w 49 stwierdzono obecność substancji o działaniu psychoaktywnym. Wspólnie z Oddziałem Promocji Zdrowia przeprowadzono działania profilaktyczne w formie szkoleń dla pracowników placówek oświatowo-wychowawczych, opiekuńczo-wychowawczych, funkcjonariuszy policji, kadry oraz funkcjonariuszy aresztów śledczych i zakładów karnych.
4. W roku 2016 do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie wpłynęło 137 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych, prowadzono 348 postępowań, wydano 35 prawomocnych decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej i 68 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

4. OBIEKTY ŻYWNOŚCI, ŻYWIENIA I PRZEDMIOTÓW UŻYTKU

W roku 2016r. na terenie miasta stołecznego Warszawy nadzorem sanitarnym objęte były obiekty prowadzące działalność żywnościowo-żywnościową oraz obiekty mające pośrednio wpływ na jakość zdrowotną żywności, określone jako wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Zgodnie z obowiązującą klasyfikacją statystyczną działające zakłady dzielimy na:

- 1) obiekty produkcji żywności;
- 2) obiekty obrotu żywnością;
- 3) obiekty żywienia zbiorowego otwarte;
- 4) zakłady żywienia zbiorowego zamknięte (stołówki, bufety w szkołach, żłobkach, przedszkolach, szpitalach, domach opieki, zakładach pracy);
- 5) wytwórnie i miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

Ogółem pod nadzorem PSSE w m. st. Warszawie było zarejestrowanych **19826** obiektów.



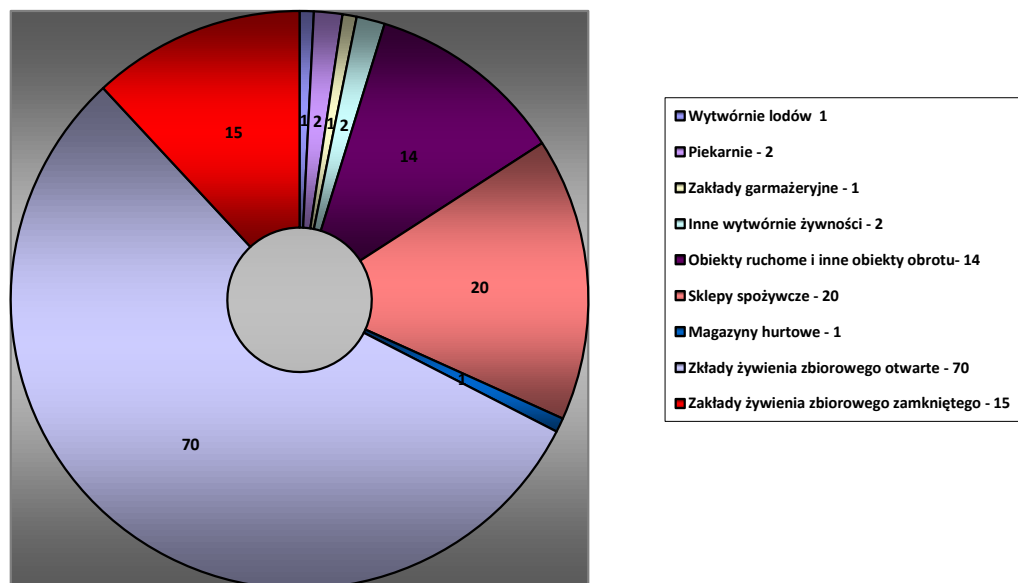
Wykres 1. Struktura obiektów w 2016 r.

Coroczna ocena sanitarna zakładów obejmuje:

1. wyniki bieżących kontroli sanitarnych;
2. ocenę stanu sanitarnego, według ujednoliconego systemu ocen (arkusza oceny zakładu);
3. ocenę jakości zdrowotnej żywności na podstawie badań laboratoryjnych próbek pobranych w obiektach produkujących i wprowadzających żywność do obrotu.

W roku ubiegłym przeprowadzono **7559** kontroli sanitarnych, w tym **7553** w obiektach żywności i żywienia, **6** w miejscach obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością oraz **22** kontrole w zakładach produkcji i obrotu kosmetykami.

Ze względu na stwierdzenie złego stanu sanitarnohigienicznego zagrażającego bezpieczeństwu zdrowotnemu produkowanej lub sprzedawanej żywności zamknięto lub ograniczono zakres prowadzonej działalności w **126** obiektach żywnościowo-żywnościowych.

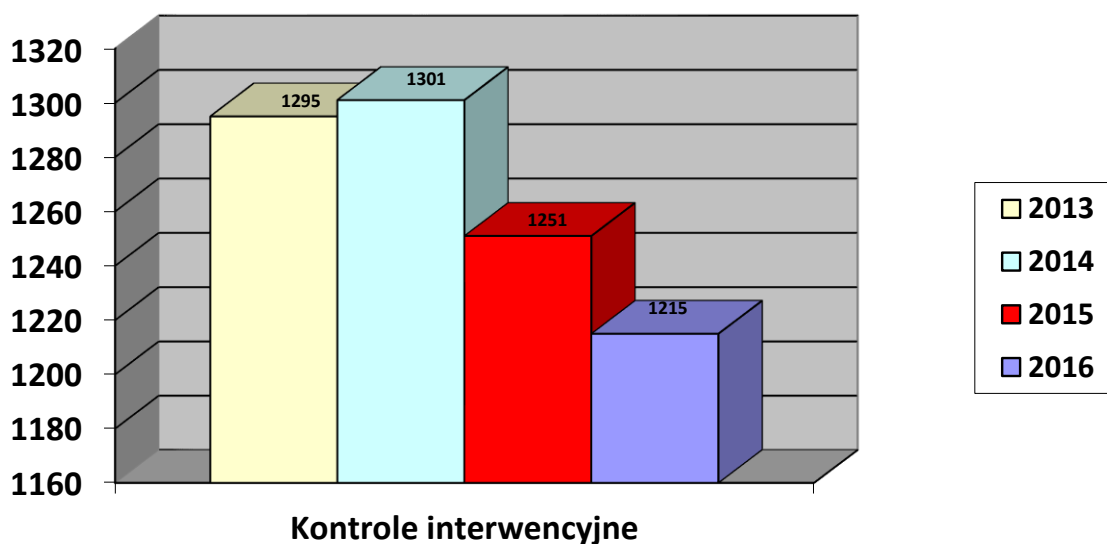


Wykres 2. Wydane decyzje zamknięcia lub ograniczenia działalności w podziale na rodzaje obiektów.

W innych przypadkach naruszenia przepisów prawa żywnościowego Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie (PPIS) wydał **739** decyzji nakazujących poprawę stanu sanitarnohigienicznego oraz **2399** decyzji finansowych.

W 2016 r. zgodnie z ustawowym obowiązkiem zatwierdzania obiektów, które produkują lub wprowadzają do obrotu żywność pochodzenia niezwierzęcego, PPIS wydał **2752** decyzje zatwierdzające i **29** decyzji odmowy zatwierdzenia ze względu na brak spełnienia wymaganych prawem warunków do produkcji/sprzedaży żywności.

W związku ze zgłoszeniami mieszkańców, w minionym roku przeprowadzono **1215** kontroli interwencyjnych. Interwencje, których zasadność potwierdzono w czasie przeprowadzanych kontroli dotyczyły sprzedaży artykułów spożywczych przeterminowanych, dolegliwości pokarmowych po spożyciu posiłków dostarczanych z zakładów cateringowych do szkół, przedszkoli, szpitali, przechowywania żywności w nieprawidłowych temperaturach, braku zachowania czystości w zakładach, uciążliwości związanych z wadliwie działającą wentylacją w lokalach, niewłaściwe serwisowanie osadników tłuszczów (przenikanie przykrych zapachów do mieszkań), sprzedaży w niehigienicznych warunkach środków spożywczych z samochodów i ulicznych straganów .



Wykres 3. Ilość załatwionych interwencji w latach 2013-2016.

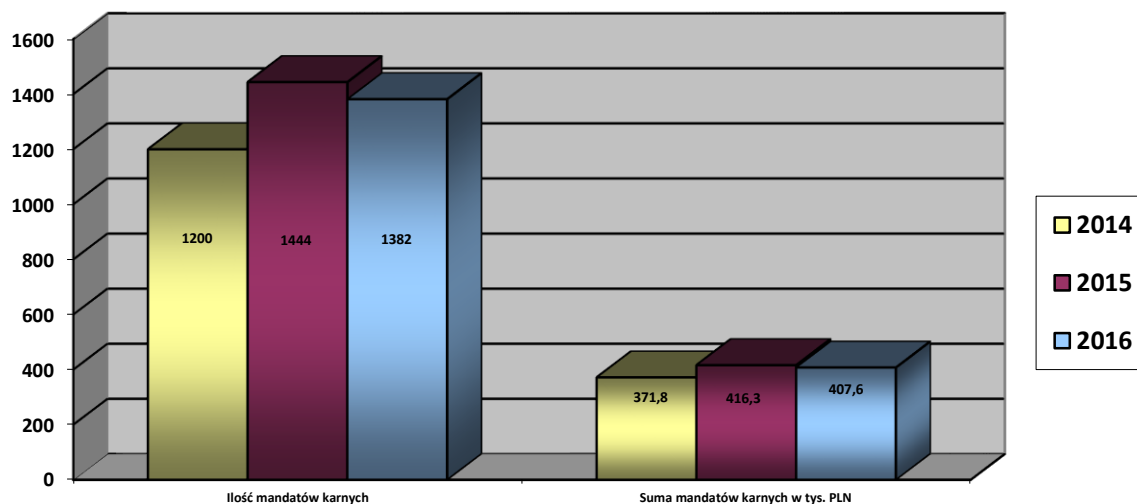
W 2016 r. działalność Inspekcji była zdominowana sprawowaniem nadzoru sanitarnego nad obiektami żywieniowo-żywnościowymi obsługującymi uczestników szczytu NATO i ŚDM. Podsumowując przeprowadzone czynności kontrolne, pracownicy Oddziału HŻŻiPU przeprowadzili 354 kontrole. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie sanitarnohigienicznym i technicznym nałożyli 114 mandatów karnych na kwotę 31600, wydali 40 decyzji nakazujących poprawę stanu sanitarnego. Przeprowadzone kontrole sprawdzające potwierdziły wykonanie obowiązków nałożonych w ww. decyzjach, co spowodowało poprawę stanu sanitarnego obiektów.

W minionym roku na podmioty, które rozpoczęły lub rozszerzyły działalność bez uzyskania decyzji zatwierdzającej wymaganej przepisami Ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia z dnia 25 sierpnia 2006r., PPIS skierował do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie **249** wniosków o nałożenie kary pieniężnej.

Z analizy danych wynika, że w 2016r. stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnościowych uległ nieznacznej poprawie, o czym świadczy brak potwierdzonych zatruc pokarmowych, mniejsza liczba wydanych decyzji nakazujących (**2015 - 806, 2016 - 739**) oraz liczba nałożonych mandatów (**2015 – 1444/416300 PLN, 2016 – 1382/407600**).

Do najistotniejszych i najczęściej stwierdzanych w czasie kontroli uchybień sanitarnych należały:

- 1) zły stan sanitarny i techniczny pomieszczeń produkcji i sprzętu;
- 2) brak wdrożonego systemu HACCP;
- 3) nieprawidłowe przechowywanie surowców i wyrobów gotowych w urządzeniach chłodniczych;
- 4) brak w zakładach gastronomicznych informacji dotyczących składników alergennych występujących w sprzedawanych posiłkach;
- 5) rozszerzenie zakresu prowadzonej działalności przy braku właściwych warunków lokalowych.



Wykres 4. Liczba i kwota mandatów nałożonych w latach 2014- 2016 r.

W roku ubiegłym kontynuowany był wzmożony nadzór nad:

- 1) obiektami wykazującymi zły stan sanitarny;
- 2) obiektami, które ze względu na dużą produkcję lub obrót żywnością przekładają się na dużą liczbę konsumentów;
- 3) prawidłowym znakowaniem, reklamą środków spożywczych oraz sprzedażą internetową, szczególnie suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego.

W 2016 r. (podobnie jak w latach ubiegłych) były podejmowane czynności w ramach europejskiego systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznych produktach żywnościowych (RASFF) oraz wyrobach do kontaktu z żywnością. Pracownicy Inspekcji w związku z **92** powiadomieniami podejmowali działania kontrolne mające na celu wycofanie oraz nadzorowanie procesu wycofywania z obrotu ww. produktów. W toku prowadzonych działań wycofano z obrotu **9620,3** kg i **65977** szt. szkodliwych artykułów spożywczych oraz wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, które zostały przekazane do utylizacji.

W ramach prowadzonego nadzoru w stołówkach szkolnych i przedszkolnych na podstawie jadłospisów dokonywana jest teoretyczna ocena sposobu żywienia, w wyniku której najczęściej stwierdzaną nieprawidłowością było małe urozmaicenie posiłków, mały udział owoców i warzyw w stosunku do spożywanych tłuszczów.

Pod szczególnym nadzorem znajdował się obrót suplementami diety oraz środkami specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

W wyniku prowadzonych postępowań w stosunku do ww. grup środków spożywczych PPIS wydał **76** decyzji administracyjnych, w tym **2** nakazujące wycofywanie z obrotu produktów szkodliwych. W przypadkach, stwierdzenia nieprawidłowego oznakowania i niedozwolonych treści w prezentacji i reklamie, przypisującej środkom spożywczym właściwości lecznicze i zapobiegające chorobom, PPIS wydał **15** decyzji nakazujących usunięcie treści wprowadzających konsumenta w błąd. Prowadzona jest współpraca z Policją w sprawach dotyczących podejrzenia popełnienia przestępstwa przez przedsiębiorców w zakresie prowadzenia sprzedaży produktów niewiadomego pochodzenia przez Internet.

W ramach urzędowej kontroli żywności oraz monitoringu realizowano pobór próbek do badań laboratoryjnych. W roku sprawozdawczym pobrano **719** próbek żywności i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

W roku ubiegłym sprawowano również nadzór sanitarny nad następującymi zakładami:

- 1) wytwórniami i zakładami konfekcjonującymi kosmetyki;
- 2) obiektami obrotu kosmetykami (dystrybutorami).

Najczęściej powtarzające się uchybienia w grupie wytwórni i miejscach obrotu kosmetykami to:

- 1) nieprawidłowe oznakowanie kosmetyków – zamieszczanie oświadczeń wykraczających poza definicję kosmetyku;
- 2) nieprawidłowości w dokumentacji.

W 2016r. kontynuowano współpracę z Inspekcją Weterynaryjną, Policją i Strażą Miejską. Przeprowadzono **116** kontroli sanitarnych przy współudziale przedstawicieli Powiatowego Lekarza Weterynarii, w tym **110** na targowiskach i straganach w związku z wystąpieniem przypadków afrykańskiego pomoru świń w Polsce. Ponadto w ramach współpracy z SZRP , przeprowadzono **20** kontroli z Wojskową Inspekcją Weterynaryjną w związku z przygotowaniem do szczytu NATO.

Przy współudziale przedstawicieli Policji i Straży Miejskiej przeprowadzono **13** kontroli samochodów oraz licznych stoisk ze sprzedażą żywności nieopakowanej. Osoby odpowiedzialne za nieprzestrzeganie zasad higieny ukarano **13** grzywnami na kwotę **6600 PLN**.

W każdym przypadku podejmowania działań przez przedstawicieli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie dokonywano szczegółowej analizy zagrożeń pod kątem liczby narażonych osób, wielkości produkcji oraz wpływu na bezpieczeństwo żywności i żywienia.

Realizowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną system kontroli, którym objęto obiekty żywnościowo-żywieniowe oraz wytwórnie i miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością pozwala na szybką interwencję i likwidację każdego potencjalnego zagrożenia pojawiającego się na skutek złamania przepisów sanitarnych.

5. STAN EPIDEMIOLOGICZNY W ZAKRESIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH

5.1. SEKCJA HIGIENY LECZNICTWA

W 2016r. Sekcja Higieny Lecznictwa Oddziału Epidemiologii Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m.st. Warszawie wykonała łącznie 777 kontroli sanitarnych wynikających z planu pracy, zgłoszonych interwencji, jak również czynności kontrolnych przeprowadzonych na wniosek strony celem wydania opinii sanitarnych w formie decyzji do rejestracji, zgłoszenia podejrzenia ognisk epidemicznych.

Ponadto, przeprowadzono kontrole tematyczne w związku z rozprzestrzenianiem się na terenie szpitali warszawskich zakażeń o etiologii m.in. *Clostridium difficile*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*, Rotawirus, Norowirus, wirus Grypy A H1N1 oraz pałeczek jelitowych *Enterobacteriaceae* produkujących karbapanemazy, w tym szczepów *Klebsiella pneumoniae* wytwarzających karbapanemazy typu NDM/MBL.

Wydano ogółem:

- 1) 325 opinii sanitarnych w formie decyzji do rejestracji dla nowych placówek oraz rozszerzenia dla placówek już istniejących,
- 2) 24 decyzje nakazowe w tym: 1 decyzję unieruchamiającą podmiot leczniczy w związku ze stwierdzonym złym stanem sanitarnohigienicznym i technicznym placówki medycznej,
- 3) 24 decyzje finansowe związane z prowadzonym postępowaniem administracyjnym,
- 4) 18 decyzji przedłużających termin wykonania nałożonych obowiązków,
- 5) 62 decyzje umarzające prowadzone postępowania administracyjne.

Nieprawidłowości stwierdzane podczas kontroli to głównie: złe warunki sanitarno-techniczne pomieszczeń, brak prawidłowo urządzonego ciągu technologicznego sterylizacyjnego, brak pomieszczeń lub miejsc na sprzęt porządkowy ze zlewem gospodarczym, niesprawne wentylacje, brak prowadzenia kontroli wewnętrznych, brak lub nieaktualne procedury sanitarnohigieniczne, w przypadku gabinetów ginekologicznych brak bezpośredniego połączenia gabinetu z pomieszczeniem sanitarnohigienicznym wyposażonym dodatkowo w bidet.

Egzekwowanie powyższych nieprawidłowości następowało poprzez wydawanie decyzji administracyjnych nakazowych lub formułowanie zaleceń do wykonania.

Na podstawie wydanych opinii sanitarnych w formie decyzji administracyjnych do rejestracji oraz danych przesyłanych przez Mazowiecki Urząd Wojewódzki PI. Bankowy 2 na terenie m.st. Warszawy powstały:

- 1) 3 placówki lecznictwa zamkniętego (szpitale jednodniowe):
 - a) Jolly Med. Szpital, ul. Wąflowa 7, 02-971 Warszawa,
 - b) ACL Vision Specjalistyczne Ambulatorium Okulistyczne, Al. Niepodległości 20, 02-653 Warszawa,
 - c) Timeless Chirurgia Plastyczna, ul. Abrahama 18/322, Warszawa;
- 2) 77 placówek lecznictwa otwartego niepublicznego;
- 3) 35 gabinetów indywidualnej praktyki lekarskiej.

Na podstawie art. 100 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r. poz. 618) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie wydał do dnia 15.07.2016r. 325 opinii sanitarnych w formie decyzji do celów rejestracji podmiotów leczniczych, z czego m.in.:

- 1) 19 decyzji dla podmiotów wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- 2) 119 decyzji dla podmiotów wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
- 3) 43 decyzje dla indywidualnych praktyk lekarskich,
- 4) 8 decyzji dla innych podmiotów leczniczych (banki komórek, punkty pobrań).

Pozostałe decyzje dotyczyły rozszerzenia działalności w istniejących obiektach.

Opinie były wydawane w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. poz. 739).

Placówki medyczne nie budzą zastrzeżeń zarówno, co do funkcjonalności jak i stanu technicznego.

Ze względu na nowelizację Ustawy o działalności leczniczej z dniem 15 lipca 2016r. został zniesiony obowiązek przedstawiania organowi rejestrowemu decyzji do rejestracji Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Stan techniczny placówek nadzorowanych przez Sekcję Higieny Lecznictwa ulega sukcesywnej poprawie, jednakże w części podmiotów nadal budzi zastrzeżenia.

W placówkach prowadzone są prace remontowe, modernizacyjne i adaptacyjne.

Najczęstsze nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli dotyczyły:

lecznictwo zamknięte:

- 1) złego stanu technicznego i sanitarnego oddziałów szpitalnych, braku wydzielonych pomieszczeń porządkowych, braku dostępu do łóżek chorych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, w placówkach świadczących usługi w systemie jednodniowym, braku prawidłowych pomieszczeń do dekontaminacji narzędzi

lecznictwo otwarte:

- 1) braku prawidłowego ciągu technologicznego od brudnego do sterylnego oraz wydzielonego stanowiska do higieny rąk poza blatem roboczym w pomieszczeniach sterylizacji, zbyt małego zaplecza magazynowego, nieaktualnych procedur higienicznych, braku bezpośredniego połączenia gabinetów ginekologicznych, urologicznych z pomieszczeniem higieniczno – sanitarnym, wyposażonym w umywalkę, sedes i bidet.

Sprzątaniem placówek lecznictwa stacjonarnego, niebędących przedsiębiorcami zajmują się: firmy specjalistyczne, pracownicy (salowe), działy higieny szpitalnej.

Sprzątaniem placówek lecznictwa stacjonarnego, będących przedsiębiorcami zajmują się pracownicy firm specjalistycznych, w pozostałych placówkach zatrudniony personel.

W placówkach lecznictwa zamkniętego, w pomieszczeniach o wysokim poziomie aseptyki takich jak: bloki operacyjne, OIOM, OIT, CS, części oddziałów o charakterze zabiegowym procedury sprzątania najczęściej wykonywane są przez wydzielony i przeszkolony w tym zakresie personel placówki – salowe.

Procesy sprzątania prowadzone są z podziałem na poszczególne strefy czystości z użyciem maszyn myjących, wózków specjalistycznych wyposażonych w zestawy oznaczonych kolorem ścierek i wymiennych płaskich nakładek na mopy według opracowanych procedur.

Część z nadzorowanych placówek posiada aparaturę do dezynfekcji powierzchni i powietrza za pomocą dyfuzji suchej i niewidocznej mgły z użyciem nadtlenu wodoru. Programy czystości i plan higieny obowiązujące w placówkach są zatwierdzone przez dyrekcję szpitala.

W większości przypadków szpitale zapewniają środki dezynfekcyjne, a w środki myjące podmioty lecznicze są zaopatrywane przez firmy sprzątające. Nadzór, nad jakością wykonywanych usług na rzecz szpitali jest sprawowany przez Pielęgniarki Oddziałowe oraz Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

W placówkach lecznictwa otwartego sprząaniem zajmuje się zatrudniony personel placówek, lub firmy zewnętrzne.

W większości placówek zapewniono profesjonalny sprzęt do sprząwania – wózki dwuwiahdrowe, ściereczki wielorazowego użycia oraz nakładki na mopy płaskie.

W części podmiotów leczniczych oraz gabinetów indywidualnej praktyki lekarskiej stosuje się jednorazowe nakładki na mopy płaskie.

W większości kontrolowanych placówek postępowanie z brudną bielizną nie budzi zastrzeżeń. Bielizna brudna w placówkach lecznictwa zamkniętego składowana jest w brudownikach, transport bielizny z większości oddziałów odbywa się przy użyciu zamykanych pojemników transportowych do wydzielonych pomieszczeń z których przekazywana jest do pralni zewnętrznych.

Placówki lecznictwa otwartego najczęściej stosują bieliznę jednorazowego użycia (jednorazowe prześcieradła), natomiast brudna odzież robocza personelu oraz brudne nakładki na mopy oddawane są do pralni zewnętrznych. W części placówek zgodnie z opracowanymi procedurami pranie nakładek na mopy odbywa się w zakresie własnym w pralko-suszarkach znajdujących się w wydzielonych pomieszczeniach na terenie placówki.

Odzież robocza personelu w nadzorowanych placówkach jest składowana w zamykanych pojemnikach w pomieszczeniach porządkowych, nieliczne placówki posiadają wydzielone do tego celu magazyny bielizny brudnej. Transport wewnętrzny bielizny i brudnych nakładek odbywa się w zamykanych pojemnikach.

W większości kontrolowanych placówek dezynfekcja prowadzona jest prawidłowo. Stosowane środki dezynfekcyjne są zgodne z ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2015r., poz. 876 z późn. zm.).

Środki dezynfekcyjne w kontrolowanych placówkach w wystarczającej ilości, z aktualnym terminem ważności. Nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie przygotowywania i stosowania preparatów dezynfekcyjnych.

Część spośród nadzorowanych szpitali wykonuje manualne mycie narzędzi w oddziałach, a część przekazuje narzędzia bezpośrednio po użyciu do maszynowej

dekontaminacji w centralnych sterylizatorniach, gdzie prowadzona jest kontrola procesów mycia i dezynfekcji.

W większości placówek lecznictwa otwartego dezynfekcję narzędzi i sprzętu przeprowadza się ręcznie i w myjkach ultradźwiękowych w wydzielonych pomieszczeniach sterylizacji, bądź w ramach sterylizacji gabinetowej zapewniającej jednokierunkowy ruch materiałów od punktu przyjęcia materiału skażonego do punktu wydania materiału sterylnego.

W pozostałych placówkach, w których nie zapewniono ruchu jednokierunkowego narzędzi, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie nakazał dostosowanie pomieszczeń zgodnie z wymogami .

W roku sprawozdawczym stwierdzono doposażenie placówek lecznictwa otwartego oraz gabinetów w myjki ultradźwiękowe i myjnie dezynfektory do narzędzi.

Dobór preparatów jest zgodny ze wskazaniem producenta, a preparaty stosowane zgodnie z kartami charakterystyki oraz opracowanymi i wdrożonymi procedurami postępowania.

W szpitalach preparaty dezynfekcyjne przechowywane są głównie w magazynach, brudownikach, a w lecznictwie otwartym i gabinetach indywidualnej praktyki lekarskiej i pielęgniarskiej w pomieszczeniach porządkowych lub/i w wydzielonych zamykanych szafach.

W większości placówek lecznictwa zamkniętego zarejestrowano stosowanie automatycznego dozowania stężenia preparatów dezynfekcyjnych. Pozostałe preparaty są przygotowywane przez personel placówki według opracowanych procedur zgodnie z zaleceniami producenta lub przez apteki szpitalne.

Informacja dotycząca nazwy preparatu, stężenia, terminu sporządzenia preparatu i podpis osoby sporządzającej zamieszczana jest na lub przy pojemnikach przeznaczonych do dezynfekcji narzędzi i sprzętu.

Na terenie podległym Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m.st. Warszawie funkcjonuje 6 stacji łóżek:

- 1) Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Roentgena 5
- 2) Szpital Medicover, Al. Rzeczypospolitej 5
- 3) Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, ul. Bursztynowa 2
- 4) Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. - Bródnowskie Centrum Specjalistyczne ul. Kondratowicza 8 - funkcjonuje myjnia łóżkowa ręczna

5) Szpital Św. Elżbiety Mokotowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.,
ul. Goszczyńskiego 1

6) Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o., ul. Żelazna 90

W pozostałych szpitalach dezynfekcja łóżek odbywa się w oddziałach lub w wydzielonych do tego celu pomieszczeniach.

W nadzorowanych placówkach, system kontroli skuteczności sterylizacji w większości przypadków nie budził zastrzeżeń.

Prowadzony jest system kontroli skuteczności sterylizacji z użyciem bioindykatorów i chemoindykatorów.

Kontrola biologiczna z użyciem bioindykatorów wykonywana jest głównie z zastosowaniem Atestu rzadziej Sporali A. W przypadku szpitali w większości inkubowanie testów biologicznych następuje na miejscu przy użyciu ciepłarek. Pozostałe placówki kontrolę procesu sterylizacji przeprowadzają w warunkach laboratoryjnych.

Kontrola chemiczna wykonywana jest z zastosowaniem wskaźników chemicznych klasy IV, V i VI, które umieszczane są wewnątrz pakietów z narzędziami i dodatkowo wewnątrz pakietów reprezentatywnych w zależności od klasy.

W kontrolowanych placówkach lecznictwa zamkniętego na bieżąco prowadzona jest dokumentacja poprawności procesów sterylizacji oraz ich archiwizacja.

Kontrola skuteczności sterylizacji niskotemperaturowej prowadzona jest codziennie. We wszystkich nadzorowanych szpitalach prowadzony jest automatyczny proces rejestracji pracy autoklawów z wydrukami. Istnieje możliwość identyfikowania pacjenta z pakietem użytym do zabiegu.

W placówkach lecznictwa otwartego prowadzone są rejestry kontroli skuteczności sterylizacji. Kontrola biologiczna w placówkach otwartego lecznictwa oraz gabinetach indywidualnej praktyki lekarskiej przeprowadzana jest w nie rzadziej niż raz na trzy miesiące. Odczyt głównie w laboratoriach zewnętrznych na podstawie zawieranych umów. W lecznictwie otwartym głównie w placówkach medycyny estetycznej, rzadziej w stomatologii istnieje możliwość powiązania sterylizacji z użytymi narzędziami u pacjenta.

Część placówek lecznictwa stacjonarnego niepublicznego posiada podpisane umowy na sterylizację narzędzi z podmiotami zewnętrznymi w oparciu o procedury postępowania z narzędziami wielokrotnego użytku uwzględniające sposób transportu narzędzi do placówki, w której wykonywany jest proces dekontaminacji.

Usługi dezynsekcyjne i deratyzacyjne w poszczególnych podmiotach leczniczych prowadzone są najczęściej według harmonogramu lub według zgłaszanych potrzeb.

W większości nadzorowanych placówek stacjonarnych na terenie Warszawy wykonuje się tzw. profilaktyczne akcje dezynsekcji budynków (w całości lub we wskazanych pomieszczeniach) w zależności od występujących potrzeb, przeciwko wszystkim insektom, jakie występują w placówce z zastosowaniem preparatów chemicznych oraz akcje deratyzacyjne prowadzone cały rok na terenie placówek. Polegają one na wykładaniu trutek na terenie placówek, co, do których zachodzą uzasadnione podejrzenia gniazdowania uciążliwych gryzoni. Usługi te wykonywane są przez firmy, z którymi placówki mają podpisane umowy w zakresie takich świadczeń.

Gospodarka odpadami niebezpiecznymi w większości podmiotów leczniczych odbywa się prawidłowo. Zarówno klasyfikacja, jak również segregacja odpadów medycznych w miejscu wytwarzania prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi procedurami. Niebezpieczne odpady medyczne zbierane są w sposób selektywny. W każdym podmiocie leczniczym opracowano i wdrożono procedury sanitarnohigieniczne dotyczące postępowania z odpadami medycznymi, które sprawdzane są podczas kontroli sanitarnych.

Placówki lecznictwa zamkniętego publicznego prowadzą właściwą segregację odpadów. Niebezpieczne odpady medyczne, ostre, składowane są w pojemnikach twardościennych, prawidłowo oznakowanych:

- 1) kodem odpadów,
- 2) siedzibą wytwórcy
- 3) datą i godziną otwarcia pojemnika.

Pozostałe odpady medyczne gromadzone są w pojemnikach wyłożonych czerwonymi workami foliowymi i przewożone zgodnie z procedurą do pomieszczeń składowania odpadów medycznych, skąd odbierane są przez firmy utylizacyjne.

W ambulatoriach oraz w praktykach zawodowych, niebezpieczne odpady medyczne gromadzone są w pojemnikach twardościennych oraz w workach jednorazowego użytku z foli polietylenowej w kolorze czerwonym. W większości placówek są oznakowane kodem odpadów, siedzibą wytwórcy oraz datą otwarcia. Odpady medyczne z miejsca wytworzenia, przekazywane są w pojemnikach do wewnętrznego transportu odpadów medycznych do urządzenia chłodniczego umieszczonego w pomieszczeniu porządkowym lub pomieszczeniu na odpady

medyczne. Następnie odbierane są przez firmę zewnętrzną, zajmującą się utylizacją odpadów medycznych.

Do najczęstszych nieprawidłowości odnoszących się do gospodarki odpadami medycznymi, stwierdzanych podczas kontroli sanitarnych w placówkach medycznych należą:

- 1) brak wydzielonych miejsc lub pomieszczeń do gromadzenia odpadów medycznych służących do czasowego ich przechowywania,
- 2) przechowywanie odpadów medycznych w miejscu wytworzenia ponad 72 godziny.

Odbiorem odpadów medycznych ze szpitali, ambulatoriów, jak również z praktyk zawodowych zajmują się uprawnione, wyspecjalizowane firmy zewnętrzne, z którymi placówki mają podpisane umowy.

We wszystkich szpitalach publicznych zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016r. poz. 1866) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. z 2014r. poz. 746) funkcjonują Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W skład powyższych zespołów wchodzi: lekarz epidemiolog lub/i mikrobiolog, pielęgniarki epidemiologiczne.

W kontrolowanych placówkach podstawowe procedury higieniczne są aktualizowane i monitorowane. Placówki posiadają także Szpitalne Standardy Postępowania dotyczące oceny ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego. W celu ograniczenia występowania ognisk epidemicznych oraz rozprzestrzeniania się szczepów bakterii o szczególnej oporności na antybiotyki i chemioterapeutyki, na terenie większości szpitali wielospecjalistycznych zostały wdrożone przesiewowe badania epidemiologiczne.

W ramach współpracy z zespołem w celu systematycznego pozyskiwania informacji o występowaniu zakażeń, monitorowania patogenów alarmowych oraz nadzorowania stanu sanitarno-epidemiologicznego w części oddziałów funkcjonują stanowiska pielęgniarek łącznikowych.

W oparciu o możliwość wglądu do elektronicznej bazy wyników badań mikrobiologicznych, udostępnionej przez laboratorium świadczącego usługi diagnostyczne, w części placówek dokonuje się analizy sytuacji epidemiologicznej, prowadzi się czynne monitorowanie zakażeń szpitalnych i drobnoustrojów alarmowych. We wszystkich szpitalach regularnie są przeprowadzane szkolenia

personelu nowo przyjmowanego do pracy, studentów odbywających staże, personelu oraz pracowników firm sprzątających.

Ponadto, w przypadku zarejestrowania podejrzenia ogniska epidemicznego bądź rozpoznania drobnoustroju alarmowego przeprowadza się dodatkowe szkolenia, głównie dotyczące higieny rąk oraz przestrzegania procedur sprzątania w danej placówce.

Współpraca przedstawicieli Inspekcji Sanitarnej z Zespołami Kontroli Zakażeń Szpitalnych odbywa się bez zastrzeżeń i ukierunkowana jest na wspólne działania zapobiegawcze i przeciwepidemiczne w zakresie chorób zakaźnych w dochodzeniach epidemiologicznych, opracowywaniu ognisk zakażeń, w przypadku wykrycia obecności szczepów CPE oraz rozwiązywaniu innych istotnych problemów epidemiologicznych w nadzorowanych podmiotach.

W lecznictwie otwartym zatrudnione pielęgniarki epidemiologiczne również prowadzą szkolenia personelu oraz kontrole wewnętrzne.

W trakcie prowadzonych kontroli przedstawiciele Inspekcji Sanitarnej w nowo otwieranych podmiotach leczniczych i gabinetach indywidualnej praktyki lekarskiej udzielali instruktażu dotyczącego prowadzenia kontroli wewnętrznych.

Szpitalne prowadzą receptariusz szpitalny w ramach programu polityki antybiotykowej.

Zarządzeniem Dyrektorów w szpitalach są powołane Komitety Terapeutyczne ds. polityki antybiotykowej. W części szpitali antybiotyki podawane są pacjentom na podstawie receptariusza szpitalnego (z podziałem antybiotyków na grupy dostępności).

Kontrole wewnętrzne stanowiące integralną część ogólnego systemu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń są realizowane zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w większości placówek są przeprowadzane nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

Częstotliwość kontroli w szpitalach nie budziła zastrzeżeń i jest udokumentowana.

W większości podmiotów leczniczych procedury poekspozycyjne są zaktualizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych

z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 2013r., poz. 696).

Placówki medyczne sporządzają, co pół roku raporty o BHP przy zranieniach oraz prowadzą wykaz zranień w formie papierowej. Na podstawie oceny ryzyka w podległych placówkach wdrażany jest bezpieczny ostry sprzęt chroniący przed potencjalnym zranieniem lub zakłuciem.

W większości placówek są prowadzone na bieżąco szkolenia pracowników z procedur poekspozycyjnych, w tym stażystów oraz pracowników kontraktowych.

5.2. NADZÓR NAD CHOROBYMI ZAKAŻNYMI

Sekcja Zwalczania Chorób Zakaźnych, będąca komórką merytoryczną w strukturze Oddziału Epidemiologii, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie zatrudnia 12-tu pracowników merytorycznych sprawujących nadzór w zakresie chorób zakaźnych.

W roku 2016 pracownicy Sekcji Zwalczania Chorób Zakaźnych wykonywali swe zadania statutowe w oparciu o Ustawę dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r.poz.1866).

W roku sprawozdawczym prowadzono nadzór i rejestrację chorób zakaźnych na podstawie zgłoszeń wpływających z placówek ochrony zdrowia i laboratoriów, zlokalizowanych na terenie m. st. Warszawy.

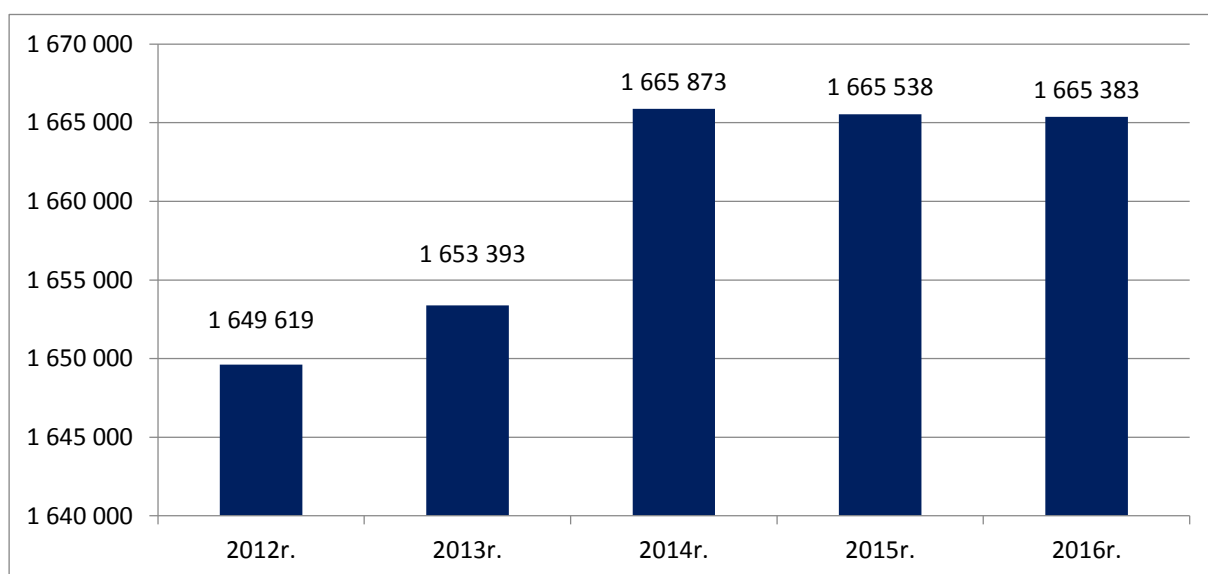
Skuteczność działania przeciwepidemicznego służb sanitarnych oparta jest na wczesnym zgłaszaniu podejrzeń/zachorowań na choroby zakaźne oraz zgłoszeń dodatnich wyników laboratoryjnych. Realizacja tego obowiązku, umożliwia podjęcie szybkiej i skutecznej diagnostyki, leczenia w warunkach szpitalnych oraz wdrożenia działań profilaktycznych mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się zachorowań, a w konsekwencji ochronę i prawidłowy nadzór nad stanem zdrowia mieszkańców Warszawy, który jest głównym obowiązkiem sprawowanym przez pracowników Inspekcji Sanitarnej, a w szczególności pracowników Sekcji Zwalczania Chorób Zakaźnych.

W roku sprawozdawczym trend wartości zgłoszeń zachorowań i podejrzeń zachorowań na choroby zakaźne można ocenić jako stabilny w stosunku do roku poprzedniego jak i lat ubiegłych. Ogólna liczba zarejestrowanych przypadków

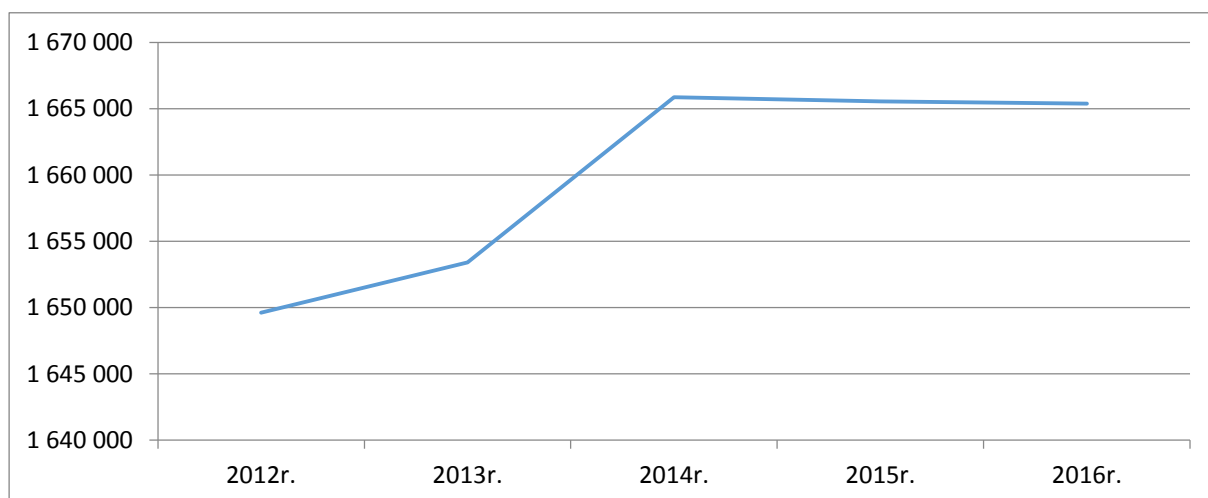
zachorowań według sprawozdania MZ-56 w roku 2016 wyniosła 19.688 zgłoszeń chorób o szczególnym znaczeniu epidemiologicznym.

Ponadto, w rejestrach Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie zarejestrowano 119.034 zgłoszeń zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne.

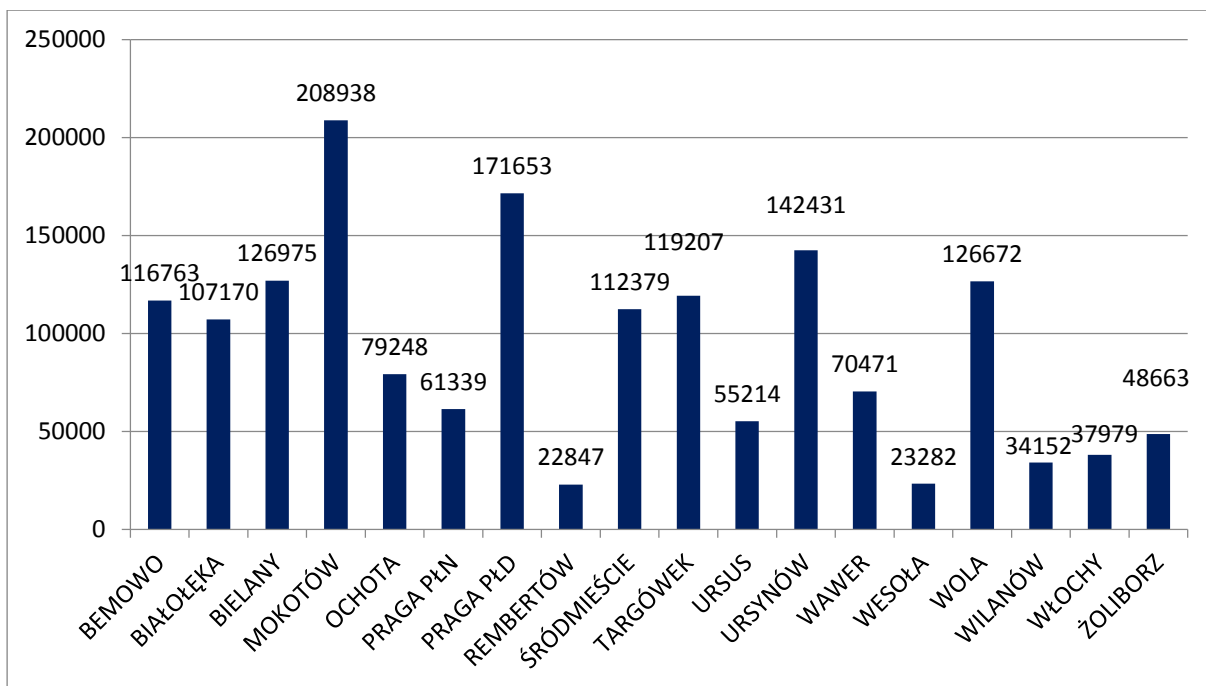
5.2.1. LICZBA LUDNOŚCI MIASTA ST. WARSZAWY



Wykres 1. Liczba ludności zameldowanej na terenie m. st. Warszawy w latach 2012-2016.



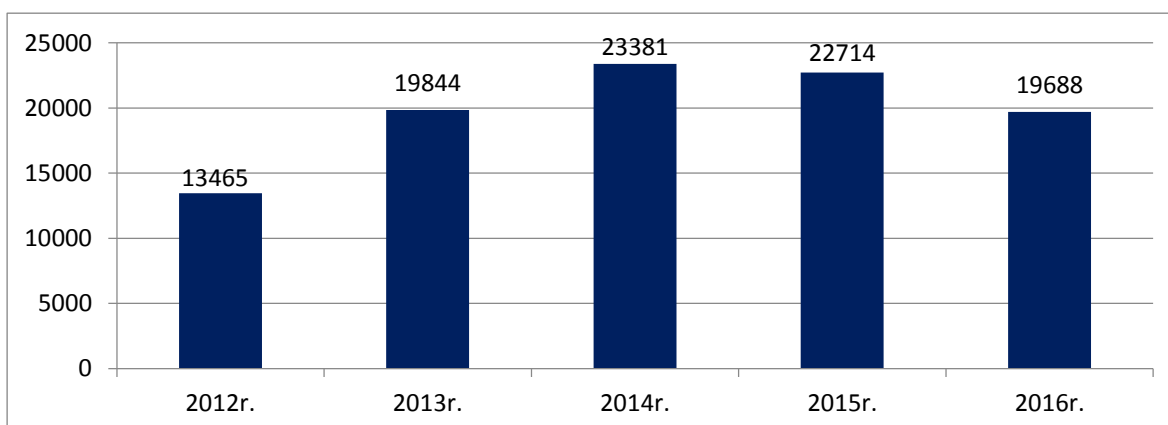
Wykres 2. Linia trendu (liczba ludności zameldowanej na terenie m. st. Warszawy w latach 2012-2016).



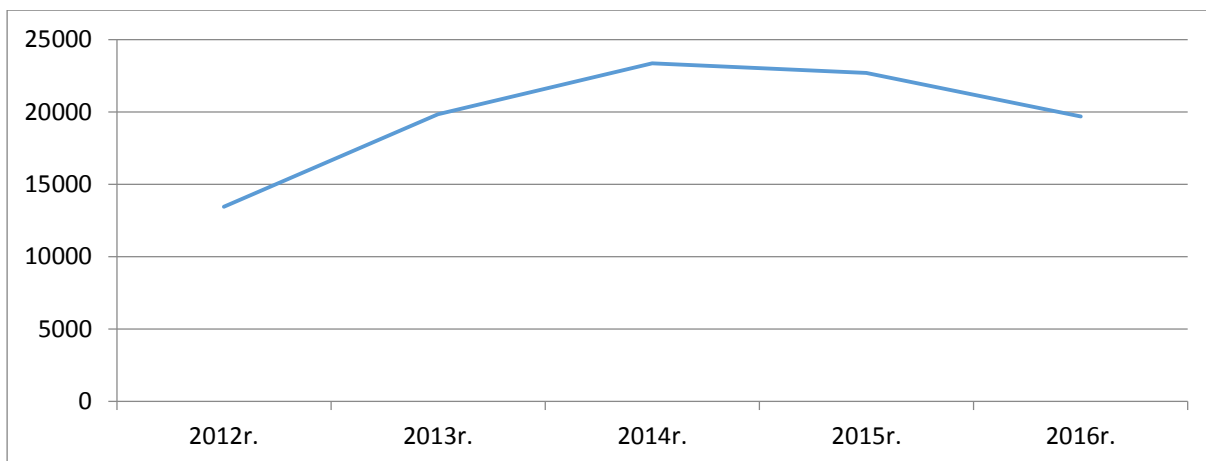
Wykres 3. Liczba ludności zameldowanej w poszczególnych dzielnicach m. st. Warszawy w roku 2016.

5.2.2. LICZBA ZGŁOSZONYCH ZACHOROWAŃ

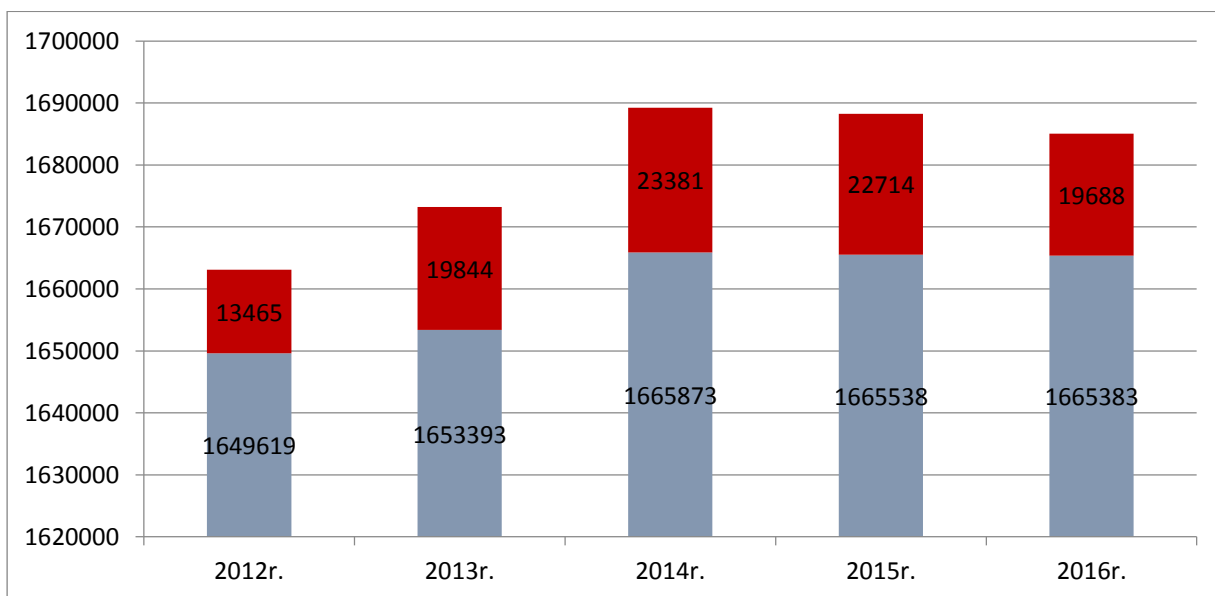
Uwaga: Wykazana liczba zgłoszeń zachorowań nie zawiera liczby zgłoszeń na gripę i infekcje grypopodobne oprócz tych, które były potwierdzone laboratoryjnie metodą PCR tj. 296 przypadków w tym 161 przypadków w grupie dzieci 0-14 r.ż.



Wykres 4. Liczba zarejestrowanych zgłoszeń zachorowań na choroby zakaźne w latach 2012-2016 z placówek ochrony zdrowia zlokalizowanych na terenie m. st. Warszawy.



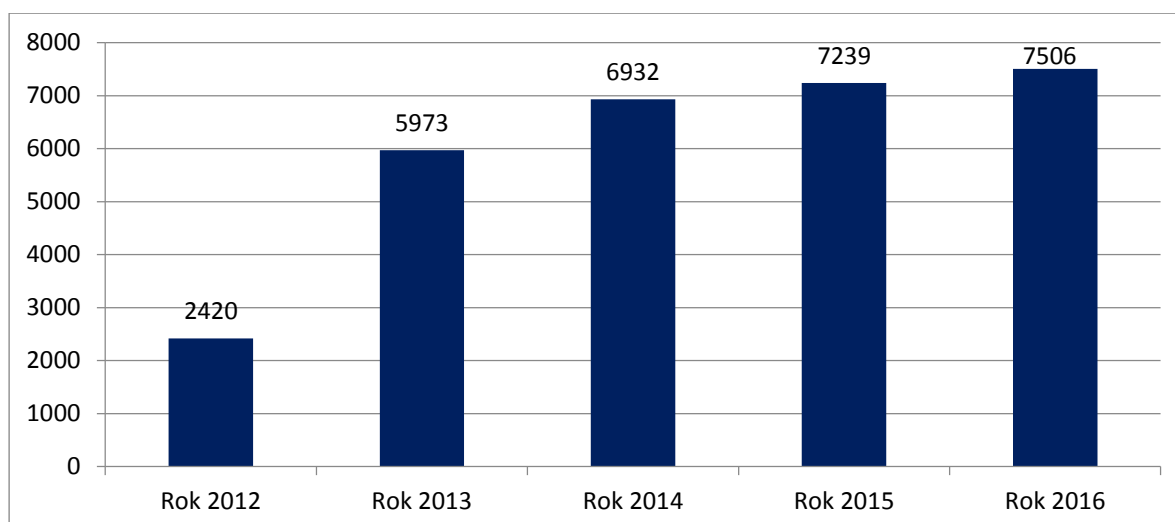
Wykres 5. Liczba zgłoszonych do PSSE w m. st. Warszawie zachorowań na choroby zakaźne w latach 2012 -2016 z terenu m. st. Warszawy.



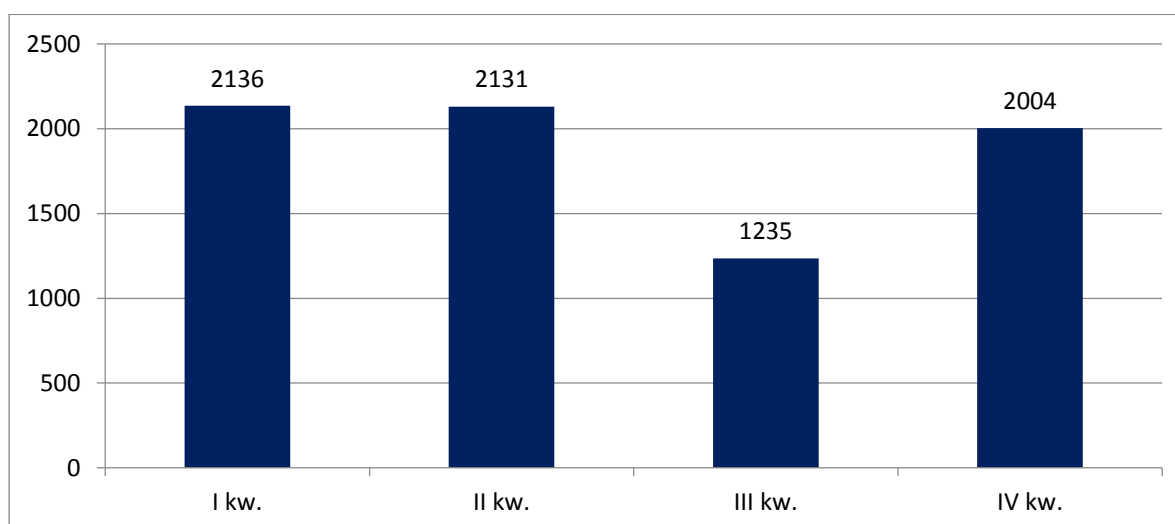
Wykres 6. Ilość zgłoszonych zachorowań w stosunku do liczby mieszkańców m.st. Warszawy w latach 2012 -2016.

5.2.3. CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ POKARMOWĄ.

W roku sprawozdawczym 2016 zarejestrowano 7506 przypadków biegunek o etiologii wirusowej i bakteryjnej. Ogółem z powodu zakażeń jelitowych hospitalizowanych było 1346 pacjentów.



Wykres 7. Zachorowania na choroby biegunkowe o etiologii wirusowej i bakteryjnej zdiagnozowane w latach 2012-2016 na terenie m. st. Warszawy.



Wykres 8. Zachorowania na biegunki o etiologii wirusowej i bakteryjnej w rozbiciu na kwartały roku 2016.

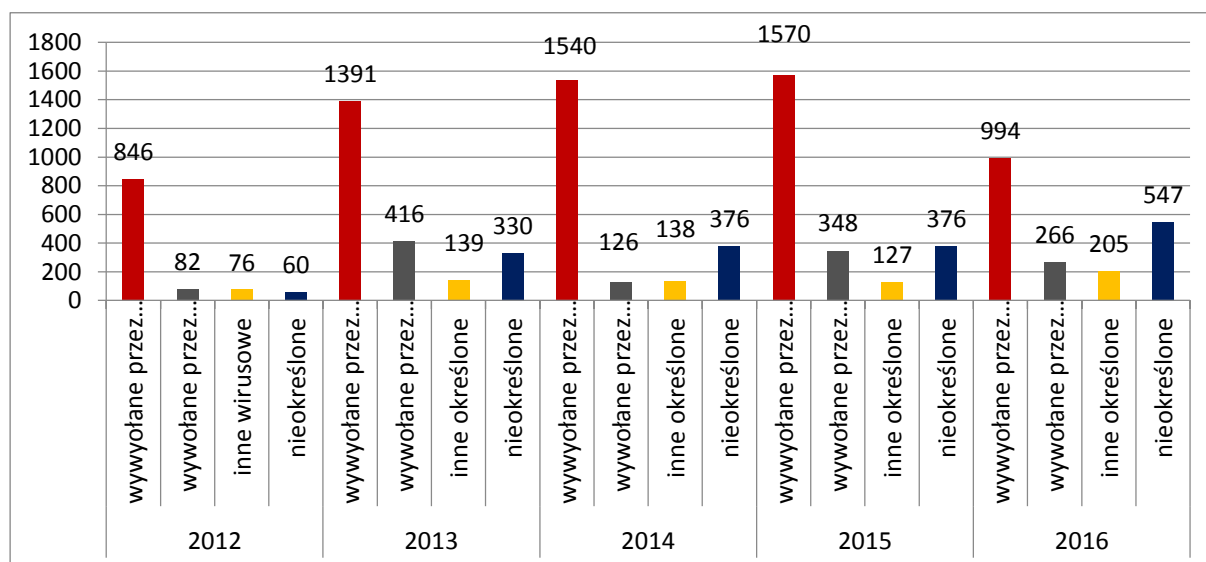
Jak wynika z przedstawionych danych, podobnie do lat poprzednich obserwowany jest wzrost ilości przypadków chorób przebiegających z objawami ze strony układu pokarmowego, głównie z objawami biegunki. Podobnie do lat poprzednich najmniej zachorowań wystąpiło w III kw. 2016r.

Choroby biegunkowe zgłoszone przez placówki ochrony zdrowia zlokalizowane na terenie nadzorowanym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie są rejestrowane zgodnie z definicjami opracowanymi przez

Państwowy Zakład Higieny z podziałem na czynniki etiologiczne powodujące wystąpienie zachorowań.

5.2.4. WIRUSOWE ZAKAŻENIA JELITOWE 2016

Zachorowania o etiologii wirusowej stanowią największy odsetek wszystkich zakażeń jelitowych u mieszkańców m. st. Warszawy. Dominującym czynnikiem etiologicznym zachorowań wirusowych w roku sprawozdawczym, podobnie do lat ubiegłych były rotawirusy - 994 zarejestrowanych przypadków, noro wirusy - 266 zarejestrowanych przypadków, inne zakażenia wirusowe określone stanowiły 205 - przypadków i nieokreślone – 547 przypadków zachorowań. W roku 2016 największą liczbę zgłoszeń zachorowań odnotowano w I kwartale roku.

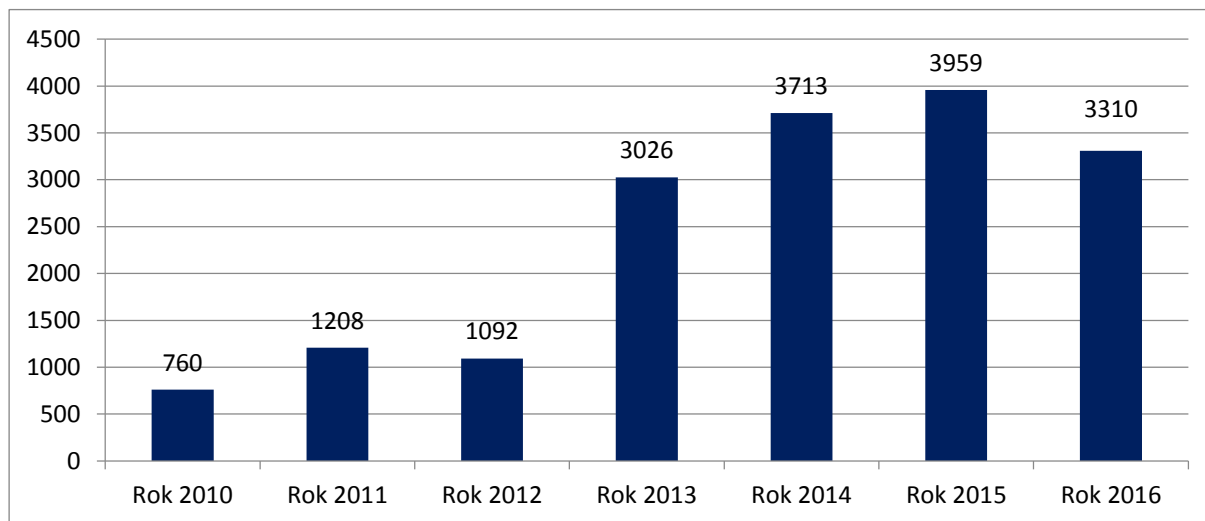


Wykres 9. Liczba zachorowań na wirusowe zakażenia jelitowe w latach 2012-2016 na terenie m. st. Warszawy.

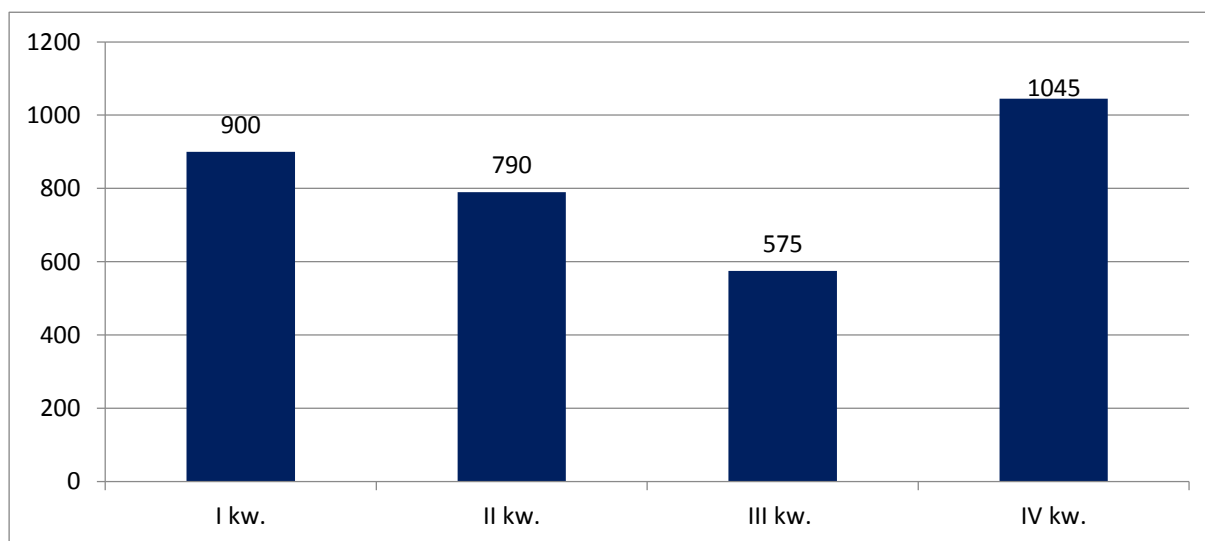
5.2.5. BIEGUNKI I ZAPALENIA ŻOŁĄDKOWO - JELITOWE BNO O PRAWDOPODOBNIENIE ZAKAŻNYM POCHODZENIU

Biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe BNO o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu stanowią w rejestrach prowadzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie, liczną grupę zachorowań zaliczanych do chorób biegunkowych.

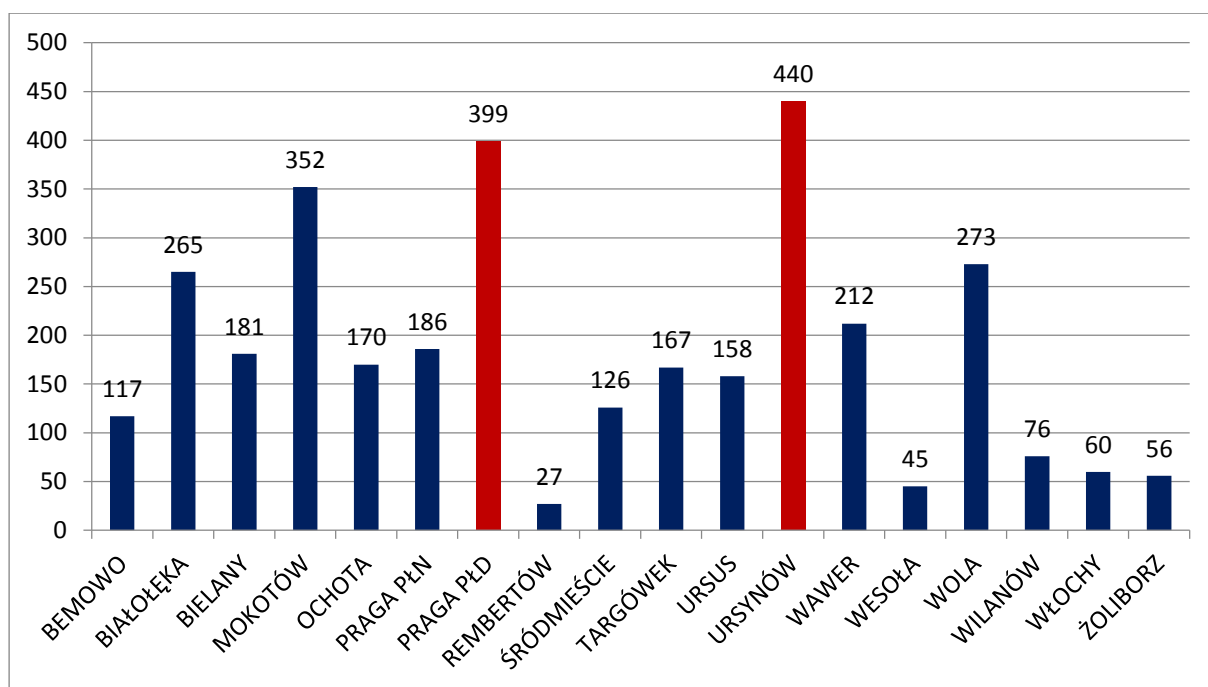
W roku 2016 zarejestrowano ogółem 3310 przypadków tych zachorowań, w tym 884 zachorowań dotyczyło grupy dzieci do lat dwóch.



Wykres 10. Biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe BNO o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu zarejestrowane w latach 2010-2016.



Wykres 11. Biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe BNO o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu zarejestrowane w poszczególnych kwartałach roku 2016.



Wykres 12. Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe BNO o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu ogółem (A 09) wśród mieszkańców Warszawy w roku 2016 z podziałem na poszczególne dzielnice miasta.

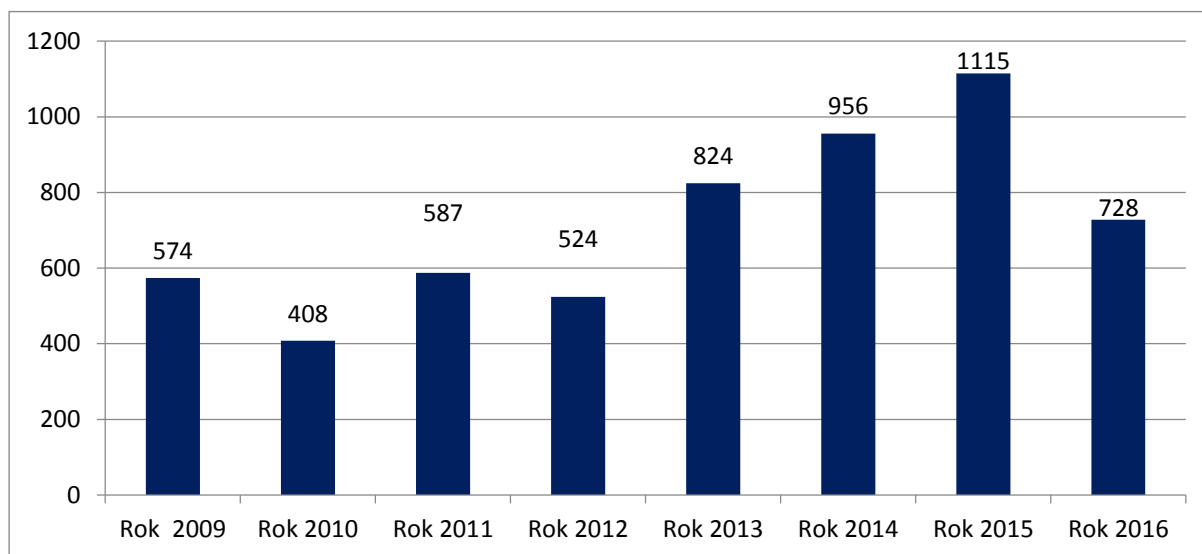
Podobnie do lat ubiegłych w dzielnicy Ursynów odnotowuje się największą liczbę zakażeń przebiegających z objawami ze strony układu pokarmowego. Przyczyn nie należy szukać w warunkach socjalnych lub higienicznych mieszkańców, prawdopodobny wzrost zachorowań spowodowany jest największą liczbą osób zameldowanych w tych dzielnicach.

5.2.6. BIEGUNKI O ETIOLOGII WIRUSOWEJ DZIECI DO LAT 2

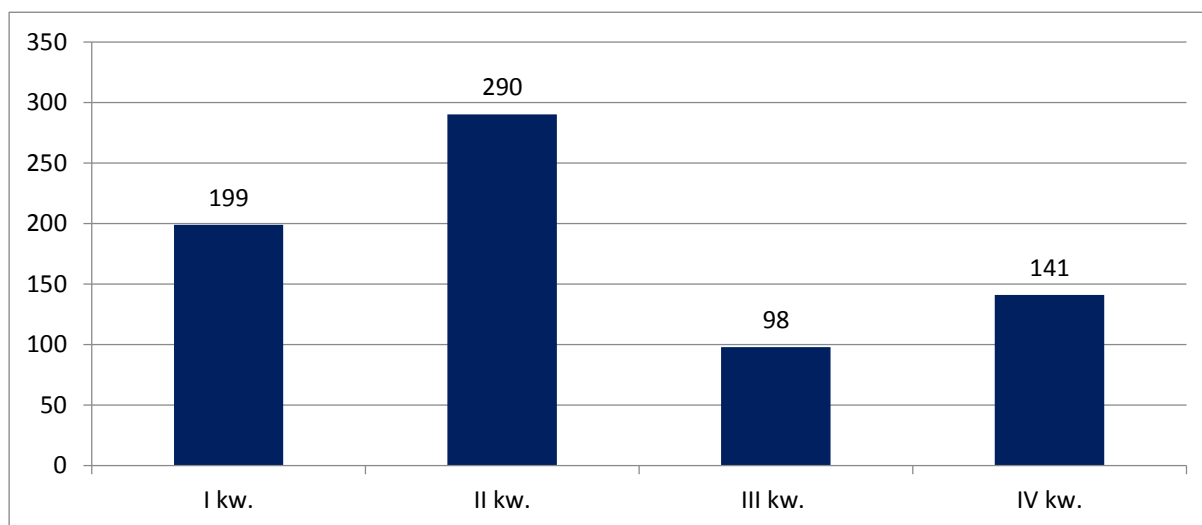
W roku 2016 podobnie jak w latach poprzednich, rejestrowane były biegunki, które wystąpiły u dzieci do lat 2. Jest to grupa schorzeń, która ze względu na szczególne cechy osobnicze pacjentów, podlega wzmożonemu nadzorowi epidemiologicznemu. Wymóg zgłaszania zachorowań u dzieci dotyczył wszystkich zakażeń w tym zakażeń jelitowych o etiologii wirusowej, bakteryjnej jak i biegunek o nieokreślonej etiologii.

Wirusowe zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2, to ogółem 728 przypadków, w których to 158 dzieci w konsekwencji poddano hospitalizacji.

Jak wynika z przedstawionych na wykresie danych, liczba zachorowań w tej grupie wiekowej w roku 2016 uległa zmniejszeniu w stosunku do roku poprzedniego.

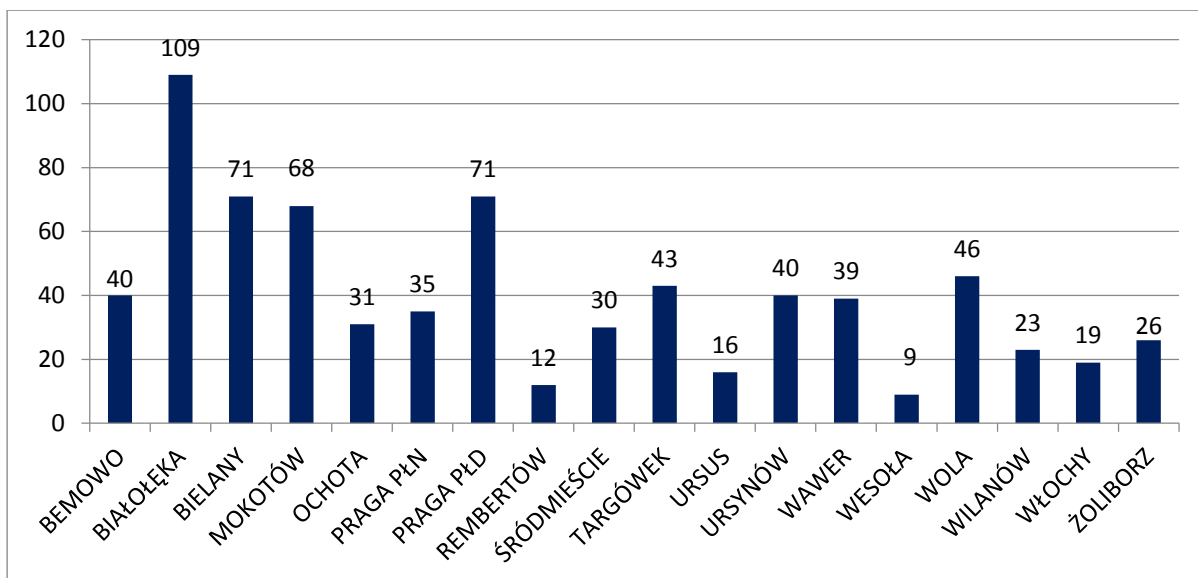


Wykres 13. Zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej u dzieci do lat 2 w latach 2009-2016.



Wykres 14. Zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej u dzieci do lat 2 w poszczególnych kwartałach roku 2016 r.

Zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej u dzieci do lat 2, podobnie jak w roku poprzednim osiągnęły największe wartości pod względem liczby zachorowań w II kwartale roku.



Wykres 15. Zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej u dzieci do lat 2 w 2016 r. w poszczególnych dzielnicach m.st. Warszawy.

5.2.7. BAKTERYJNE ZAKAŻENIA JELITOWE U DZIECI DO LAT 2

W roku 2016 zarejestrowano ogółem 53 przypadki bakteryjnych zakażeń jelitowych u dzieci do lat 2. W stosunku do roku poprzedniego odnotowujemy niewielki spadek zdiagnozowanych zakażeń.

5.2.8. SALMONELOZY

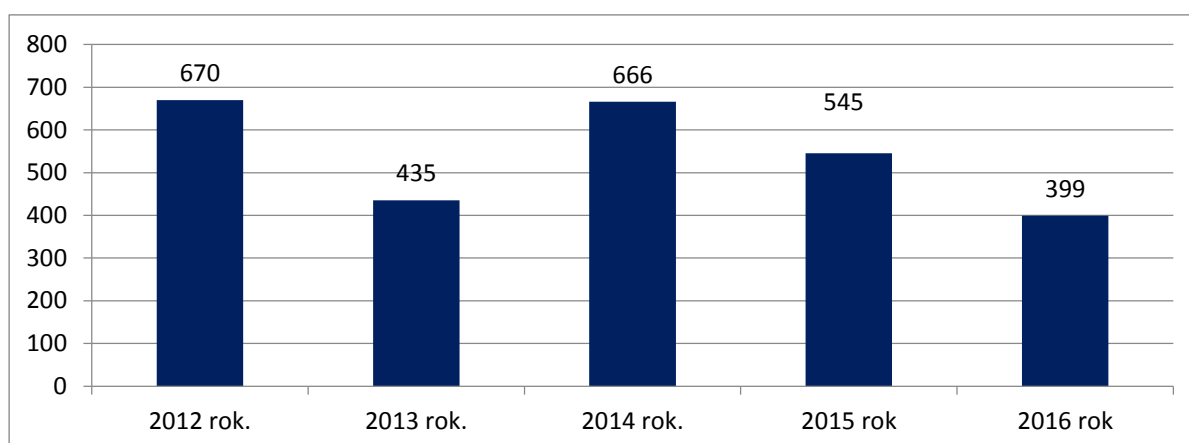
Pałeczki Salmonella są chorobotwórcze dla człowieka i zwierząt, wywołują ostre zatrucia pokarmowe. Objawy chorobowe, występujące zwykle po 18-24 godzinach od zakażenia, to: bóle brzucha, gorączka, biegunka, czasami nudności i wymioty. Po przebyciu choroby, pałeczki mogą być wydalane z kałem przez kilka tygodni lub miesięcy bez jakichkolwiek objawów chorobowych.

Do zakażenia dochodzi poprzez żywność zanieczyszczoną odchodami zakażonych zwierząt (najczęściej drobiu, myszy, szczurów), przez produkty żywnościowe pochodzące od zwierząt zakażonych (jaja, mięso, mleko) i ludzi wydalających pałeczki z kałem, zarówno chorych, jak i zdrowych nosicieli.

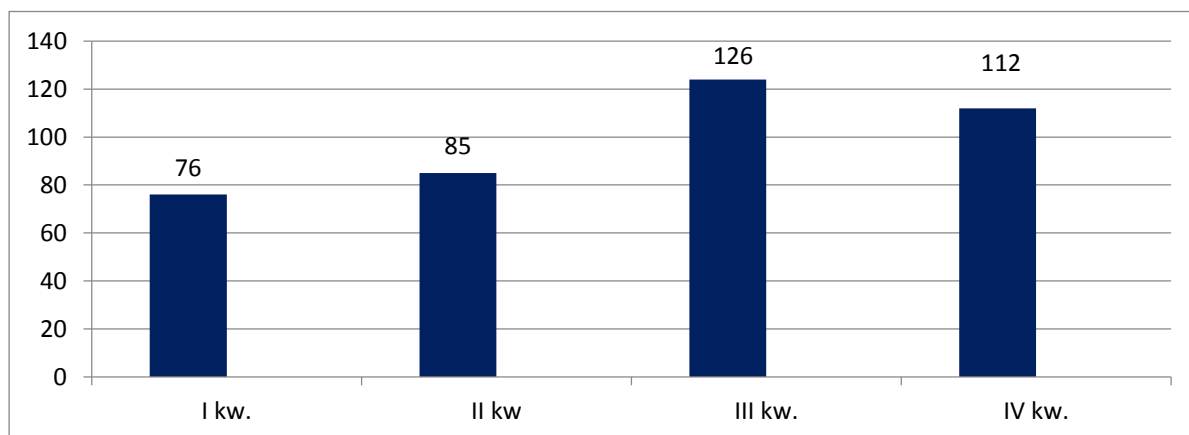
Najczęstszym nośnikiem pałeczek są produkty zawierające surowe jaja: majonezy, kremy, lody, oraz rozdrobnione przetwory mięsne.

Po wzroście zachorowań w roku 2014 (666 zachorowań) w kolejnych latach obserwujemy niewielki spadek ilości zgłoszonych zatruc pokarmowych wywołanych odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi Salmonella do 399 zarejestrowanych przypadków zachorowań w roku sprawozdawczym.

Ponadto, w roku 2016 zarejestrowano 6 przypadków posocznicy spowodowanej pałeczką Salmonella i 7 przypadków salmonelozy zgłoszonej jako inne zakażenia pozajelitowe.

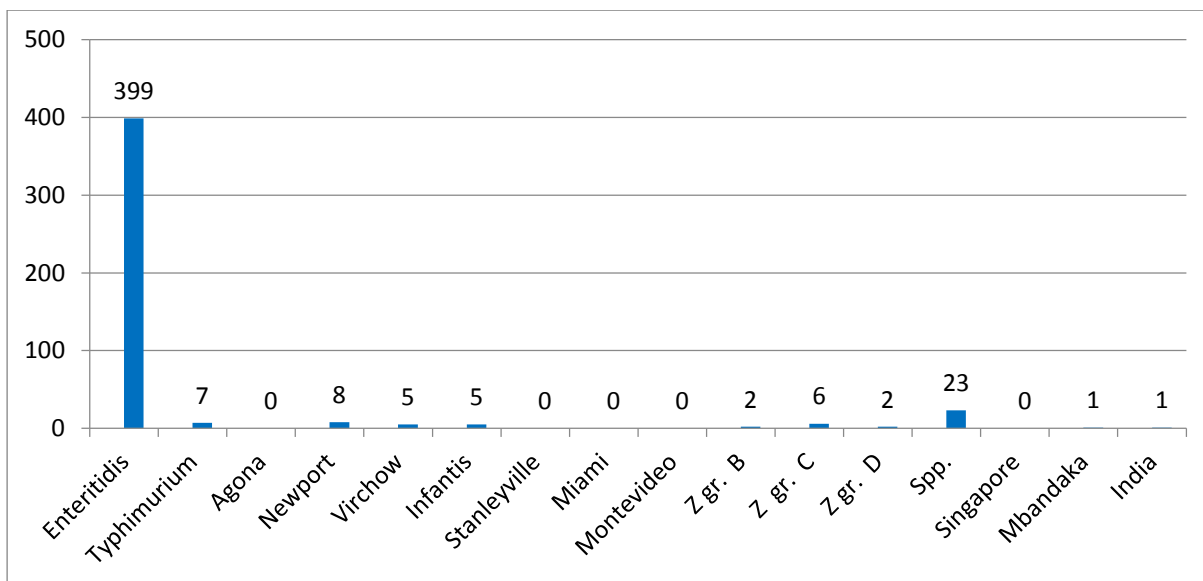


Wykres 16. Zachorowania na salmonelozę w latach 2012 – 2016.



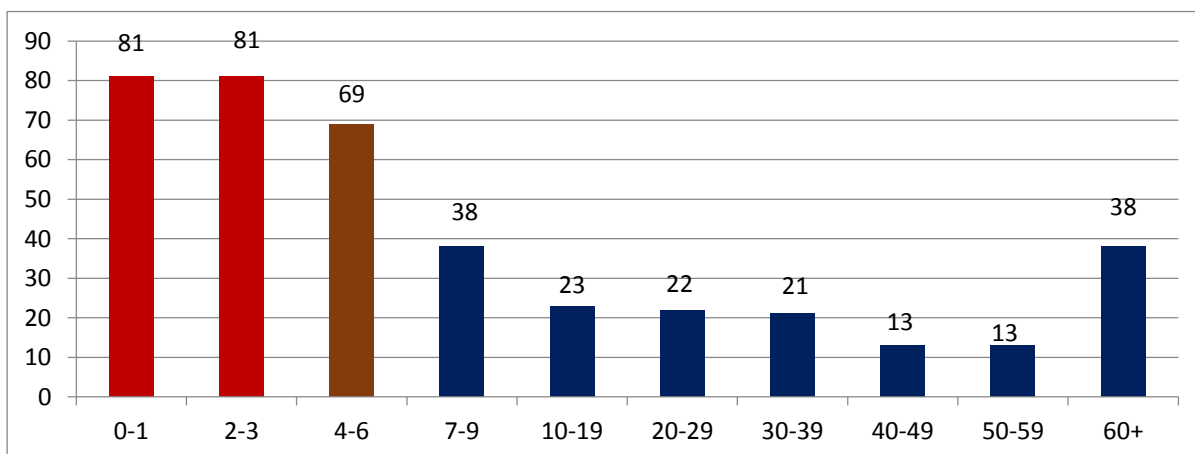
Wykres 17. Zachorowania o etiologii Salmonella w poszczególnych kwartałach roku 2016.

Najwięcej zachorowań na salmonelozę zarejestrowano w III kwartale 2016 roku – 126 przypadków, natomiast najmniej zachorowań odnotowano w I kwartale – 76 przypadków.



Wykres 18. Zachorowania na salmonelozę z podziałem na poszczególne serotypy pałeczki Salmonella w roku 2016.

Najczęściej izolowanym serotypem jest Salmonella z gr. D Enteritidis, (399 przypadków), na drugiej pozycji znajduje się Salmonella spp., która została zdiagnozowana w 23 przypadkach zgłoszonych zachorowań w roku sprawozdawczym.



Wykres 19. Zachorowania na salmonelozę w 2016 roku w poszczególnych grupach wiekowych.

Największą populację, w której doszło do zachorowań na salmonelozę stanowią dzieci w wieku od 0 do 3-lat.

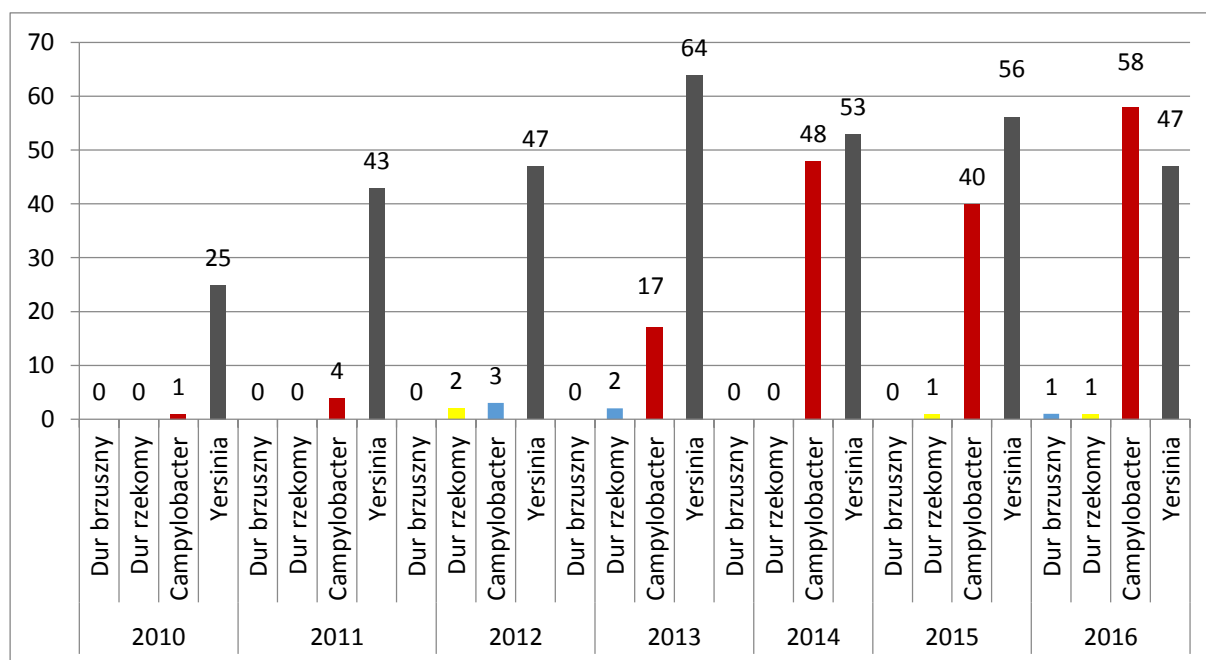
5.2.9. INNE ZAKAŻENIA JELITOWE O ETIOLOGII BAKTERYJNEJ

Wykrywanie drobnoustrojów innych niż pałeczki Salmonella, świadczy o wciąż poprawiającej się diagnostyce laboratoryjnej zakażeń i zatruc pokarmowych pozwalającej na ustalenie czynnika etiologicznego odpowiedzialnego za wystąpienie zakażenia lub zatrucia pokarmowego.

5.2.9.1. CAMPYLOBACTER, YERSINIA, DURY BRZUSZNE

W odniesieniu do zakażeń jelitowych zgłoszonych przez placówki ochrony zdrowia i zarejestrowanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie, należy również zwrócić uwagę na zakażenia pokarmowe wywołane przez bakterie z rodzaju Campylobacter. W roku 2016 zarejestrowano 58 przypadków zachorowania spowodowanego tym patogenem. W odniesieniu do roku poprzedniego obserwujemy wzrost ilości zdiagnozowanych przypadków zachorowań.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie prowadzi rejestr i nadzór nad nosicielami duru brzuszego. Na terenie miasta, mieszka 10-ciu nosicieli, którzy są pod stałym nadzorem epidemiologicznym Inspekcji Sanitarnej. Są to osoby w wieku ok. 80 lat.



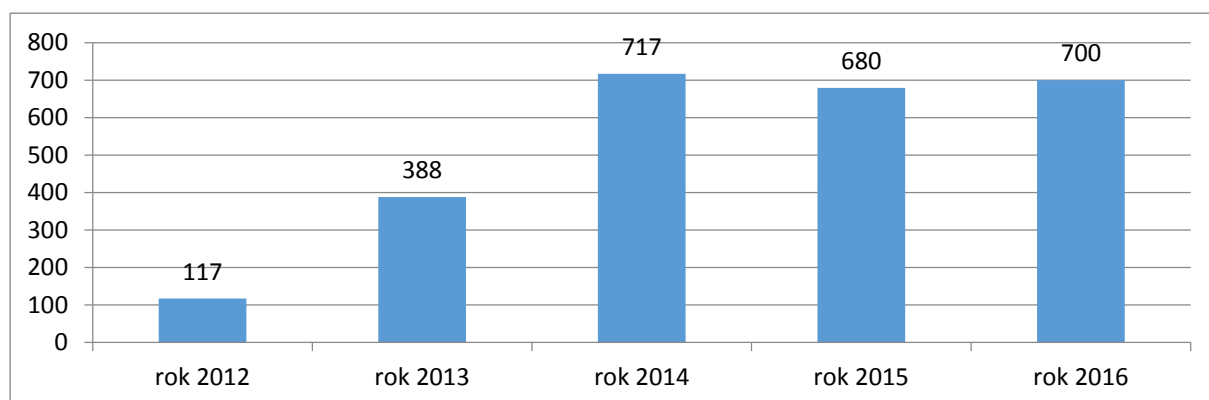
Wykres 20. Liczba innych zakażeń jelitowych zgłoszonych do PSSE w latach 2010-2016.

Jersinioza – to ostra lub przewlekła odzwierzęca choroba zakaźna wywołana przez bakterie *Yersinia enterocolitica*. Do zakażenia najczęściej dochodzi drogą pokarmową w następstwie spożycia produktów pochodzenia zwierzęcego i roślinnego, zanieczyszczonych pierwotnie (produkty pochodzące od zwierząt chorych) lub wtórnie odchodami zwierząt, ludzi chorych lub nosicieli. Najczęściej występującymi postaciami Jersiniozy są postacie jelitowe i rzekomowyrastkowe.

W roku 2016 zarejestrowano 47 przypadków zachorowań o etiologii *Yersinia*.

5.2.9.2. CLOSTRIDIUM DIFFICILE

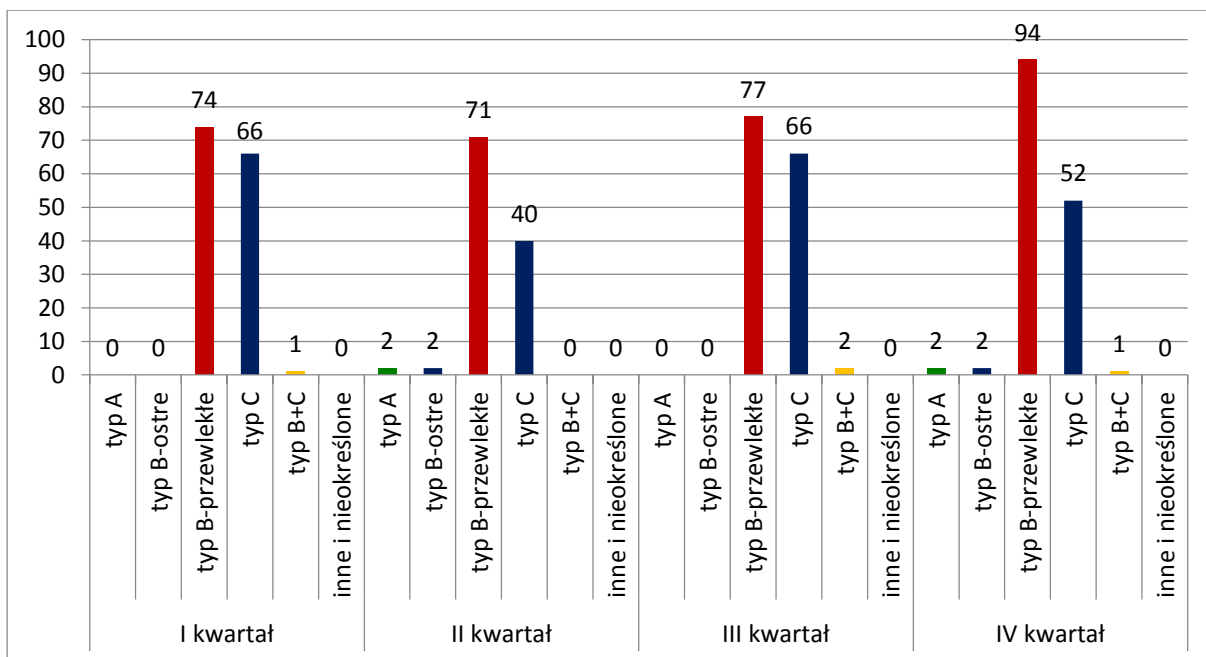
W 2016 roku odnotowano niewielki wzrost zachorowań o etiologii *Clostridium difficile* tj. 700 przypadków. Najwięcej zachorowań notuje się w grupie wiekowej pow.75 roku życia. Ponadto zaobserwowano, że zachorowania występują porównywalnie jeśli chodzi o płeć.



Wykres 21. Zachorowania o etiologii *Clostridium diff.* w latach 2012 – 2016.

5.2.10. WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie prowadzi rejestry zachorowań na wirusowe zapalenia wątroby typu A, B, C, typu B+C oraz tzw. innych i nieokreślonych. W porównaniu do roku ubiegłego obserwuje się wzrost wartości rozpoznanych zakażeń wirusami powodującymi zapalenia wątroby.



Wykres 22. Liczba zgłoszonych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby w poszczególnych kwartałach roku 2016.

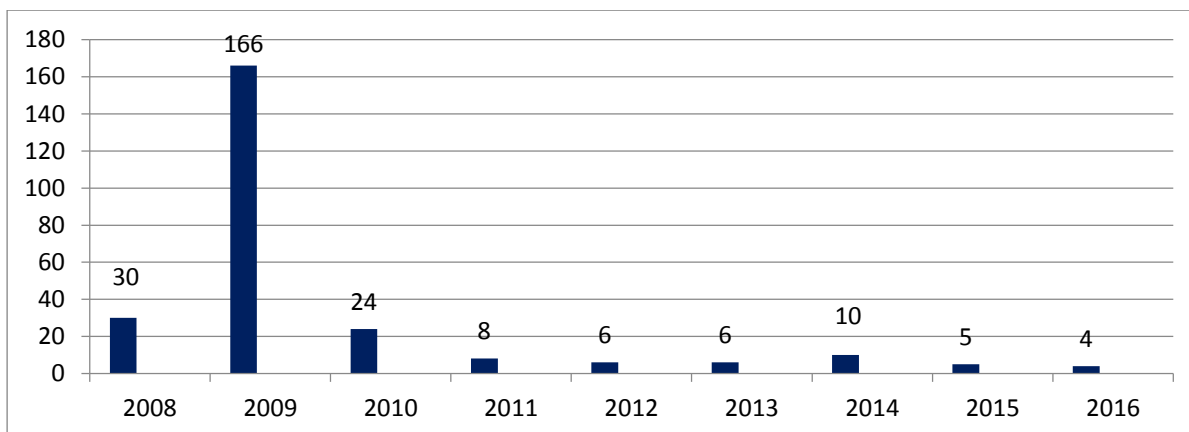
5.2.10.1. WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU A

W roku 2016 na terenie m. st. Warszawy zarejestrowano 4 przypadki zapalenia wątroby typu A. Do grup ryzyka należą przede wszystkim osoby wyjeżdżające w rejony endemiczne. Profilaktyką zachorowań są szczepienia ochronne przeciw WZW A, które szczególnie zalecane są osobom podróżującym.

Najważniejszym sposobem zapobiegania rozpowszechnianiu się wirusa HAV, jest przestrzeganie zasad higieny rąk, higieny żywienia w szczególności dotyczy to osób wyjeżdżających do krajów o niskich standardach higienicznych.

W trzech analizowanych przypadkach, zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu A, były zakażeniami przywleczonymi (Egipt, Ukraina, Indie+Włochy). Zarejestrowane przypadki dotyczą mieszkańców dzielnic: Mokotów, Wola, Praga Północ.

Jak wynika z analizy zgłaszanych przez ostatnie lata przypadków, zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu A, nie stanowią zagrożenia epidemicznego dla mieszkańców Warszawy.

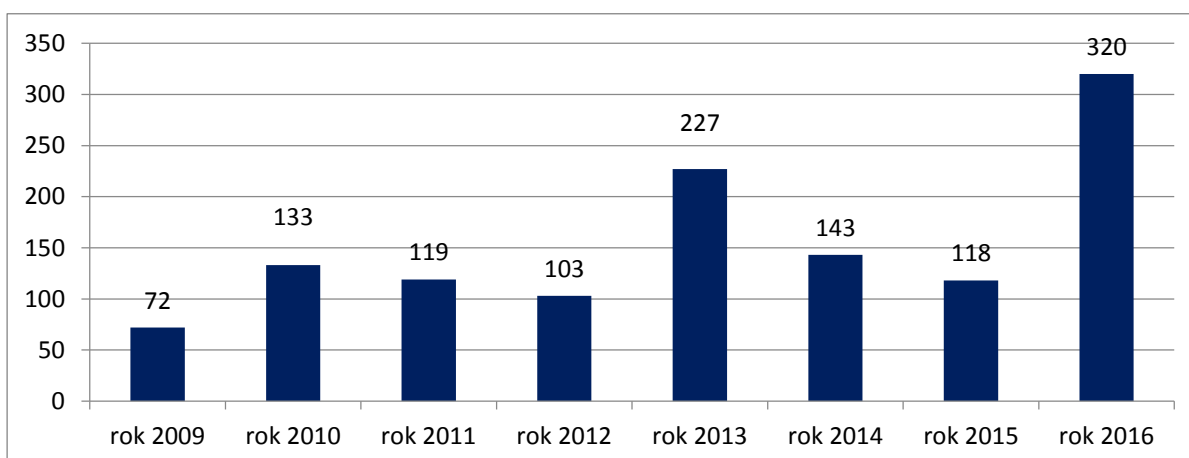


Wykres 23. Zachorowania na WZW typu A w latach 2008-2016 na terenie m. st. Warszawy.

5.2.10.2. WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

Znaczącym problemem są zakażenia przenoszone drogą krwiopochodną. Według prowadzonych statystyk zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) w Polsce obniża się stopniowo od lat 90-tych, tj. od chwili wprowadzenia szczepień ochronnych przeciw WZW B. Z uwagi na powszechność obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, jedynie sporadycznie dochodzi do ostrego WZW B w populacji objętej obowiązkowymi szczepieniami.

Na terenie m. st. Warszawy w roku 2016r., odnotowano 316 przypadków przewlekłego WZW B i 4 przypadki ostrego WZW B.



Wykres 24. Zachorowania na WZW typu B (ostre i przewlekłe) w latach 2009 – 2016.

W odniesieniu do przypadków przewlekłego WZW B, prowadzone dochodzenia epidemiologiczne pozwoliły ustalić, że prawdopodobnie do zakażenia mogło dojść w wyniku (relacja chorych):

- 1) zabiegów stomatologicznych – 200,
- 2) dużych zabiegów medycznych - 94,
- 3) małych zabiegów - 73,
- 4) zabiegów kosmetycznych – 52,
- 5) diagnostyki endoskopowej – 30,
- 6) transfuzje krwi - 30,
- 7) kontakty domowe z osobą zakażoną HBV – 24, w tym 1 dziecko urodzone przez matkę zakażoną HBV,
- 8) tatuaże -19,
- 9) iniekcji, pobrania krwi -13,
- 10) dawcy krwi -12,
- 11) narkotyki - 6.

W związku z prowadzeniem wzmożonego nadzoru epidemiologicznego nad ostrym WZW B, których w 2016 r. odnotowano 4 przypadki ustalono, że prawdopodobnym źródłem zakażenia mogły być:

- 1) zabiegi stomatologiczne – 2
- 2) iniekcje, pobrania – 2
- 3) ryzykowne zachowania seksualne – 2
- 4) kontakty homoseksualne – 1
- 5) dawca krwi – 1
- 6) tatuażowanie -1
- 7) kolczykowanie -1

Jedna osoba nie wskazała żadnego potencjalnego źródła zakażenia, 3 osoby wskazały więcej niż jedno źródło zakażenia.

W każdym przypadku wykrycia ostrego WZW B prowadzone jest dochodzenie epidemiologiczne w celu wykrycia źródła zakażenia. W zależności od wskazania pacjenta na obiekt, w którym mogło dojść do zakażenia, nawiązywana jest współpraca z Sekcją Higieny Lecznictwa lub Oddziałem Higieny Komunalnej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w celu sprawdzenia obowiązujących w placówce procedur.

5.2.10.3. WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) cechuje obserwowana od wielu lat zmienność.

W roku 2016 liczba zachorowań jest porównywalna do roku poprzedniego. Na terenie m.st. Warszawy zarejestrowano 224 przypadki zachorowań sklasyfikowanych wg definicji z roku 2014.

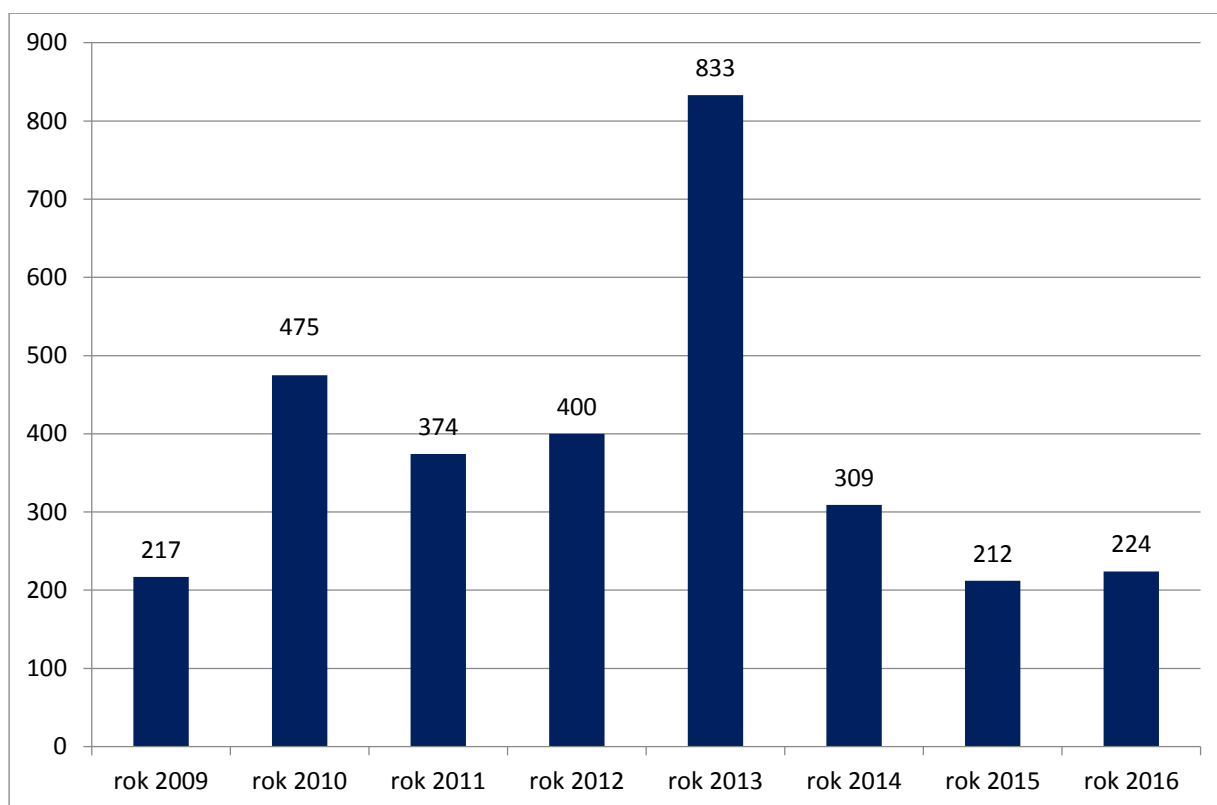
W przypadku WZW C o charakterze przewlekłym, mamy do czynienia z zakażeniem do którego doszło nawet kilka lat wcześniej. Wobec powyższego przypadki zarejestrowane w roku sprawozdawczym nie są nowymi, a jedynie zdiagnozowanymi w roku bieżącym. Ilość zgłoszonych przypadków WZW C, może być wykładnikiem skuteczniejszej diagnostyki prowadzonej w kierunku wirusowych zakażeń wątroby zarówno typu B jak i C.

Faktem jest, że zarejestrowane przypadki zakażeń mają związek ze świadczeniem usług, w trakcie których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek. Wskazuje to jednocześnie na niedostatek w zakresie nieswoistych działań podejmowanych w celu zapobiegania zakażeniom.

Z uwagi na brak swoistych metod zapobiegania zakażeniom HCV np. w drodze szczepień ochronnych, jedynie działania nieswoiste polegające na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywanych świadczeń medycznych oraz innych zabiegów przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek, mogą zapobiec szerzeniu się zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typ C.

W związku z prowadzeniem wzmożonego nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami WZW C, w trakcie dochodzeń epidemicznych ustalono, że prawdopodobną przyczyną zakażenia mogły być:

- 1) zabiegi operacyjne wykonywane kilka lat wcześniej;
- 2) transfuzja krwi przed - 1993 rokiem;
- 3) przyjmowaniem narkotyków drogą dożylną;
- 4) zabiegami stomatologicznymi;
- 5) wykonaniem tatuażu w nieprofesjonalnych warunkach.



Wykres 25. Ilość zdiagnozowanych i zarejestrowanych przypadków zachorowania na WZW typu C w latach 2009-2016 na terenie m. st. Warszawy.

5.2.11. NEUROINFEKCJE

5.2.11.1. ZACHOROWANIA NA INWAZYJNĄ CHOROBE MENINGOKOKOWĄ

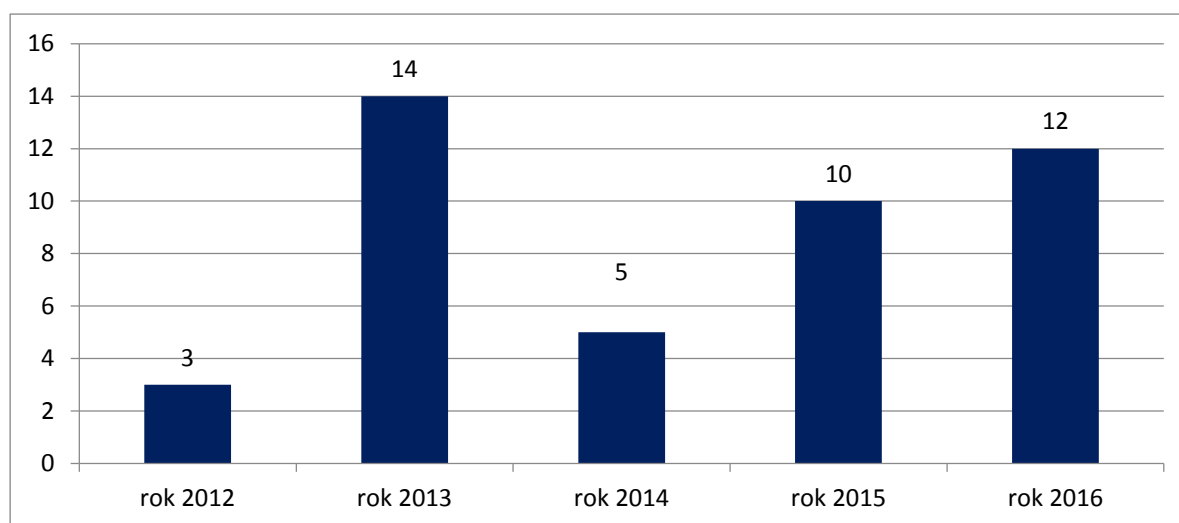
Neisseria meningitidis (dwoinka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,) jest jednym z najczęstszych czynników etiologicznych pozaszpitalnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy, określanych wspólnie mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (IChM). Zjawisko kolonizacji *N. meningitidis* u ludzi występuje powszechnie. Bakterie bytują na błonie śluzowej noso-gardzieli.

W okresach nieepidemicznych 5 – 10% populacji może być skolonizowane przez meningokoki. Wpływ na obniżenie liczby zachorowań mają: poprawiający się nadzór nad zachorowaniami oraz coraz większa powszechność szczepień, zwłaszcza przeciw meningokokom grupy C, które są zalecane w ramach Programu Szczepień Ochronnych. Szczepionki skoniugowane przeciwko meningokokom zalecane dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych są ogólnie dostępne. Ponadto, dla osób podróżujących, które udają się do krajów o wysokiej zapadalności na *Neisseria*

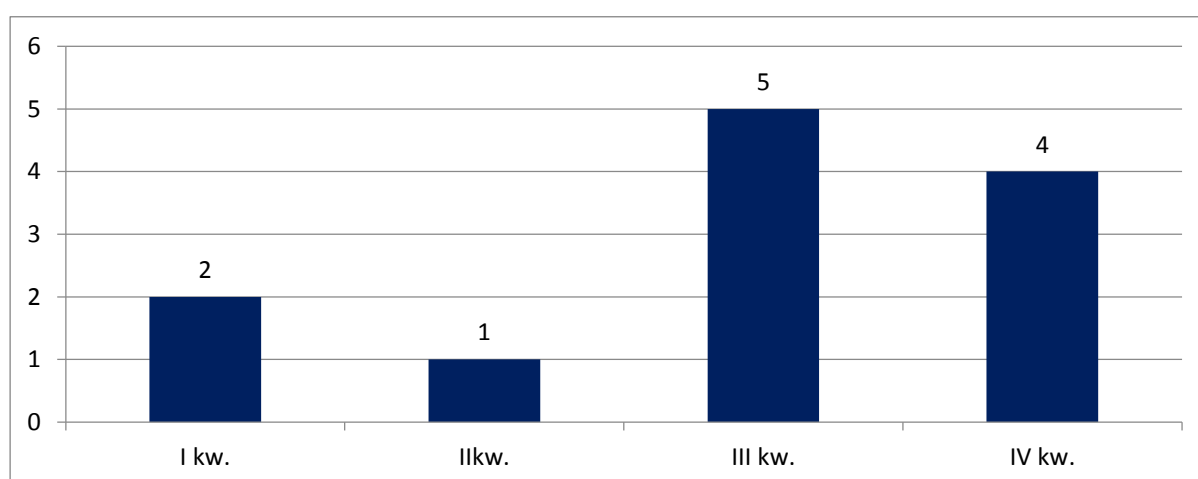
meningitidis z grupy A, zalecana jest szczepionka polisacharydowa przeciwko grupie A + C, stosowana u dzieci w wieku powyżej dwóch lat i u osób dorosłych. W roku 2014 wprowadzono nową szczepionkę Bexsero przeciw meningitis B.

Na terenie m. st. Warszawy w roku 2016 zarejestrowano ogółem 12 przypadków zakażenia. Zachorowania te przebiegały pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub posocznicy. W roku 2016 nie występowały ogniska zachorowań na IChM.

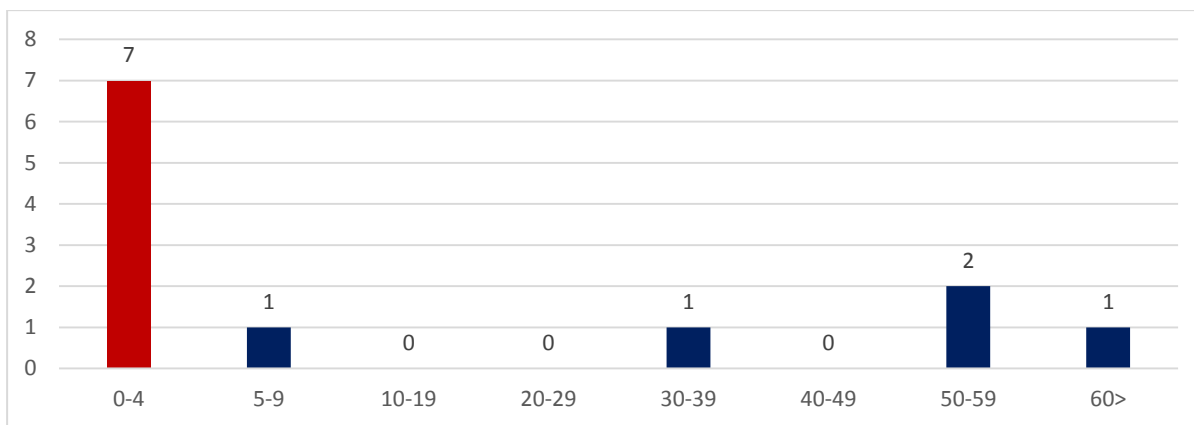
W każdym przypadku zgłoszenia zachorowania natychmiast uruchamiany jest czynny nadzór epidemiologiczny nad rodziną i innymi osobami z otoczenia chorego.



Wykres 26. Zachorowania o etiologii *Neisseria meningitidis* w latach 2012-2016.



Wykres 27. Zachorowania o etiologii *Neisseria meningitidis* w roku 2016 z podziałem na poszczególne kwartały.



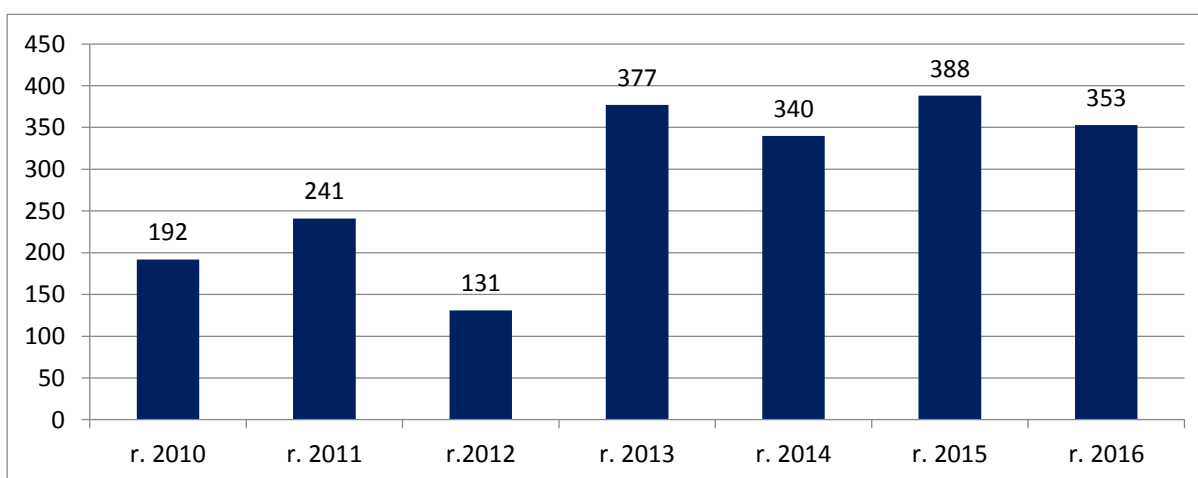
Wykres 28. Zachorowania o etiologii *Neisseria meningitidis* w poszczególnych grupach wiekowych w roku 2016.

5.2.11.2. STREPTOCOCCUS PYOGENES

Streptococcus pyogenes (paciorkowiec ropny) to Gram – dodatni ziarniak należący do paciorkowców β -hemolizujących grupy A. Szacuje się, że około 5-15% zdrowych osób jest nosicielami tej bakterii, bytującej zazwyczaj w zatokach i gardle.

Jako składnik mikroflory dróg oddechowych *S. pyogenes* może powodować zachorowania w przypadku obniżonej odporności organizmu człowieka, występuje również jako powikłanie choroby wirusowej lub bakteryjnej.

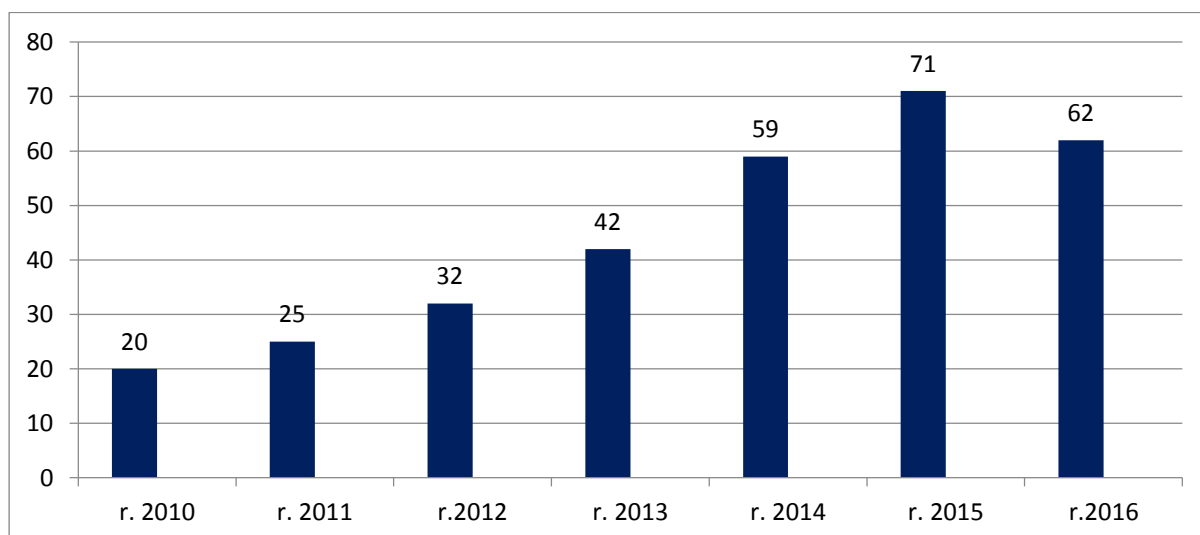
W roku sprawozdawczym ogółem zarejestrowano 353 zgłoszeń w tym 339 zachorowań przebiegało pod postacią róży, zarejestrowano 3 przypadki wstrząsu toksycznego oraz 11 przypadków innej określonej i nieokreślonej choroby inwazyjnej.



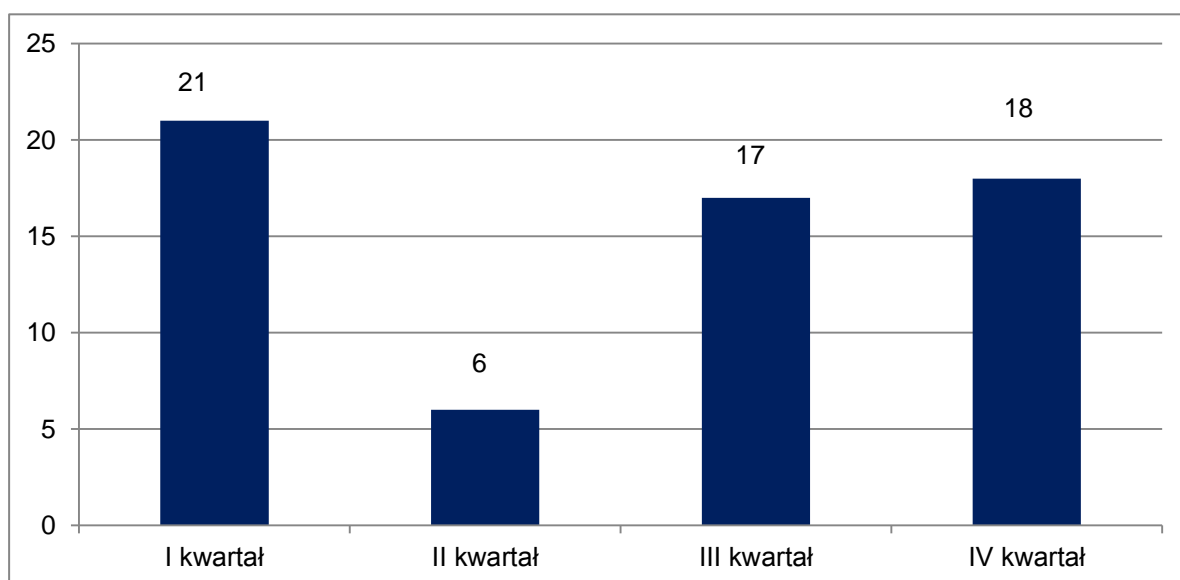
Wykres 29. Liczba zgłoszonych zachorowań o etiologii *Streptococcus pyogenes* w latach 2010-2016.

5.2.11.3. STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

W roku 2016 do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie zgłoszono ogółem 62 przypadki zachorowań wywołanych tym patogenem. Zachorowania przebiegały pod postacią zapalenia opon mózgowych i/lub mózgu 9 przypadków, posocznicy 50 przypadków oraz zachorowań zarejestrowanych jako przypadki inne określone i nieokreślone 42 zgłoszenia.



Wykres 30. Liczba zachorowań o etiologii Streptococcus pneumoniae w latach 2010-2016.

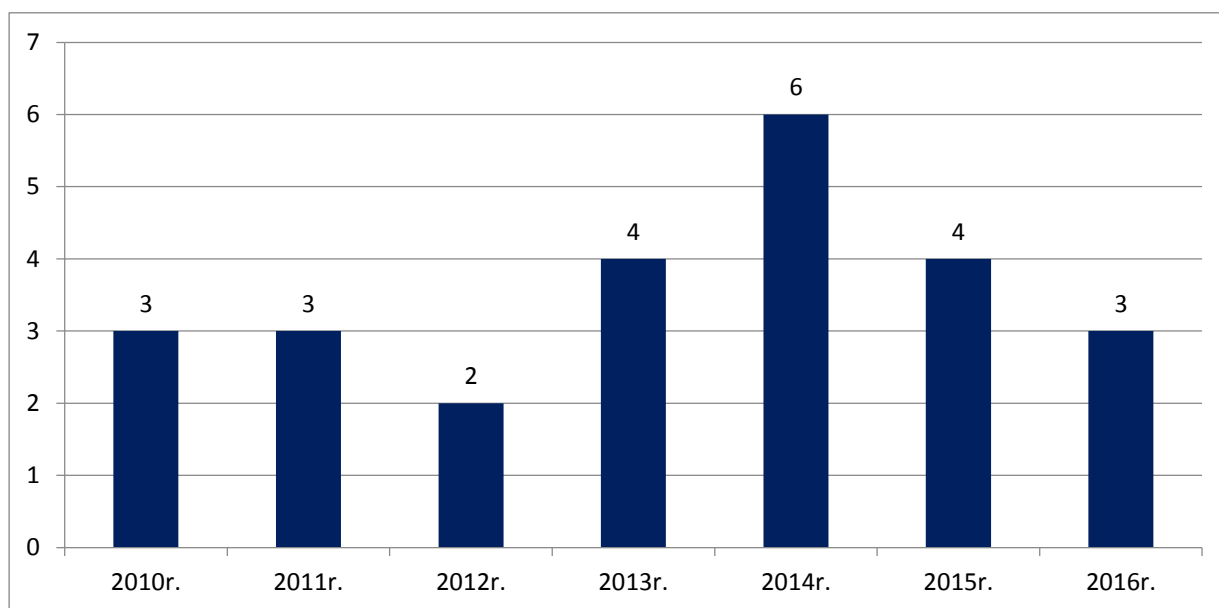


Wykres 31. Liczba zachorowań na posocznice i neuroinfekcje o etiologii Streptococcus pneumoniae z podziałem na kwartały roku 2016r.

Z przedstawionych zestawień wynika, że liczba zachorowań o etiologii *Streptococcus pneumoniae* utrzymuje się na podobnym poziomie. Największą grupę ludzi u której doszło do zakażenia *Streptococcus pneumoniae* stanowią pacjenci w wieku 60 lat i więcej.

5.2.12. HAEMOPHILUS INFLUENZAE

W roku 2016 zarejestrowano ogółem 3 przypadki zachorowań o etiologii *Haemophilus influenzae*. Zgłoszone zachorowania były zakażeniami, które spowodowały zapalenia opon mózgowych i/lub mózgu, posocznicę oraz inne zachorowania określone jako choroba inna i nieokreślona choroba inwazyjna. Zachorowania o wskazanej etiologii nie stwarzają zagrożenia epidemiologicznego na nadzorowanym terenie, ich ilość utrzymuje się na stałym poziomie w stosunku do liczby mieszkańców i lat poprzednich.



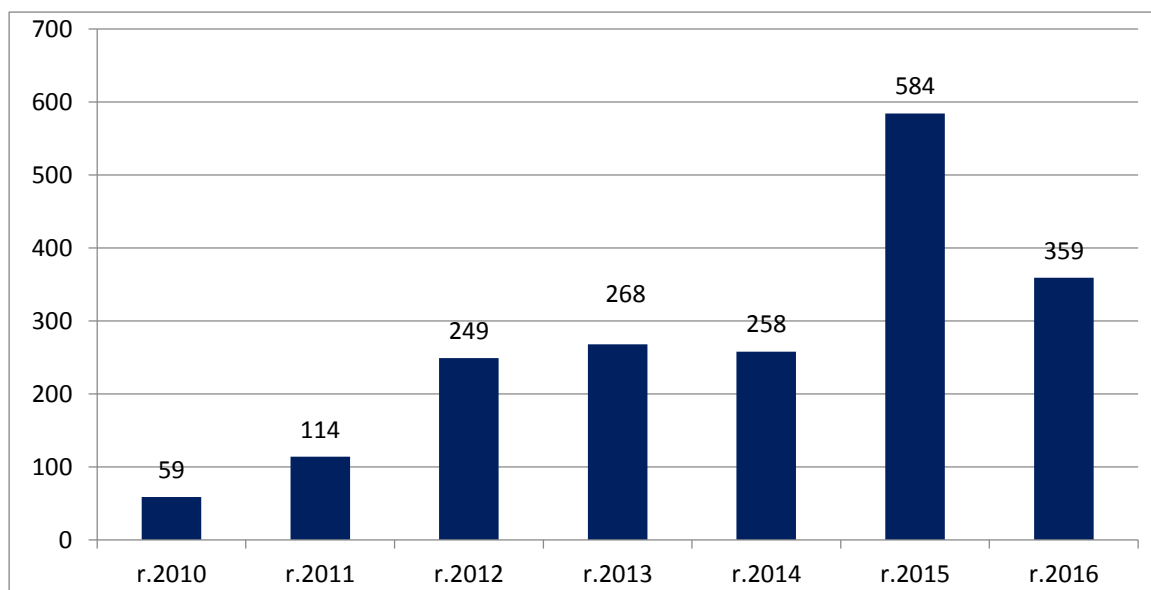
Wykres 32. Liczba zgłoszonych zachorowań o etiologii *Haemophilus influenzae* w latach 2010-2016.

5.2.13. KRZTUSIEC

Krztusiec, zwany także kokluszem, to ostra choroba zakaźna dróg oddechowych o bardzo dużej zakaźności, którą wywołują Gram ujemne pałeczki *Bordetella pertussis*. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową. Bakterie krztuśca przedostają się do górnych dróg oddechowych, gdzie dzięki różnym czynnikom adhezyjnym, zostają

zatrzymane na nabłonku migawkowym. Bakterie krztusca nie wykazują cech inwazyjności co oznacza, że nie przedostają się do krwi jednak krztusiec należy do jednych z najbardziej zaraźliwych chorób zakaźnych (podobnie jak odra i ospa).

W roku 2016 w meldunkach epidemiologicznych prowadzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie zarejestrowano 359 zachorowań na krztusiec, jest to znacznie mniej niż w roku ubiegłym. Istotne znaczenie w walce z krztuścem mają prowadzone od 2003 roku szczepienia przypominające przeciw krztuścowi u dzieci w 6 roku życia - szczepionką DTPa (błoniczo-tężcową z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym).



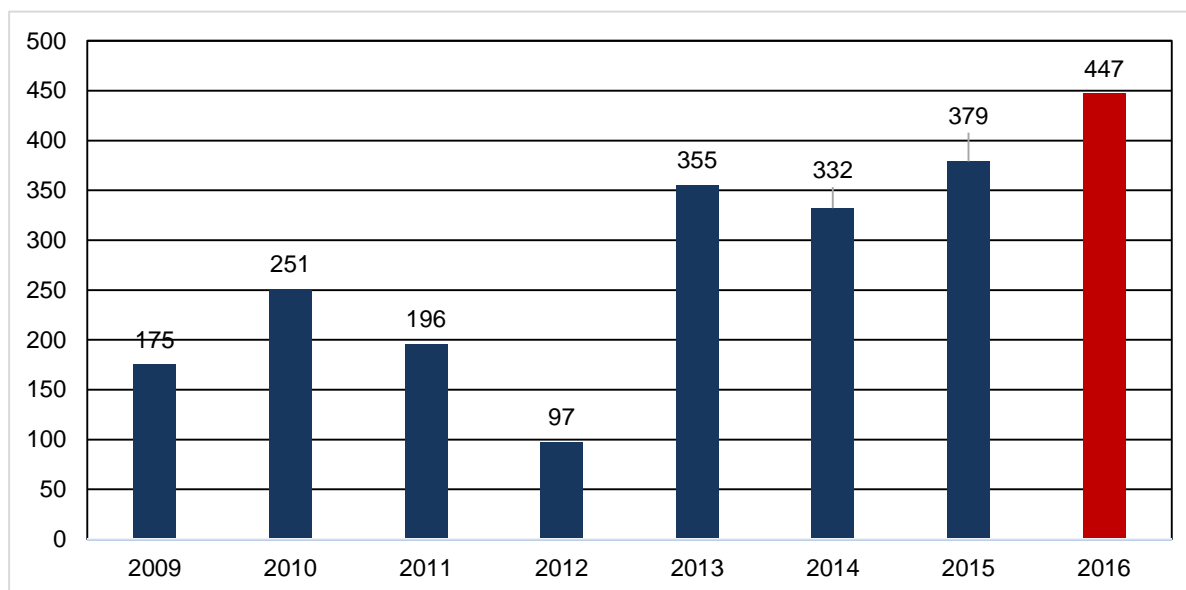
Wykres 33. Zachorowania na krztusiec w latach 2010-2016.

5.2.14. BORELIOZA I KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU

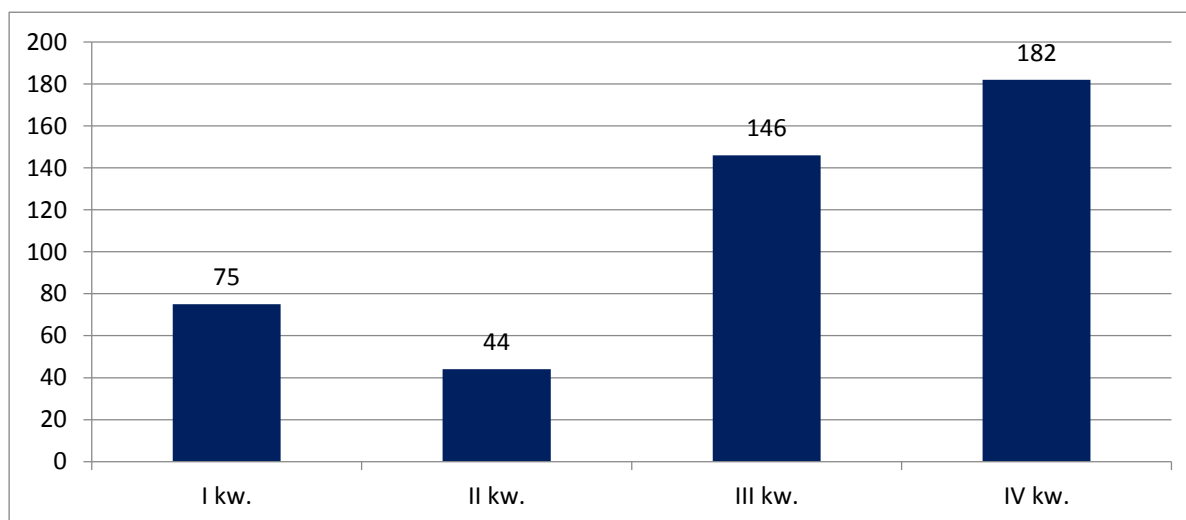
W roku 2016 zarejestrowano 447 przypadków zachorowania na boreliozę. Ze względu na niespecyficzne i rozciągnięte w czasie objawy, wiele przypadków może być zgłaszanych ze znacznym opóźnieniem.

Wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie w początkowej fazie choroby warunkuje ograniczenie wystąpienia powikłań. Dlatego też potrzebna jest dalsza i coraz skuteczniejsza współpraca Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie i lekarzy w zakresie diagnostyki i edukacji społeczeństwa na temat nieswoistych metod zapobiegania zakażeniom.

Wszystkie zarejestrowane przypadki przebiegały z objawami charakterystycznymi dla boreliozy, ale o różnym stopniu nasilenia.



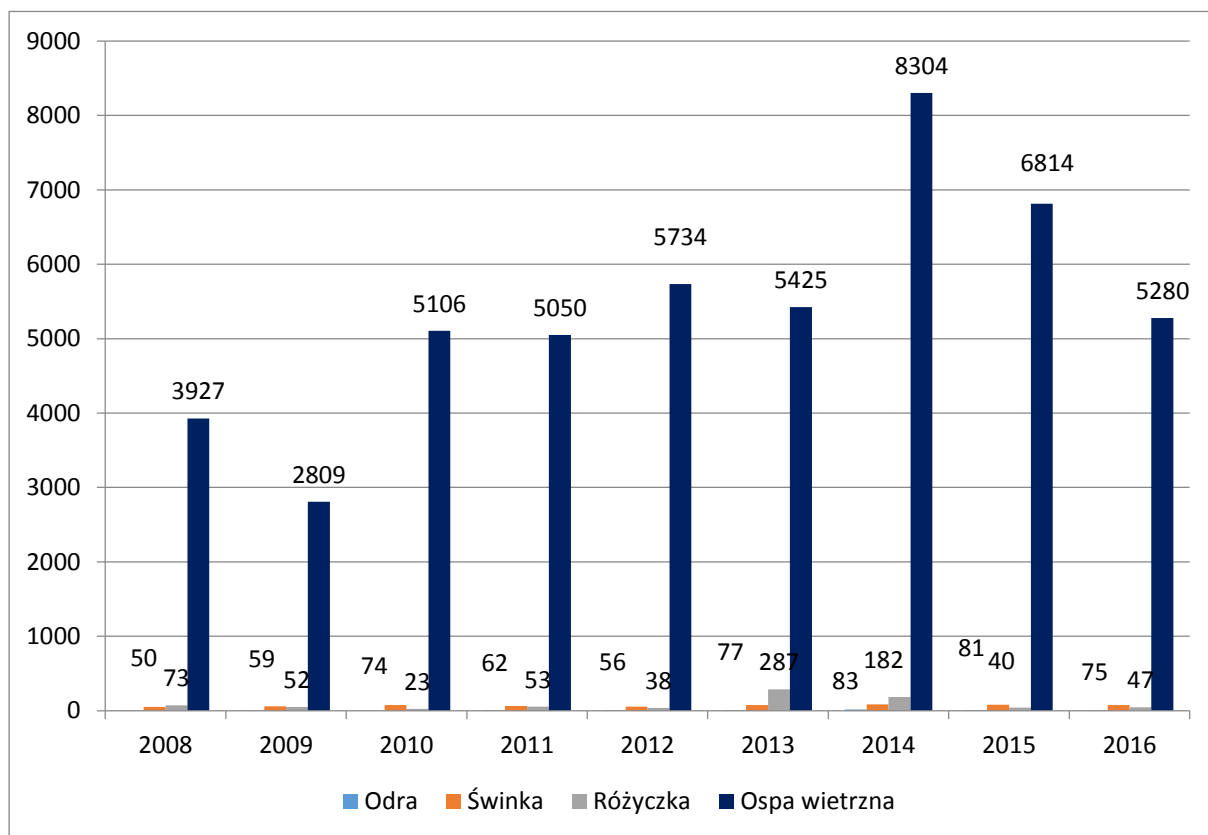
Wykres 34. Zachorowania na boreliozę w latach 2009-2016.



Wykres 35. Zachorowania na boreliozę w poszczególnych kwartałach roku 2016.

Jak wcześniej wspomniano, ze względu na niespecyficzne i rozciągnięte w czasie objawy, a co z tym idzie znaczne opóźnienie w zgłoszeniu zachorowania do PSSE tylko część pacjentów pamięta miejsce i czas w którym doszło do pokąsania. Kleszczowe zapalenie mózgu w roku sprawozdawczym zdiagnozowano u 8 pacjentów.

5.2.15. ODRA, OSPA WIETRZNA, ŚWINKA, RÓŻYCZKA

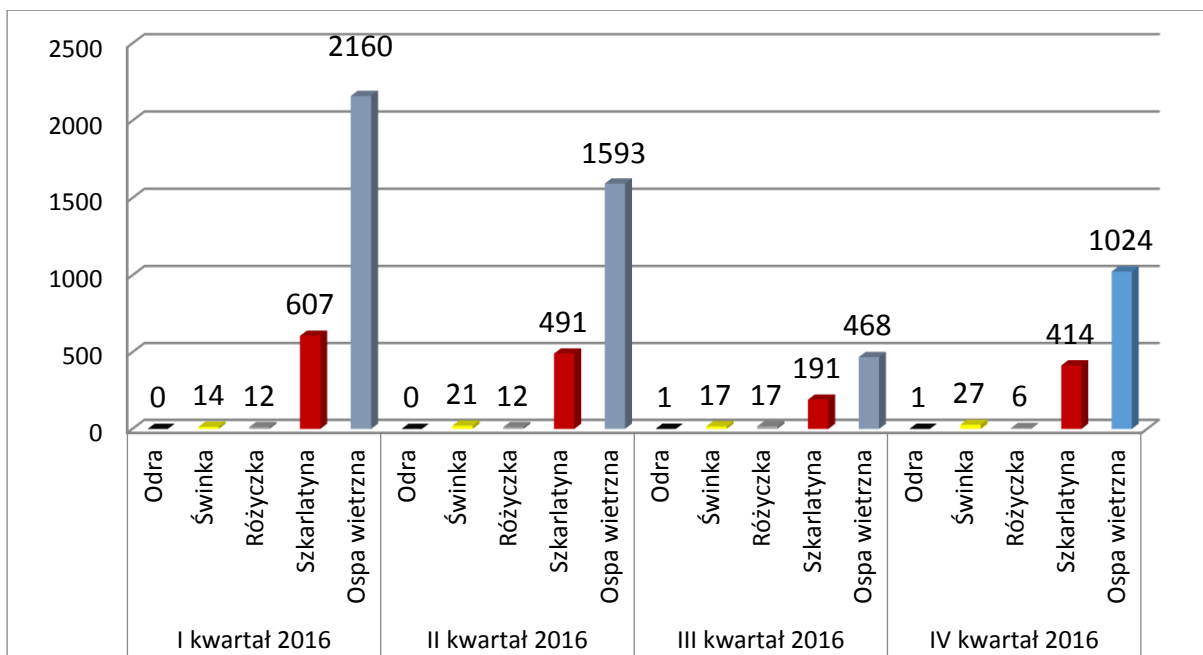


Wykres 36. Liczba zachorowań na odrę, świnkę, różyczkę i ospę wietrzną w latach 2008 - 2016 na terenie m. st. Warszawy.

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

Ospę wietrzną, podobnie jak różyczkę czy świnkę, cechuje cykliczne występowanie epidemicznych wzrostów zachorowań co kilka lat.

W porównaniu do roku ubiegłego w roku sprawozdawczym zaobserwowano znaczący spadek zachorowań na ospę wietrzną.

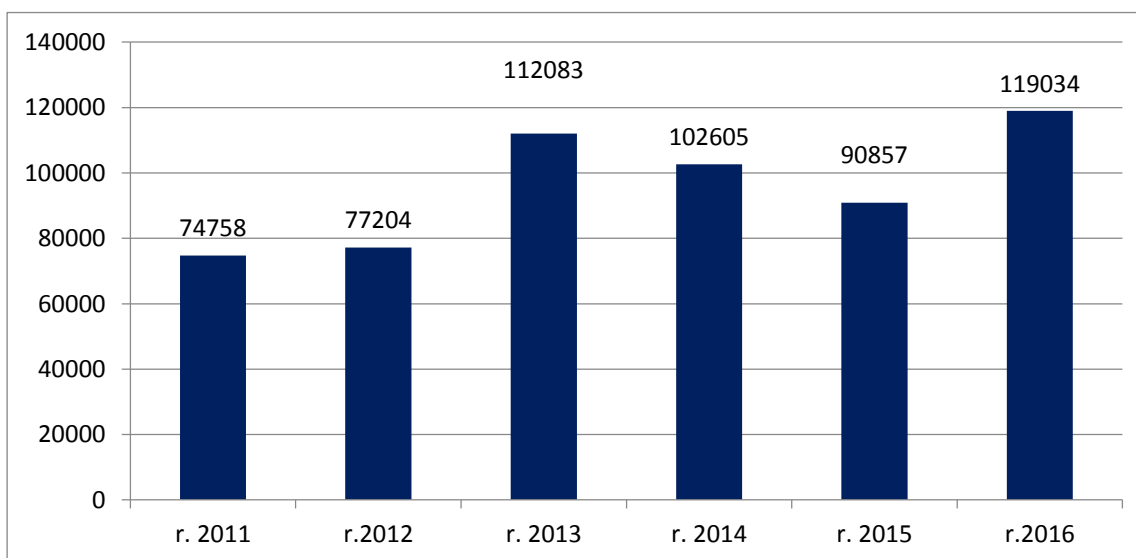


Wykres 37. Zachorowania na choroby wieku dziecięcego w poszczególnych kwartałach roku 2016.

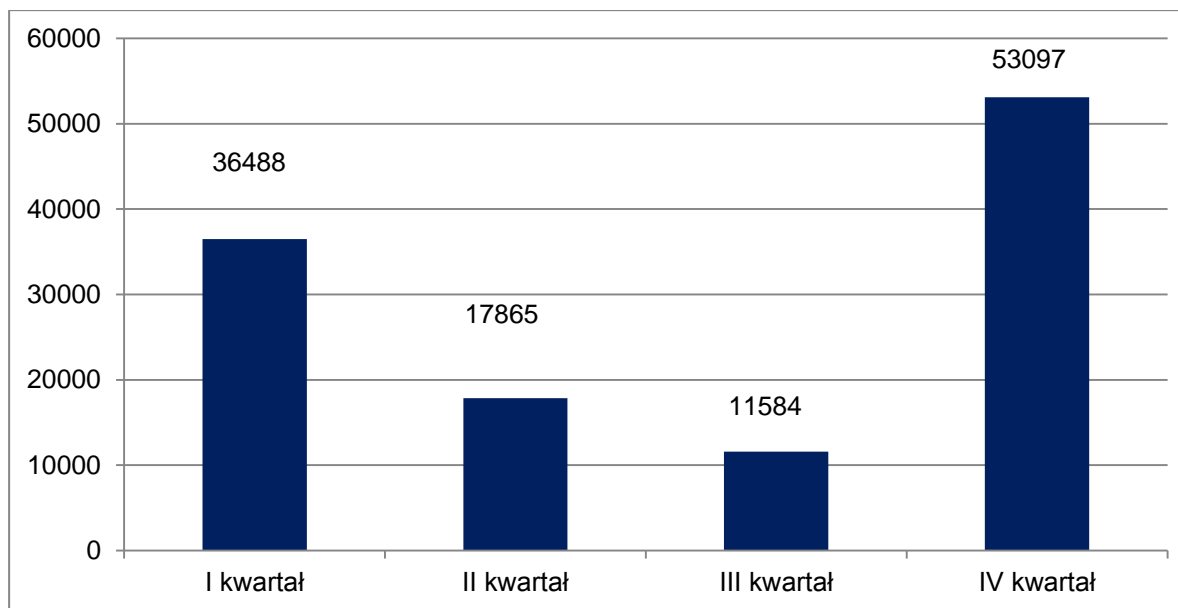
5.2.16. GRYPA SEZONOWA

W roku 2016 zachorowania na grypę i zakażenia grypopodobne to 119.034 zgłoszonych przypadków. Prowadzone rejestry wskazują na zwiększenie się ilości zachorowań na grypę i zakażenia grypopodobne w stosunku do roku 2015.

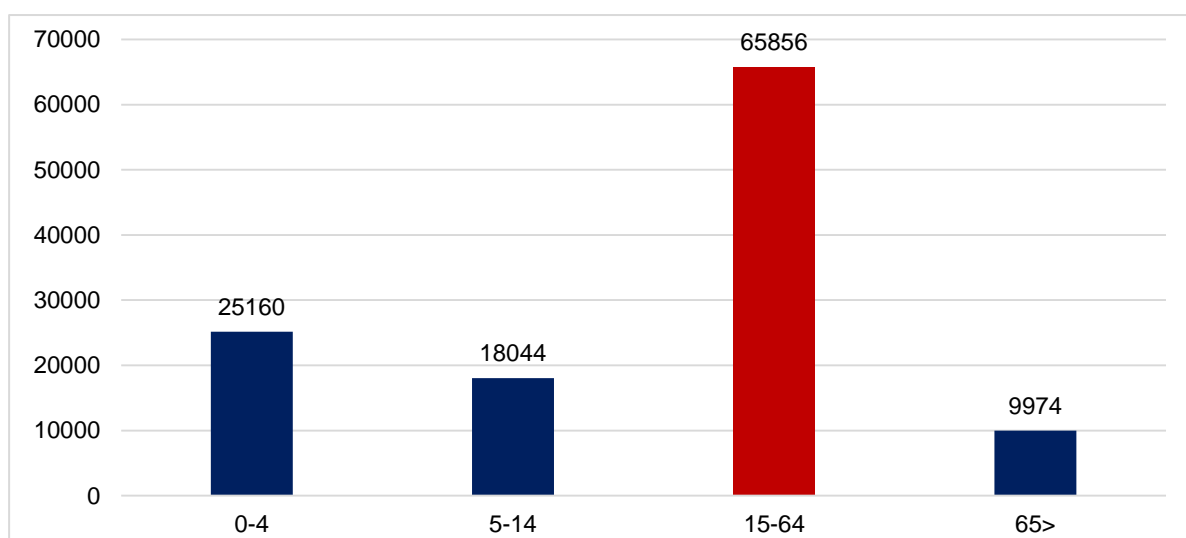
Rejestracji dokonuje się w meldunkach MZ-55 w systemie tygodniowym.



Wykres 38. Zachorowania na grypę i infekcje grypopodobne w latach 2011-2016.



Wykres 39. Zachorowania na grypę i infekcje grypopodobne w poszczególnych kwartałach roku 2016.



Wykres 40. Liczba zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę wg wieku w roku 2016.

Podobnie do roku poprzedniego, największą liczbę zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne, obserwujemy w grupie osób między 15 a 64 rokiem życia. Ponadto, zachorowania potwierdzone laboratoryjnie w 2016 r. to 296 przypadków zachorowań. W roku 2015 było to tylko 47 przypadków. Próbkę do badań laboratoryjnych w kierunku potwierdzenia zakażenia wirusami grypy, pochodzą

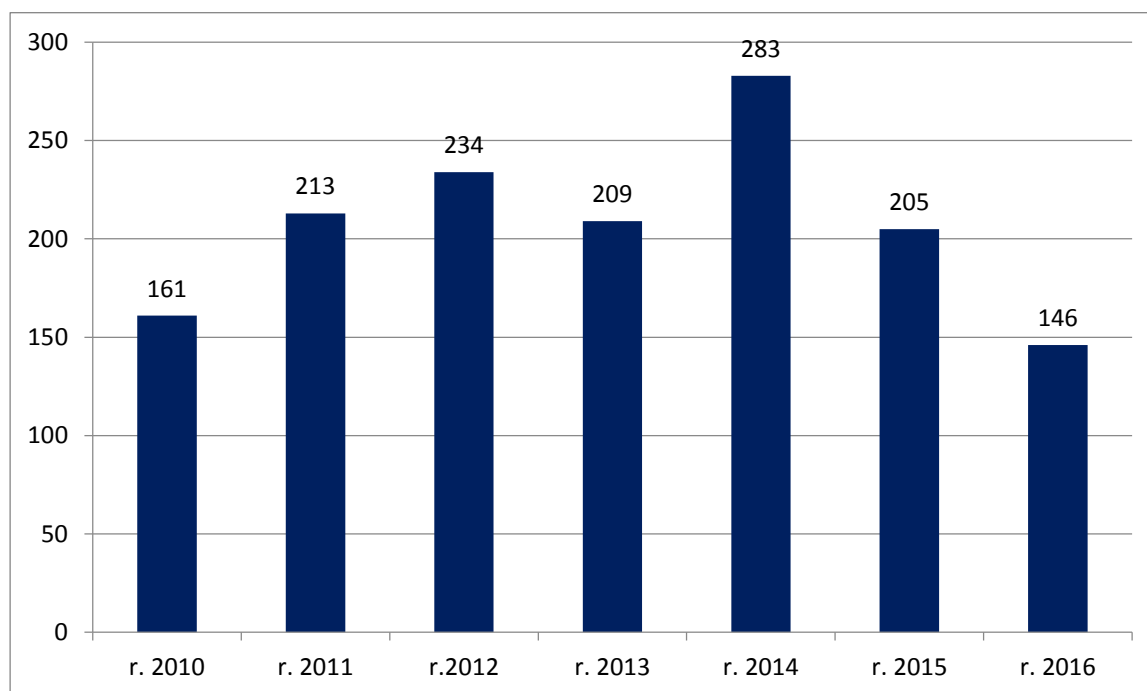
głównie od pacjentów, którzy są hospitalizowani z powodu pogorszenia się stanu klinicznego lub współistniejącej choroby.

5.2.17. STYCZNOŚĆ I NARAŻENIE NA WŚCIEKLIZNĘ

Obserwowany w ostatnich latach brak zachorowań u ludzi oraz masowo prowadzone szczepienia dzikich zwierząt nie zmieniają faktu, iż liczba osób narażonych na zakażenie wirusem wścieklizny może wciąż być wysoka. Wzrost liczby osób wymagających zastosowania swoistej profilaktyki podyktowany jest w dużej mierze wzrostem liczby przypadków zachorowań na wściekliznę wśród zwierząt, dzikich i domowych.

Zdecydowana większość osób pokąsanych została zaszczepiona z powodu braku możliwości wykluczenia choroby u zwierzęcia, lub braku możliwości poddania zwierzęcia obserwacji weterynaryjnej. Większość osób otrzymało pełny cykl szczepień. Najczęstszym powodem przerwania cyklu szczepień było powiadomienie właściwego Powiatowego Inspektora Sanitarnego przez Inspekcję Weterynaryjną o dobrym stanie zdrowia podejrzanego zwierzęcia.

W roku 2016 zarejestrowano 146 przypadków narażenia na wściekliznę, nie zarejestrowano natomiast żadnego przypadku wścieklizny u człowieka. Sezonowość oraz wiek w przypadku narażenia na wściekliznę nie ma znaczenia.



Wykres 41. Styczność i narażenie na wściekliznę w latach 2010- 2016.

5.2.18. AIDS I ZAKAŻENIA HIV

Obecnie obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie „Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV” (Dz. U. Nr 189, poz. 1590, z późn. zm.), na podstawie, którego ustalony został Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV określający strategię działania obejmującą zarówno zapobieganie zakażeniom HIV, jak i opiekę nad osobami z HIV i chorymi na AIDS, którego koordynatorem jest Krajowe Centrum ds. AIDS.

Zgodnie z zapisami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. z dn. 26.07.2013 r. poz. 8480), nastąpiła zmiana organizacji nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), zachorowaniami na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), zachorowaniami na choroby przenoszone drogą płciową oraz w przypadku podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy. W związku z powyższym zgłoszenia zakażeń i chorób zakaźnych, znajdujących się w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 omawianego rozporządzenia oraz zgonów spowodowanych tymi zakażeniami i chorobami zakaźnymi, muszą być obowiązkowo przekazywane przez lekarzy, felczerów lub kierowników szpitali, Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej na formularzach stanowiących kolejne załączniki do wskazanego rozporządzenia na dotychczas obowiązujących zasadach uwzględniających ochronę danych osobowych.

W 2016 roku zarejestrowano 348 nowych zakażeń wirusem HIV .

W 2016 roku, zespół nabytego upośledzenia odporności AIDS wystąpił u 10 osób.

Z danych przesyłanych przez placówki medyczne zgłaszające zachorowania na AIDS, wyszczególniono grupy ryzyka predysponujące do zakażenia:

- 1) homo-biseksualista,
- 2) stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach,
- 3) kontakt seksualny,
- 4) zakażenie drogą kontaktów heteroseksualnych.

Większość wpływających do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie zgłoszeń zakażeń wirusem HIV i zachorowań na AIDS jest

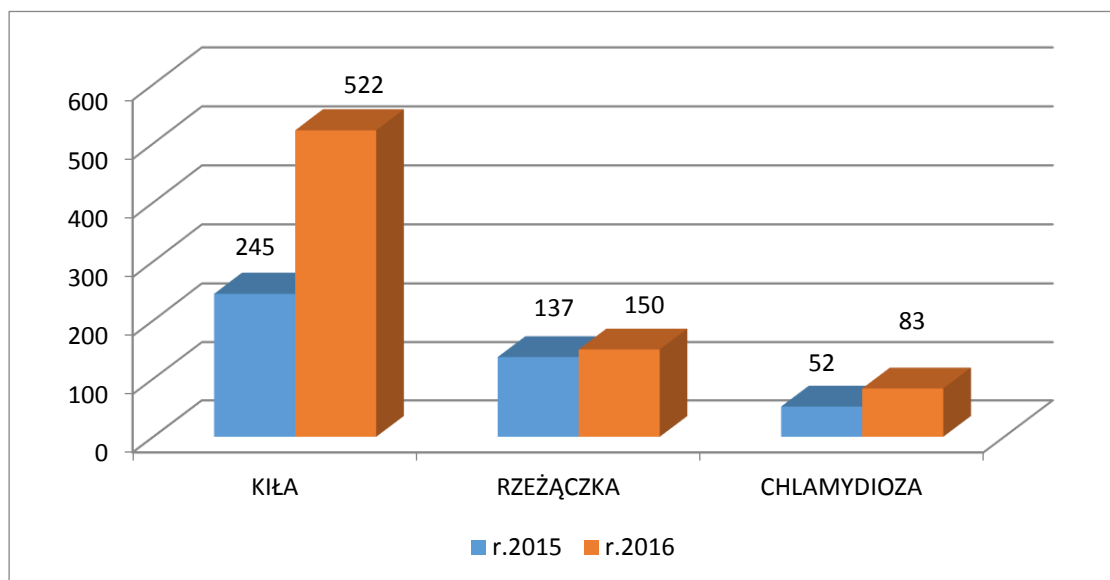
anonimowych. W celu identyfikacji konkretnego przypadku wskazane w zgłoszeniu jest hasło lub inicjały imienia i nazwiska oraz nr badania, które każdorazowo należy rozkodować, sprawdzając w rejestrach NIZP-PZH czy zgłoszenie o podanych danych było już zarejestrowane.

W przypadku zakażeń HIV, zachorowań na AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową, nie prowadzi się dochodzeń epidemicznych z powodu utajnienia danych osobowych.

Zmniejszająca się zapadalność w zakresie HIV, nie świadczy o mniejszej ilości zakażeń, ale tak jak w przypadku np. WZW, objawy są niespecyficzne i rozciągnięte w czasie, co może mieć wpływ na niedoszacowanie ilości zgłoszeń.

5.2.19. CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

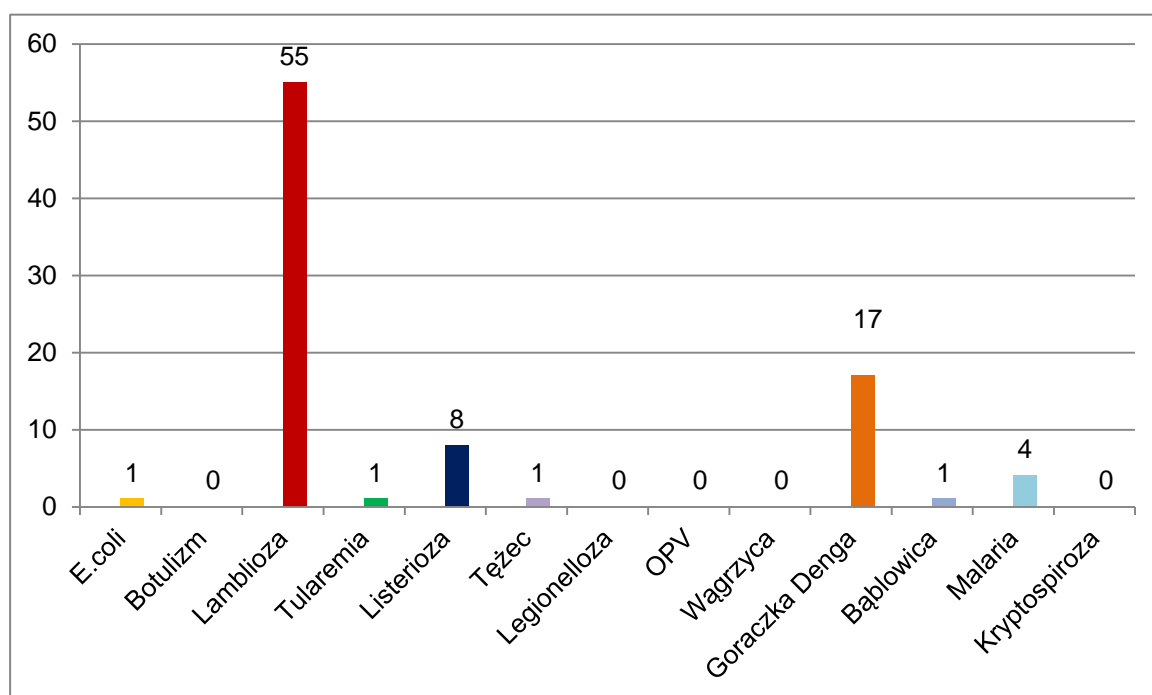
Zgodnie z powyżej wspomnianym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013r., nastąpiła zmiana organizacji nadzoru epidemiologicznego również nad zachorowaniami na choroby przenoszone drogą płciową. W związku z powyższym to Powiatowy Inspektor Sanitarny sprawuje nadzór nad zgłoszonymi przypadkami zachorowań. W roku sprawozdawczym nastąpił wzrost chorób przenoszonych drogą płciową, a w szczególności wzrost zachorowań na kiłę.



Wykres 42. Choroby przenoszone drogą płciową zarejestrowane w latach 2015-2016

5.2.20. INNE CHOROBY ZGŁOSZONE DO PSSE W ROKU SPRAWOZDAWCZYM

W roku 2016, do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie zgłoszone były przypadki pojedynczych zachorowań na choroby rzadko występujące lub przywleczone z innych stref klimatycznych.



Wykres 43. Inne choroby zarejestrowane w roku 2016.

W związku ze zwiększającą się ilością zgłaszanych do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego zachorowań na lambliozę, NIZP-PZH, podjął decyzje o konieczności prowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w każdym zgłoszonym przypadku zakażenia.

5.2.21. OGNISKA EPIDEMICZNE

W roku 2016 Sekcja Zwalczania Chorób Zakaźnych zarejestrowała i opracowała 30 pozaszpitalnych ognisk epidemicznych, które wystąpiły na terenie m. st. Warszawy w tym:

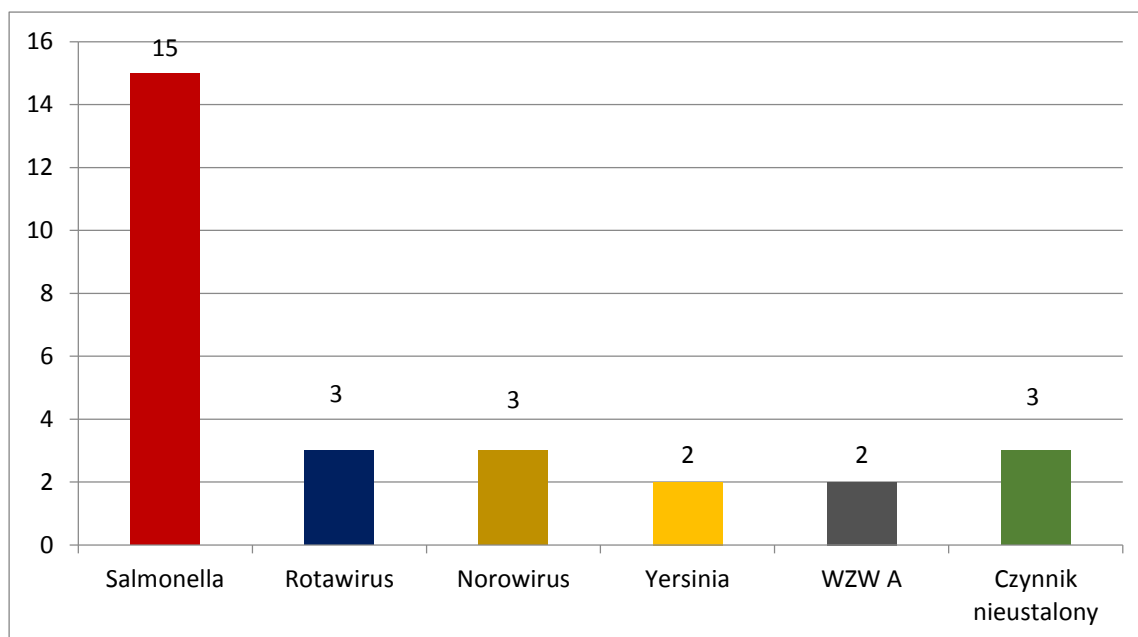
- 1) ogniska w środowisku domowym – 15
- 2) ogniska w placówkach szkolnych – 5
- 3) ogniska w placówkach przedszkolnych- 1

4) przyjęcia zorganizowane w restauracjach – 6

5) żłobek -3

Czynnikiem etiologicznym, który był odpowiedzialny za wystąpienie zakażeń w ogniskach pozaszpitalnych, podobnie do roku ubiegłego, była pałeczka Salmonella. Przyczyną wystąpienia ogniskowych zatruc pokarmowych najprawdopodobniej było nieprzestrzeganie zasad higieny osobistej oraz higieny przygotowywania posiłków.

W roku 2016, nie odnotowano zatruc pokarmowych po spożyciu posiłków serwowanych przez duże restauracje sieciowe zlokalizowane na terenie m. st. Warszawy.



Wykres 44. Czynniki etiologiczne ognisk pozaszpitalnych w roku 2016.

5.2.22. GRUŻLICA

W roku sprawozdawczym zarejestrowano:

- 1) Zgłoszenia ogółem – 507
- 2) Gruźlica potwierdzona (A15) – 180
- 3) Zgłoszenia dodatnich wyników laboratoryjnych (ZLB-2) – 53
- 4) Mykobakteriozy – 18
- 5) Gruźlica pozapłucna – 31
- 6) Zgony – 10
- 7) Gruźlica odzwierzęca - 0

Jednym z zasadniczych działań, bardzo istotnym przy zwalczaniu i zapobieganiu szerzenia się gruźlicy u ludzi, jest konieczność przerwania dróg jej przenoszenia poprzez sprawowanie nadzoru epidemiologicznego nad osobami chorymi oraz osobami z kontaktu z tymi osobami. Poważnym problemem są osoby bezdomne, wśród których może dochodzić do zakażeń wtórnych. Osoby te znajdują się poza systemem opieki zdrowotnej, jak również poza jakimikolwiek systemami regulującymi życie we współczesnym państwie. Brak stałego miejsca zamieszkania, uniemożliwia prowadzenie nadzoru epidemiologicznego, a w konsekwencji profilaktykę zakażeń gruźlicy. W prowadzeniu nadzoru epidemiologicznego w przypadku wystąpienia gruźlicy u osób bezdomnych, przedstawiciele Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie ul. Kochanowskiego 21, podjęli współpracę z organizacjami pozarządowymi, między innymi: Kamiliańską Misją Pomocy Społecznej, Schroniskiem dla Chorych Bezdomnych, Mokotowskim Hospicjum św. Krzyża oraz Urzędem Miasta Stołecznego Warszawy.

Z przeprowadzonych dochodzeń epidemiologicznych wynika, że sytuację w zakresie gruźlicy w środowisku osób bezdomnych, mogłyby poprawić okresowe badania przesiewowe ukierunkowane na gruźlicę i leczenie nadzorowane przez lekarzy specjalistów. W grupie osób bezdomnych chorych na gruźlicę w większym odsetku niż u pozostałych chorych występują zjawiska wskazujące na późne rozpoznanie choroby oraz rozpoznawane są postacie gruźlicy płuc wskazujące pośrednio na bieżącą transmisję zakażenia w ich środowisku. W grupie osób bezdomnych spotykamy się z niekorzystnymi wynikami leczenia.

5.2.23. ZAGROŻENIA BIOTERRORYSTYCZNE NA TERENIE M. ST. WARSZAWY

Podobnie jak w latach poprzednich pracownicy Sekcji Zwalczania Chorób Zakaźnych, działających w imieniu Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie są jedną ze służb wspomagających działania Centrum Zarządzania Kryzysowego i angażują się w pracę mającą związek z potencjalnym zagrożeniem bioterrorystycznym na terenie m. st. Warszawy. W związku z powyższym każdego dnia pracownicy Oddziału Epidemiologii pełnią dyżur pod tzw. telefonem alarmowym. Większość zgłaszanych spraw nie dotyczy

zagrożeń bioterrorystycznych, a związanych jest ze zwykłymi problemami mieszkańców Warszawy. Są to zwykle zgłoszenia zasadne, ale nie alarmowe.

Każde otrzymane zgłoszenie jest interwencyjnie załatwiane wg kompetencji poszczególnych komórek merytorycznych funkcjonujących w strukturach Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m.st. Warszawie.

5.2.24. WNIOSKI:

- 1) Zwiększa się ilość zgłoszonych zachorowań na choroby biegunkowe wśród ludności m. st. Warszawy. Jak wynika z przedstawionych danych, wiodącą rolę w etiologii wirusowych czynników wywołujących choroby biegunkowe są rotawirusy;
- 2) W epidemiologii niepowiązanych zakażeń salmonelozowych obserwuje się niewielki spadek zachorowań. Serotypem niezmiennie dominującym jest *Salmonella enteritidis*;
- 3) Nie zmienia się sytuacja epidemiologiczna w zakresie ilości zachorowań i wykrywania WZW A, B i C;
- 4) Zachorowania inwazyjne o etiologii *Neisseria meningitidis*, za sprawą szybkich działań pracowników Sekcji Zwalczenia Chorób Zakaźnych i skutecznej chemioprophylaktyki nie stanowiły zagrożenia epidemicznego dla mieszkańców m. st. Warszawy;
- 5) Analiza zgłoszonych przypadków *Bordetella pertussis* (krztusiec) dowodzi, że liczba zachorowań przybiera wartości spadkowe;
- 6) Odra nie stanowiła zagrożenia epidemiologicznego wśród mieszkańców m.st. Warszawy;
- 7) Liczba nowo wykrytych zakażeń wirusem HIV i zdiagnozowanie zespołu nabytego upośledzenia odporności (AIDS), wśród mieszkańców Warszawy również utrzymywała się na stałym poziomie;
- 8) Choroby zakaźne przywleczone z terenów ich endemicznego występowania były pod szczególnym nadzorem Sekcji Zwalczenia Chorób Zakaźnych i nie stanowiły zagrożenia dla mieszkańców m. st. Warszawy;
- 9) Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w m.st. Warszawie w 2016 roku należy uznać za ogólnie dobrą. Nie obserwowano nagłego i niekontrolowanego wzrostu ilości chorób zakaźnych, zaś notowane fluktuacje,

podobnie jak w latach ubiegłych, miały charakter sezonowy lub są kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich;

- 10) Problem stanowi również wdrożenie nadzoru epidemiologicznego nad chorymi na gruźlicę bezdomnymi, przebywającymi na terenie m. st. Warszawy.

5.3. SZCZEPIENIA OCHRONNE

Prowadzeniem nadzoru nad szczepieniami w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej dla m.st. Warszawy zajmują się pracownicy Sekcji Szczepień Ochronnych wchodzącej w skład Oddziału Epidemiologii. W Sekcji zatrudnionych jest 6 osób.

Profilaktyka chorób zakaźnych w znacznym stopniu opiera się na szczepieniach ochronnych. Od stopnia zaszczepienia populacji zależne jest występowanie i szerzenie się chorób, w przypadku których możemy zastosować szczepienia.

Celem szczepień jest zapewnienie odporności zarówno indywidualnej jak również populacyjnej. Skuteczność szczepień w przypadku odporności osobniczej zależna jest od indywidualnych cech organizmu, natomiast w odporności populacyjnej, zależna jest od ilości osób zaszczepionych. Im wyższy odsetek osób zaszczepionych, tym mniejsze ryzyko szerzenia się chorób zakaźnych.

Ochronę środowiskową zapewniają narodowe programy szczepień. W Polsce jest to Program Szczepień Ochronnych (PSO).

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. 2016r., poz. 1866.) oraz rozporządzenia wydawane w oparciu o cytowaną ustawę regulują status szczepień w Polsce.

Program Szczepień Ochronnych w Polsce rozróżnia szczepienia obowiązkowe bezpłatne i zalecane – płatne.

Wykaz szczepień obowiązkowych regulowany jest Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz.U z 2016r. poz. 849 z późn. zm.). Wskazane są w nim również grupy osób objęte obowiązkiem szczepień.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami

zdrowotnymi (Dz.U. z 2010r. Nr 180, poz.1215), zawiera katalog szczepień rekomendowanych dla określonych grup oraz wskazania do szczepienia.

Do grupy szczepień obowiązkowych wpisane są szczepienia przeciwko: gruźlicy, WZW typ B, błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, odrze, śwince, różyczce i Haemophilus influenzae typ B. Ponadto, wpisane są szczepienia przeciwko ospie wietrznej i zakażeń Streptococcus pneumoniae dla określonych grup ryzyka.

W Polsce obowiązkiem szczepień objęte są przede wszystkim dzieci i młodzież do 19 roku życia oraz osoby z grup ryzyka tj:

- 1) personel medyczny,
- 2) uczniowie szkół i uczelni medycznych,
- 3) osoby przewlekle chore np. dializowane, zakażone HCV,
- 4) otoczenie osób po przebytym zakażeniu WZW typ B,
- 5) osoby po urazie narażone na zakażenie tężcem,
- 6) osoby narażone na zakażenie wścieklizną po ekspozycji na zakażenie.

Obowiązek szczepień dotyczy osób przebywających w Polsce powyżej 3 miesięcy. Od tej reguły wyłączone są szczepienia przeciw tężcowi i wściekliznie po narażeniu, które są wykonywane niezależnie od czasu przebywania na terenie Polski.

W oparciu o ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. 2016, poz. 1866) oraz ustawę o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, pracownicy Inspekcji Sanitarnej prowadzą nadzór nad szczepieniami ochronnymi.

Zapewnienie odpowiedniej ilości szczepionek do realizacji obowiązkowego programu szczepień należy do zasadniczych zadań inspekcji sanitarnej wpisanych w w/w ustawy. Na ich podstawie Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne ustalają roczne zapotrzebowanie na preparaty szczepionkowe niezbędne do realizacji PSO na nadzorowanym terenie. Zamówione preparaty przechowywane są w magazynach stacji sanitarno-epidemiologicznych z zachowaniem łańcucha chłodniczego wymaganego dla tego typu produktów. Preparaty szczepionkowe do realizacji PSO są wydawane podmiotom leczniczym, które zawarły umowę z NFZ na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. W roku 2016 podobnie jak w roku 2015 występowały okresowe problemy z dostępnością szczepionek koniecznych do realizacji programu szczepień. Największy problem dotyczył szczepionek z bezkomórkową komponentą krztuścową dla dzieci w 6 roku życia. Okresowo również występowały braki szczepionki przeciw ospie wietrznej, przeznaczonej dla dzieci

między innymi korzystającymi z opieki w żłobkach i klubach dziecięcych. W roku 2016 na potrzeby realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych wydano do punktów szczepień 219 927 preparatów szczepionkowych.

Prowadzenie nadzoru nad właściwą realizacją szczepień ochronnych należy do obowiązków pracowników Inspekcji Sanitarnej. Obowiązek ten realizowany jest poprzez prowadzenie kontroli zgodnie z ustalonym harmonogramem.

W ramach czynności kontrolnych w punktach szczepień pracownicy Inspekcji Sanitarnej dokonują przeglądu:

- 1) Dokumentacji medycznej (karty uodpornienia) zapisów z wykonanych szczepień, zachowanie właściwych terminów, przestrzeganie PSO w części dotyczącej uprawnień do szczepień bezpłatnych.
- 2) Sposobu przechowywania preparatów szczepionkowych także w trakcie transportu z zachowaniem zasad zimnego łańcucha wymaganego dla preparatów szczepionkowych (sprzęt, sposób monitorowania temperatury w urządzeniach chłodniczych, zapisy z monitoringu).
- 3) Warunków w jakich są wykonywane szczepienia ochronne, wyposażenie punktu szczepień: sprzęt, materiały, procedury.
- 4) Realizacji zapisów prawa odnoszących się do szczepień ochronnych w szczególności: zgłaszanie niepożądanych odczynów poszczepiennych, sposób dokumentowania wykonanych szczepień, realizowania zapisów dotyczących informowania pacjentów o szczepieniach ochronnych, gospodarki preparatami szczepionkowymi, sposobów przekazywania kart uodpornienia w przypadku zmiany świadczeniodawcy oraz sprawozdań ze szczepień.

W roku sprawozdawczym pod nadzorem Sekcji Szczepień Ochronnych były 653 punkty szczepień.

W ramach zasadniczych przedsięwzięć na rok 2016 wyznaczonych przez Głównego Inspektora Sanitarnego zaplanowano 204 kontrole w zakresie szczepień ochronnych w podmiotach leczniczych na nadzorowanym terenie. Z zaplanowanych kontroli zgodnie z harmonogramem wykonano 184 kontrole.

Ponadto przeprowadzono: 4 kontrole interwencyjne, 3 kontrole sprawdzające i 13 kontroli doraźnych (związane z utylizacją szczepionek zakupionych z budżetu Ministra Zdrowia, błędami w kwalifikacji do szczepień).

Oprócz prowadzenia nadzoru czynnego nad punktami szczepień pracownicy Sekcji Szczepień wykonują zadania związane ze sprawozdawczością zgodnie

z obowiązującymi przepisami i wytycznymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego tj: sprawozdania miesięczne ze zużycia szczepionek przeznaczonych do realizacji PSO w grupach ryzyka,

- 1) stanu magazynu,
- 2) kwartalnych z ruchu kart uodpornienia
- 3) kwartalnego ze zużycia szczepionek,
- 4) półrocznych z procentowego wykorzystania preparatów wielodawkowych,
- 5) półrocznego z podjętych działań w stosunku do osób uchylających się od szczepień.

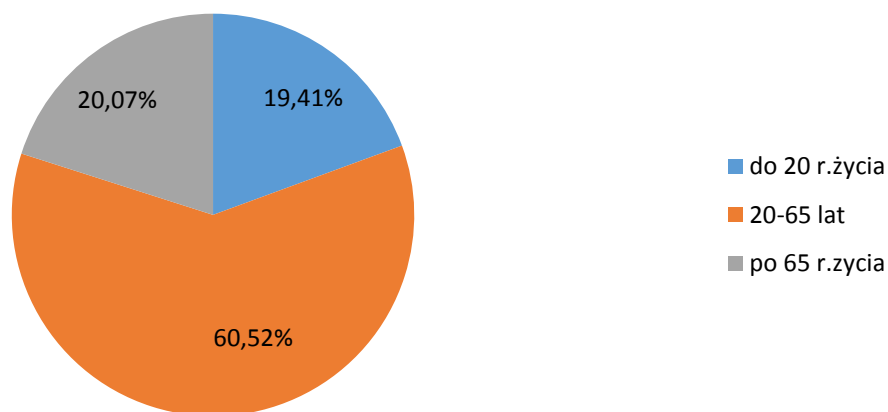
Ustawa o statystyce publicznej nakłada na podmioty lecznicze obowiązek składania sprawozdań rocznych ze szczepień MZ 54. Sprawozdania te są składane do Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych. Na podstawie jednostkowych formularzy sprawozdań MZ - 54 otrzymanych z punktów szczepień realizujących szczepienia ochronne zarówno obowiązkowe jak i zalecane pracownicy Sekcji Szczepień sporządzają zbiorcze sprawozdanie.

Na podstawie sprawozdania MZ 54 sporządzany jest raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny o stanie zaszczepienia ludności w Polsce.

Ponadto, „Roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych MZ 54” jest podstawą do przeprowadzenia analizy stanu zaszczepienia ludności miasta stołecznego Warszawy.

Według danych z Urzędów Dzielnicowych m. st. Warszawy na dzień 31 grudnia 2016 w Warszawie zameldowanych było 1 665 383 osoby w tym 323 175 to dzieci i młodzież do 19 lat, objętych obowiązkiem szczepień ochronnych oraz 334 239 osób powyżej 65 roku życia.

Mieszkańcy Warszawy w podziale na kategorie wiekowe



Wykres 45. Procentowy udział grup wiekowych osób zameldowanych w Warszawie.

Ocena stanu zaszczepienia dzieci i młodzieży poniżej 20 lat dokonywana jest wyłącznie na podstawie udokumentowanych szczepieniach ochronnych w kartach uodpornienia przechowywanych w punktach szczepień

Ilość przechowywanych kart uodpornienia w punktach szczepień jest różna od liczby dzieci zameldowanych w Warszawie. Wynika to przede wszystkim z dowolności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej poza miejscem zameldowania, także korzystanie z prywatnej opieki medycznej (indywidualna praktyka lekarska), która wykonuje szczepienia ochronne z wykorzystaniem preparatów płatnych, poza systemem nadzoru Inspekcji Sanitarnej oraz nie realizuje obowiązku składania sprawozdań ze szczepień.

Od kilku lat pracownicy Sekcji Szczepień podejmują działania, dążące do objęcia nadzorem również tych podmiotów z prywatnego sektora, które realizują szczepienia ochronne. W wyniku dotychczasowych starań powiększa się liczba podmiotów leczniczych, które są objęte nadzorem nad szczepieniami w tym nad sprawozdawczością ze szczepień ochronnych.

Niebagatelna liczba osób, które podlegają obowiązkowi szczepień ochronnych jest objęta prywatną opieką medyczną w Centrach Medycznych. Opieka ta obejmuje również profilaktyczne szczepienia ochronne realizowane poza usługami zakontraktowanymi w Narodowym Funduszu Zdrowia. Włączenie tych podmiotów

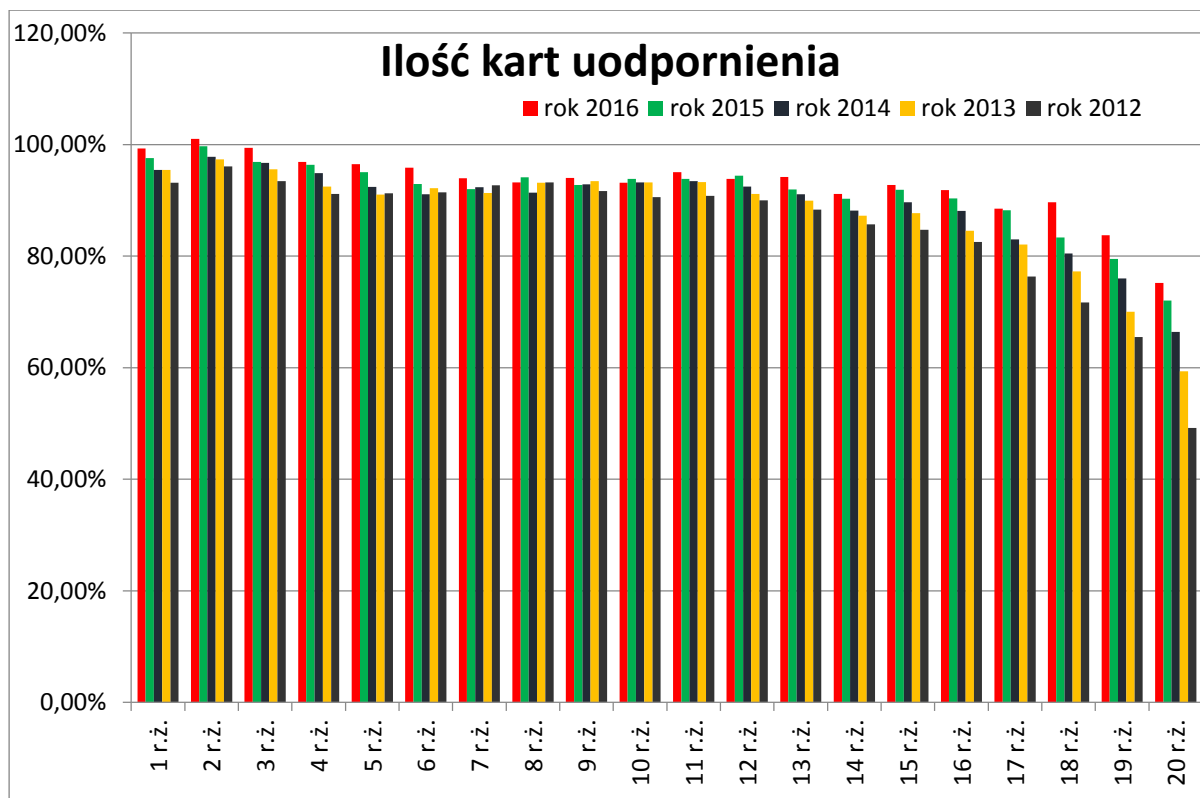
w obowiązek składania sprawozdań ze szczepień w znaczący sposób wpłynęła na poprawę stanu wyszczepialności mieszkańców Warszawy.

W roku 2016 kontynuowane były działania mające na celu zminimalizowanie różnic w liczbie osób objętych obowiązkiem szczepień ochronnych, a liczbą ludności zameldowanej w m.st. Warszawie. Wystosowano pismo do podmiotów leczniczych informujące o stanowisku Głównego Inspektora Sanitarnego, dotyczącym sposobu przekazywania kart uodpornienia.

W czasie prowadzonych kontroli w punktach szczepień kładziono nacisk na egzekwowanie od rodziców (opiekunów prawnych) dostarczenia karty uodpornienia. Efektem działań pracowników Inspekcji Sanitarnej jak i punktów szczepień jest wyhamowanie tendencji spadkowej ilości kart uodpornienia w stosunku do liczby dzieci w poszczególnych rocznikach. Jednak mimo to występują różnice w ilości kart przechowywanych w punktach szczepień w stosunku do liczby ludności Warszawy. Osoby realizujące szczepienia w punktach nadzorowanych jako przyczyny wskazują: prowadzenie szczepień przez lekarzy prowadzących indywidualną praktykę lekarską, niechęć rodziców do wskazywania miejsca szczepień oraz uchylanie się od szczepień poprzez odmawianie dostępu do karty uodpornienia będącej podstawowym dokumentem, w którym odnotowywane być powinny szczepienia.

W stosunku do ogólnej ilości osób objętych obowiązkiem szczepień 93,85 % osób jest objętych sprawozdaniem na podstawie dokumentacji szczepień jaką jest karta uodpornienia.

Poniższy wykres przedstawia ilość osób wykazanych w latach 2012-2015 w rocznym sprawozdaniu w stosunku do liczby mieszkańców Warszawy w rozbiciu poszczególne roczniki.



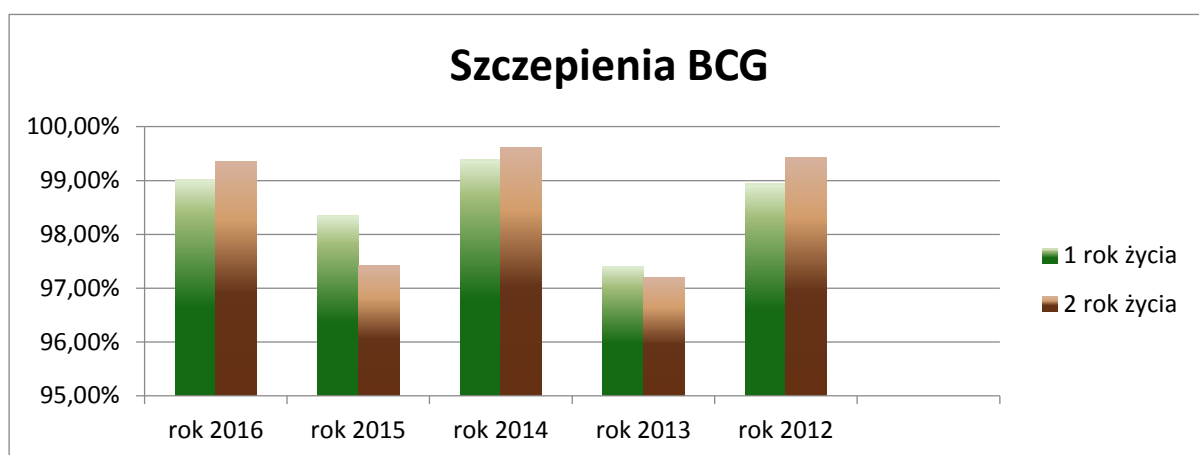
Wykres 46. Procentowa ilość kart uodpornienia przechowywanych w punktach szczepień w stosunku do liczby ludności zameldowanej w Warszawie.

Najmniejsze różnice w ilości posiadanych kart dotyczą dzieci w przedziale do 6 roku życia, najniższy wskaźnik prezentują dzieci powyżej 15 roku życia. Przestrzeganie przepisów przez personel medyczny w kwestii przekazywania dokumentów przynosi powolną ale systematyczną poprawę sytuacji. Znaczne braki w ilości kart uodpornienia w latach poprzednich stopniowo są wyrównywane. Najmniejsze różnice w ilości posiadanych kart dotyczą dzieci w przedziale do 6 roku życia gdzie ilości kart uodpornienia kształtuje się pomiędzy 96 % a 99 %, a w przypadku dzieci w 2 roku życia, w 2016 roku wyniósł 101 %. Najniższy wskaźnik prezentują dzieci powyżej 17 roku życia wahający się między 75% a 89 %.

Wykaz szczepień obowiązkowych rozpoczynają szczepienia noworodkowe, (wykonywane w pierwszej dobie życia dziecka). Są to szczepienia przeciw gruźlicy i przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B.

Szczepienie przeciw gruźlicy zgodnie z aktualnymi rekomendacjami i obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych jest szczepieniem jednokrotnym. Celem tego szczepienia jest zabezpieczenie dzieci przed najcięższymi postaciami zakażenia. Wskaźnik zaszczepienia przeciw gruźlicy utrzymuje się na podobnym

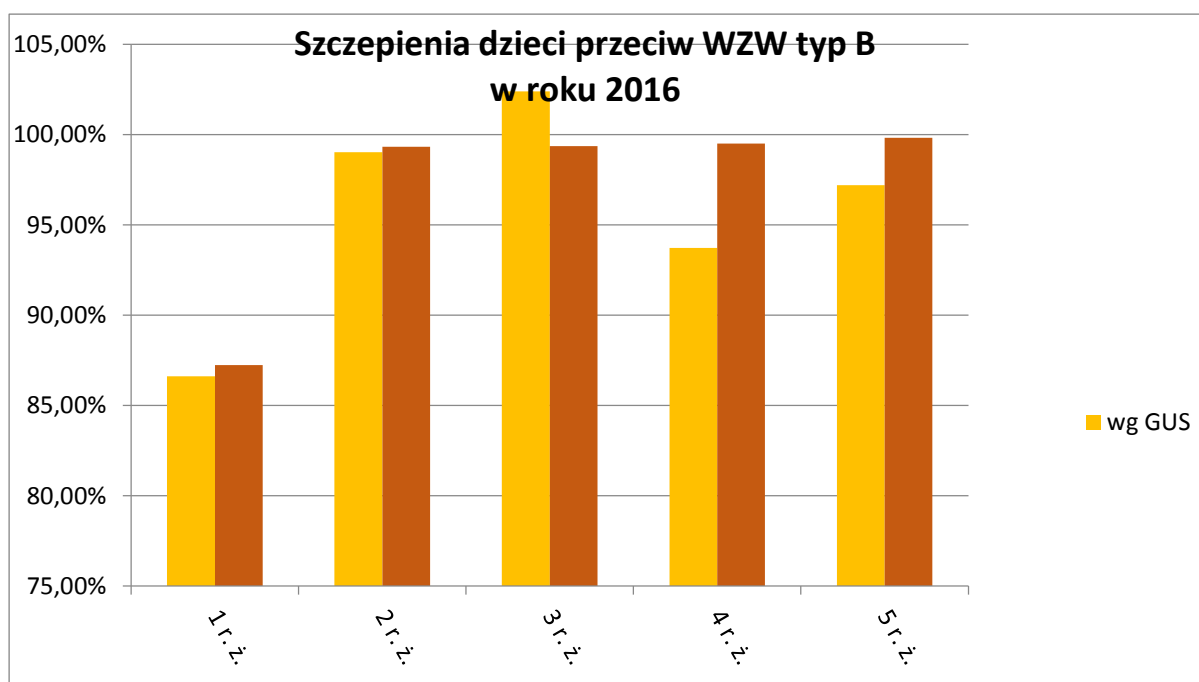
poziomie oscylującym między 97% a 99%. W przypadku niewykonania szczepienia zgodnie w PSO w pierwszej dobie życia należy to szczepienie uzupełnić do 15 roku życia dziecka. Przyczyną braku szczepień w grupie dzieci do 12 miesiąca życia są najczęściej zwolnienie ze szczepień z powodu niskiej wagi urodzeniowej (wskazania medyczne), całkowita odmowa szczepień lub przesunięcie szczepień na późniejszy okres życia dziecka (na żądanie rodziców – odmowa szczepień).



Wykres 47. Stan zaszczepienia przeciw gruźlicy w latach 2012-2016.

W pierwszej dobie życia dziecka następnym obowiązkowym szczepieniem po BCG jest szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typ B.

Wprowadzone w latach 1994-1996 dla wszystkich noworodków w znaczny sposób przyczyniło się do obniżenia zachorowań



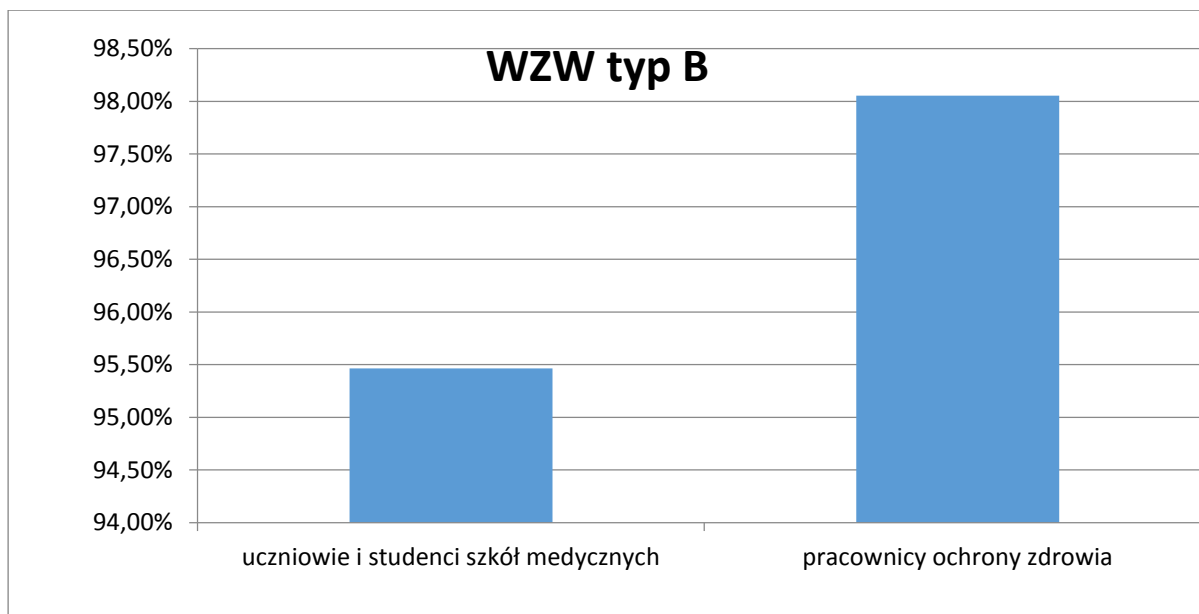
Wykres 48. Stan zaszczepienia dzieci do 5 roku życia przeciw WZW B w roku 2016.

Powyższy wykres ilustruje stan zaszczepienia dzieci w wieku do 5 lat przeciw WZW typ B w stosunku do ilości kart szczepień przechowywanych w punktach szczepień oraz do liczby dzieci zameldowanych w Warszawie. Za osoby uznane za uodpornione przeciwko WZW typ B, uznaje się osoby, które otrzymały pełen cykl szczepień.

Zgodnie z zaleceniami producenta optymalny schemat szczepień składa się z podania 2 dawek w odstępie co najmniej 4 tygodni i dawki uzupełniającej po 6 miesiącach od pierwszej dawki. Osoby, które nie otrzymały wymaganej ilości dawek szczepionki nie są uznawane za osoby zabezpieczone przed zachorowaniem. Z tego powodu stan zaszczepienia dzieci w pierwszym roku życia jest niższy niż dzieci powyżej 2 roku życia. Na różnice w stanie zaszczepienia dzieci w stosunku do liczby osób zameldowanych w Warszawie wpływa różnica w ilości kart uodpornienia złożonych w punktach szczepień i objętych podstawową opieką medyczną w stosunku do osób zameldowanych w Warszawie. Zwykle ilość osób wykazanych jako zaszczepione jest mniejsza niż osób meldowanych w Warszawie z powodu braku dokumentacji w podmiotach leczniczych. W roku ubiegłym zaobserwowano wyjątek, ilość dzieci objętych sprawozdaniem na podstawie kart uodpornienia przewyższyła liczbę osób zarejestrowanych w urzędach dzielnicowych, a co za tym idzie również ilość osób zabezpieczonych szczepieniem przed zachorowaniem jest większa niż osób zameldowanych. Przyczyną jest wolny wybór lekarza, oraz korzystanie ze świadczeń osób przyjezdnych bez zameldowania.

W Programie Szczepień Ochronnych szczepienie przeciw WZW typ B jest szczepieniem obowiązkowym, także dla osób narażonych w sposób szczególnie na zakażenie są to: uczniowie i studenci szkół medycznych, pracownicy służby zdrowia, osoby przewlekle chore (dializowane, zakażone wirusem HCV, osoby z otoczenia osób zakażonych wirusem HBV).

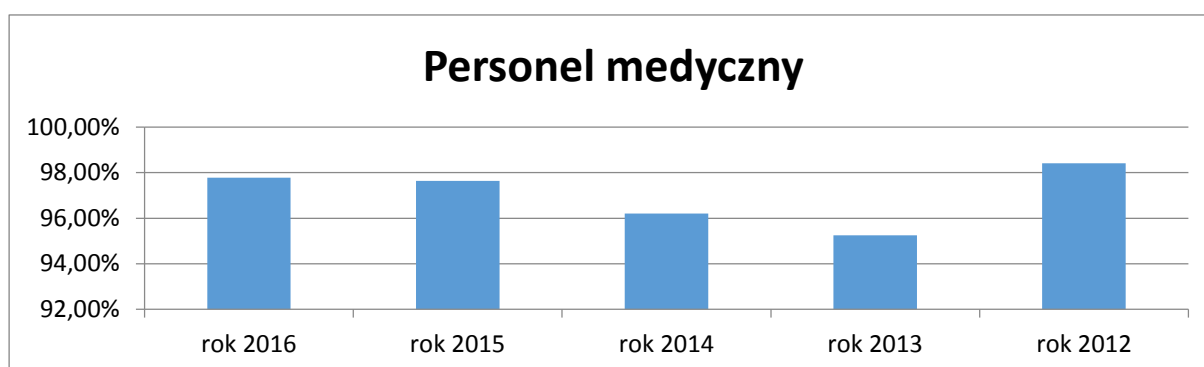
Poniższy wykres przedstawia stan zaszczepienia uczniów szkół i uczelni kształcących na kierunkach medycznych oraz personel medyczny zatrudniony w podmiotach medycznych w m. st. Warszawie.



Wykres 49. Stan zaszczepienia personelu medycznego oraz uczniów i studentów szkół medycznych w roku 2016.

Jak widać na prezentowanym wykresie odsetek osób zabezpieczonych przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby wynosi powyżej 95 % dla obu grup.

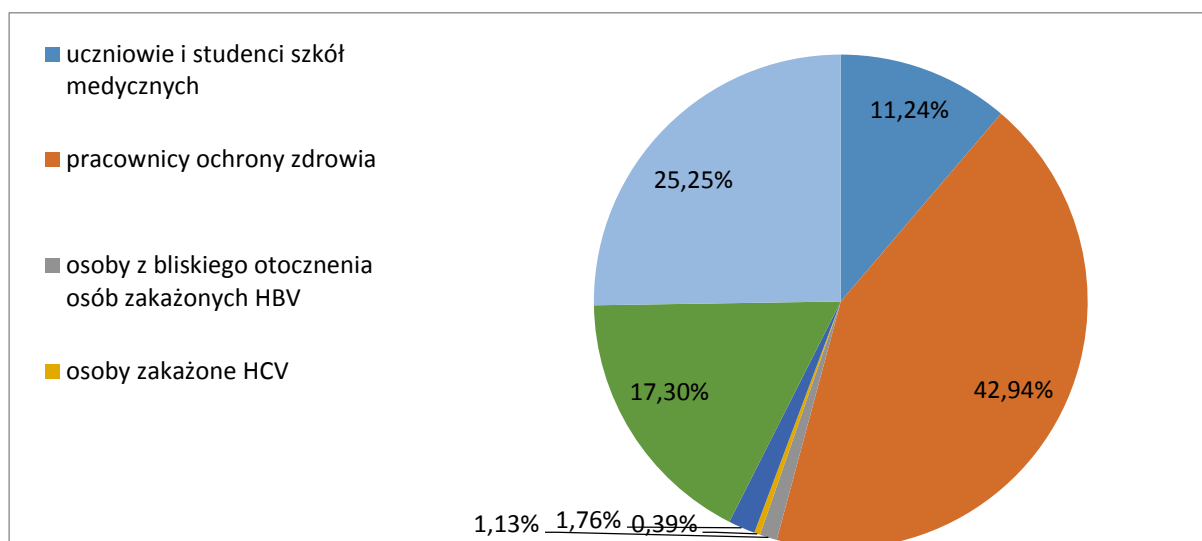
Na kolejnym wykresie wyróżniono stan zaszczepienia personelu medycznego zatrudnionego w warszawskich placówkach medycznych. Płynność personelu pomocniczego oraz samozatrudnienie (osoby na kontraktach nie są wykazywane przez placówki medyczne) jest głównym źródłem różnic w stanie zaszczepienia w stosunku do zatrudnienia.



Wykres 50. Stan zaszczepienia personelu medycznego w latach 2012-2016.

Poniżej został zobrazowany procentowy udział wszystkich osób wykazanych w stanie zaszczepienia w roku 2016 przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typ B według grup ryzyka. Ujęte zostały zarówno osoby objęte obowiązkiem szczepień

jak i osoby u których szczepienie to zostało wykonane w ramach szczepień zalecanych (np. pacjenci szczepieni przed zabiegiem operacyjnym, i inne osoby które bez określenia przyczyny poddały się szczepieniom przeciw WZW typ B).

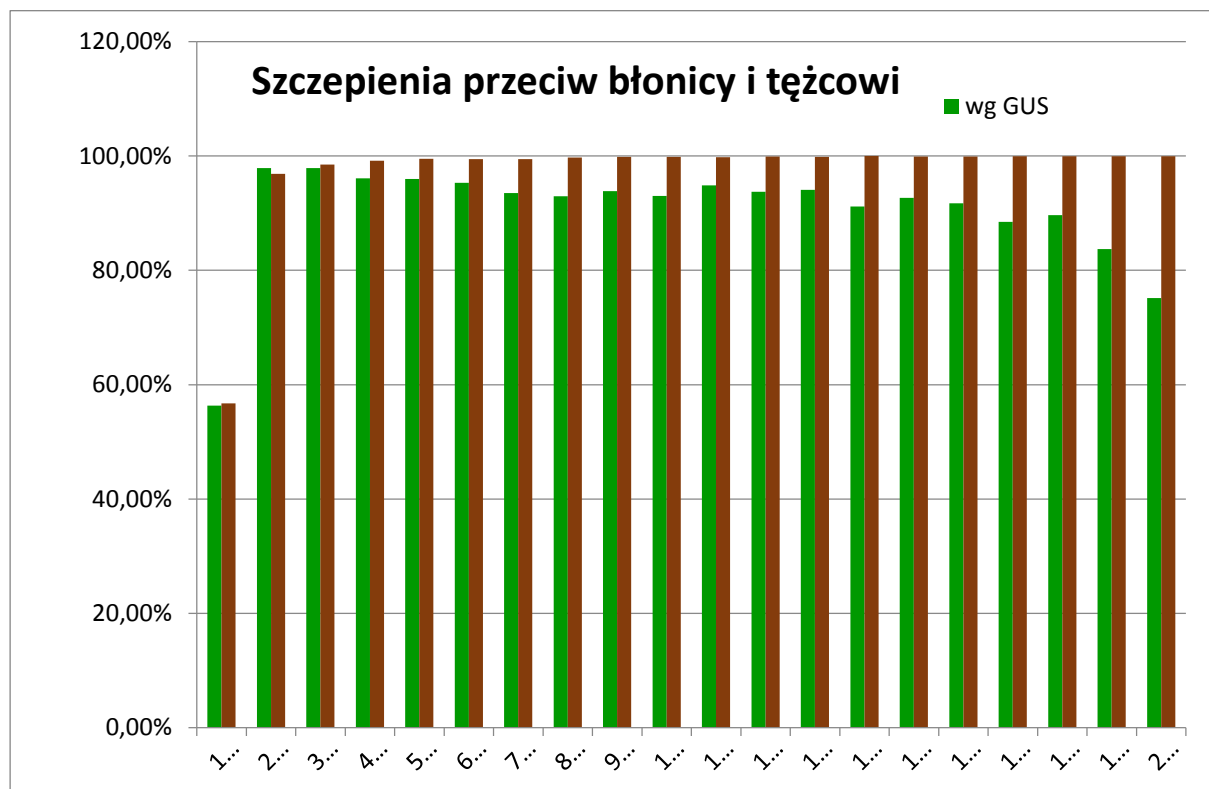


Wykres 51. Procentowy udział osób zaszczepionych w roku 2016 przeciw WZW typ B w podziale na grupy ryzyka.

Szczepienie przeciwko błonicy i tężcowi jest kolejnym szczepieniem obowiązkowym dla dzieci i młodzieży do 19 roku życia. Szczepienie to, aby było skuteczne wymaga podania kilku dawek (2-3) w odstępach kilkutygodniowych i jednej uzupełniającej po kilku miesiącach. Pierwszą dawkę dzieci otrzymują w wieku niemowlęcym (3 dawki w pierwszym roku życia i jedna dawka przypominająca w drugim roku życia). Prawidłowo przeprowadzone szczepienie zapewnia odporność na kilka lat. Wysoki odsetek osób zaszczepionych na błonicę i tężec zapewnia stabilną sytuację związaną z występowaniem tych chorób na podległym terenie. Przy czym szczepienie przeciw błonicy jest szczepieniem, które ma zabezpieczyć populację przed zachorowaniem (choroba jest przenoszona drogą kropelkową z człowieka na człowieka). Celem szczepienia przeciw tężcowi jest zabezpieczenie jednostki przed zachorowaniem. Tężec jest chorobą którą można się zarazić poprzez kontakt uszkodzonej skóry (w wyniku urazu) z zanieczyszczoną glebą lub przedmiotami zakażonymi zarodnikami tężca (zardzewiałe gwoździe itp.). Konieczność prowadzenia szczepień przeciw tężcowi wynika z wrażliwości osób nieuodpornionych na zakażenie, oraz faktu iż przechorowanie nie pozostawia odporności.

Dzieci w 1 roku życia będące w trakcie realizacji cyklu szczepień reprezentują niższy odsetek zaszczepionych w porównaniu do starszych grup wiekowych, u których powinny być zakończone szczepienia podstawowe.

Utrzymanie właściwego poziomu odporności na zakażenie wymaga podawania dawek przypominających co 10 lat. W Programie Szczepień Ochronnych dawki przypominające po zakończeniu szczepień podstawowych podawane są w 6, 14 i 19 roku życia.

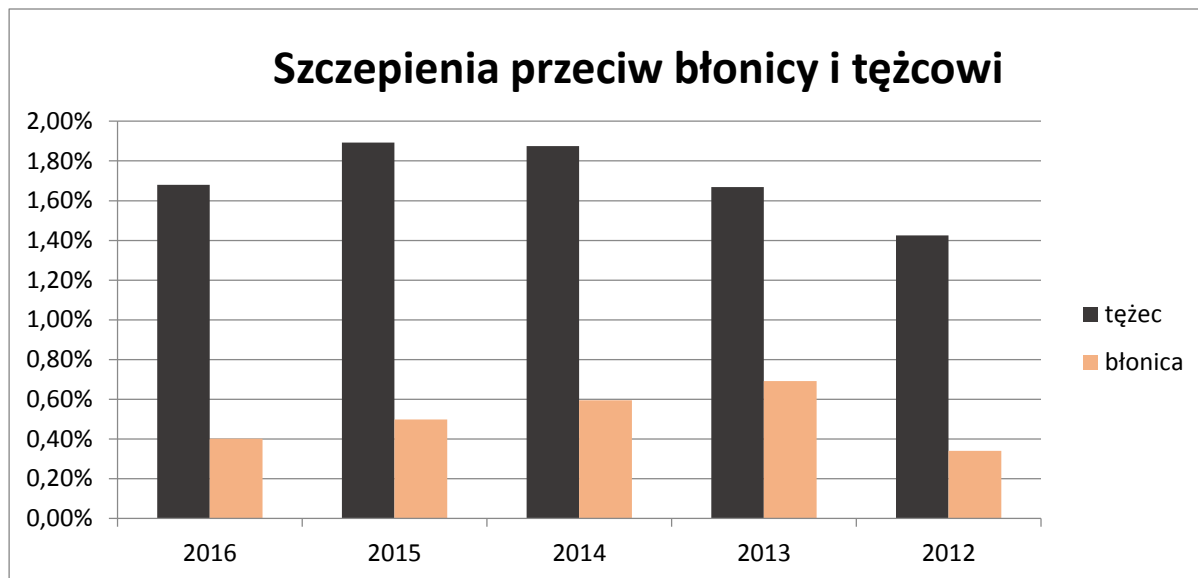


Wykres 52. Stan zaszczepienia dzieci i młodzieży do 19 roku życia przeciwko błonicy i tężcowi.

Podobnie jak w latach poprzednich (z wyjątkiem dzieci w 1 roku życia) stan zaszczepienia przeciw błonicy i tężcowi w odniesieniu do dostępnej dokumentacji szczepień bliski jest 100%. W porównaniu do ludności zameldowanej w Warszawie różnica między stanem zaszczepienia osób wg danych GUS, a według danych ze sprawozdania MZ 54 wynosi 25%. Nie znaczy to, że 25% populacji dzieci jest niezaszczepiona, główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak dokumentacji potwierdzającej wykonanie szczepień.

Szczepienie przeciw błonicy i tężcowi jest także realizowane w ramach szczepień zalecanych dla osób powyżej 19 roku życia, a szczepienie przeciw tężcowi jest również

realizowane jako obowiązkowe w sytuacji wystąpienia narażenia na zakażenie po urazie. Poniższa tabela prezentuje ilość osób poddanych szczepieniom w latach 2012-2016. Oprócz szczepień po narażeniu (tężec) wykonane szczepienia są związane z ruchem turystycznym w ramach szczepień zalecanych.



Wykres 53. Szczepienia przeciwko błonicy i tężcowi wykonane w latach 2012-2016 u osób powyżej 19 roku życia.

Krzusiec jest chorobą szczególnie niebezpieczną dla niemowląt dlatego też rozpoczęcie szczepień przeciw krztuścowi wpisane jest do PSO w pierwszych tygodniach życia dziecka. Jest ono wykonywane łącznie ze szczepieniem przeciw błonicy i tężcowi (z wykorzystaniem preparatów wieloskładnikowych np. DTP- 3 składnikowa szczepionka lub szczepionki 5- 6 składnikowe). Stan zaszczepienia osób objętych obowiązkiem szczepień przeciw krztuścowi jest porównywalny do stanu zaszczepienia przeciw błonicy i tężcowi. Niewielkie różnice wynikają z faktu występowania przeciwwskazań do podania szczepionki przeciw krztuścowi.

Odporność po szczepieniu podstawowym utrzymuje się kilka lat, dlatego też wymaga dawek przypominających. Od roku 2004 do Programu Szczepień Ochronnych włączono do szczepień obowiązkowych dawkę przypominającą dla dzieci w 6 roku życia, natomiast w roku 2016 polski kalendarz szczepień poszerzono o dawkę przypominającą dla dzieci w 14 roku życia. Ponadto, szczepienie przeciwko krztuścowi zalecane jest osobom w 19 roku życia, młodym kobietom planującym ciążę oraz osobom pracującym z dziećmi (ochrona zdrowia, placówki opiekuńcze

i wychowawcze; żłobki, przedszkola) Celem tych rekomendacji jest ochrona dzieci najmłodszych, dla których źródłem zakażenia zwykle jest ich otoczenie (rodzice, opiekunowie, rodzeństwo, personel medyczny). Szczepienie otoczenia niemowląt i małych dzieci określany jest pojęciem strategii kokonowej.

Wykres prezentowany poniżej odzwierciedla stan zaszczepienia dzieci do 14 roku życia w odniesieniu do ludności zameldowanej w m. st. Warszawie oraz według danych na podstawie dostępnej dokumentacji szczepień.

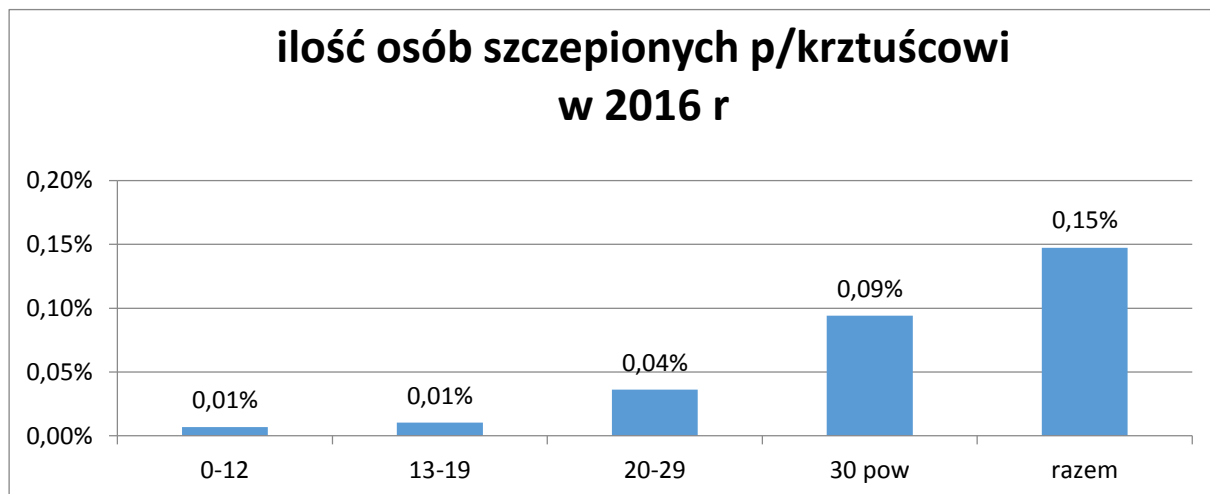


Wykres 54. Stan zaszczepienia dzieci do 14 roku życia przeciwko krztuścowi w roku 2016.

Począwszy od 2 roku życia stan zaszczepienia zarówno w odniesieniu do liczby ludności m. st. Warszawy jak do ilości dokumentów potwierdzających wykonanie szczepienia przekracza 90% (91% w 14 roku życia dla liczby ludności Warszawy, do wartości powyżej 98 % w stosunku do liczby kart uodpornienia dla dzieci w 3 roku życia). Najniższy wskaźnik dotyczy dzieci w 1 roku życia, w którym dziecko rozpoczyna szczepienia, a niepełne szczepienie wymagające cyklu nie jest uwzględniane w sprawozdaniu.

Szczepienie przeciw krztuścowi podobnie jak wcześniej omawiane szczepienia jest realizowane jako szczepienia zalecane dla grup nie objętych obowiązkiem szczepień ochronnych. Brak wiedzy i przekonanie o konieczności szczepień przeciw krztuścowi przekłada się na popularność tego szczepienia zarówno w środowiskach medycznych jak i wśród pozostałych osób, którym to szczepienie jest zalecane.

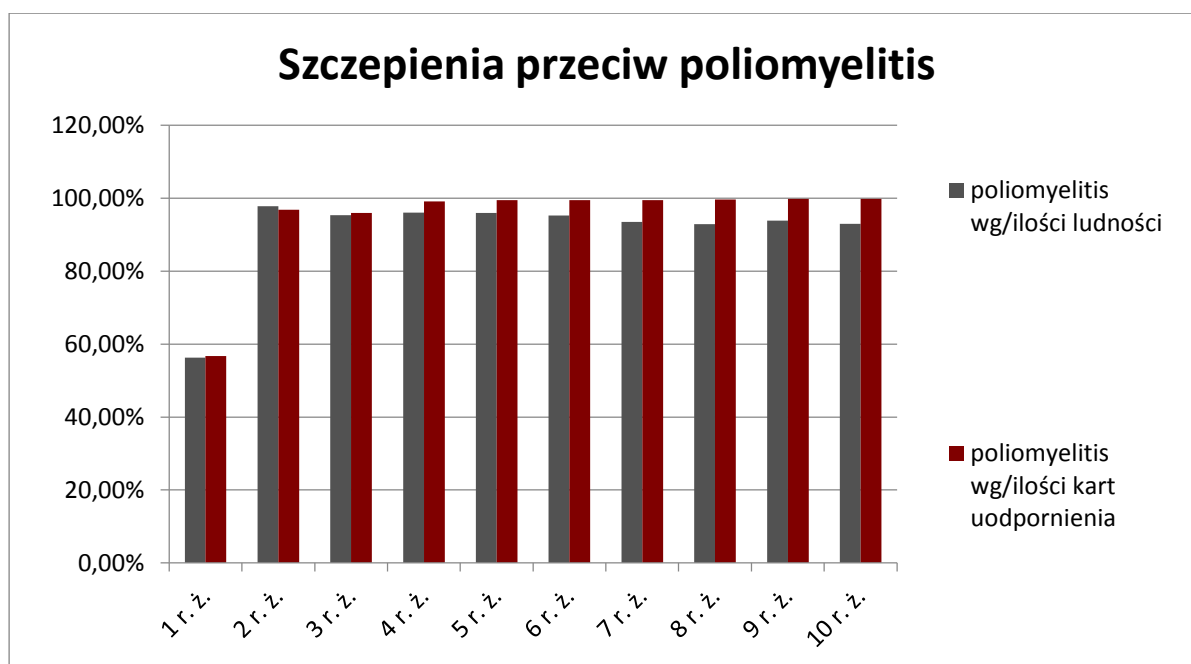
Wartość procentową osób szczepionych w roku 2016 roku z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe ilustruje poniższy wykres.



Wykres 55. Ilość osób szczepionych przeciw krztuścowi w 2016 roku w podziale na grupy wiekowe.

Kolejnym szczepieniem obowiązkowym realizowanym u dzieci i młodzieży do 19 roku życia jest szczepienie przeciw poliomyelitis. Szczepienia te są rozpoczynane w pierwszym roku życia (2 dawki) kolejna zamykająca podstawowy cykl przypada na drugi rok życia. Ostatnia dawka przypominająca jest podawana dzieciom w 6 roku życia. Do końca marca ubiegłego roku szczepienie w 6 roku życia było realizowane z wykorzystaniem żywej doustnej szczepionki. Od kwietnia zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do szczepień przypominających u dzieci w 6 roku życia stosowana jest szczepionka zabita (inaktywowana) podawana domięśniowo.

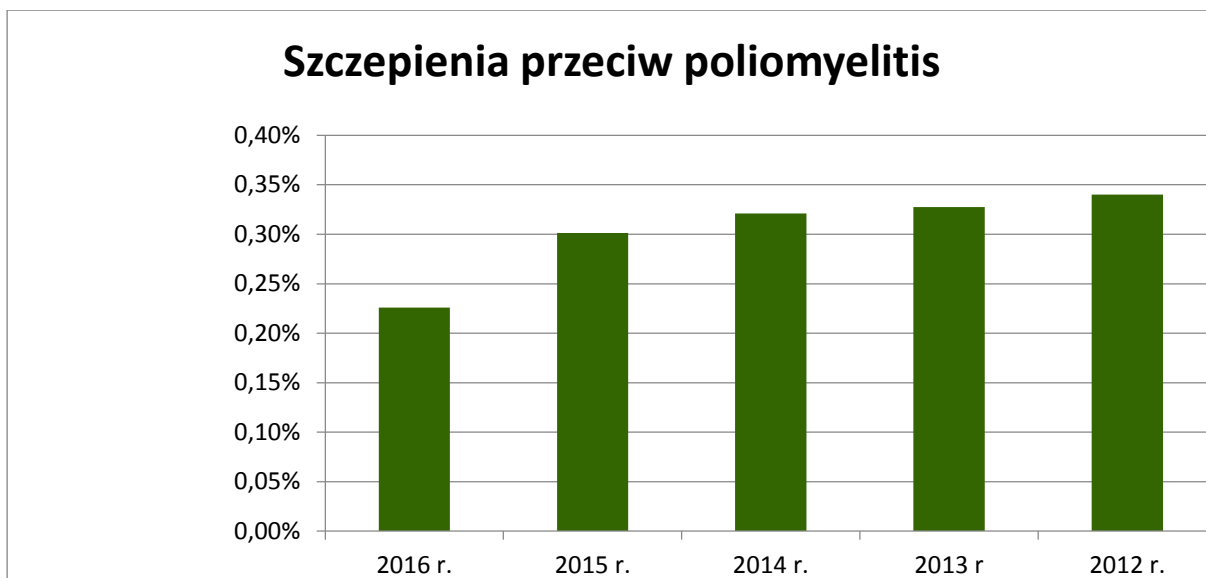
Szczepienie przeciw poliomyelitis jest wykonywane łącznie ze szczepieniami przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi. Nieznaczne różnice w stanie zaszczepienia populacji podlegającej szczepieniom wynika ze stosowania rozdzielnych szczepionek oraz przeciwwskazań do niektórych szczepień. Obecna sytuacja w zakresie zabezpieczenia przed zachorowaniem na poliomyelitis wynikająca z realizacji obowiązku szczepień jest stabilna. Poniżej na wykresie przedstawiony jest stan zaszczepienia dzieci do 10 roku życia.



Wykres 56. Stan zaszczepienia dzieci do 10 roku życia przeciwko poliomyelitis w roku 2016.

Stan zaszczepienia przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi oraz szczepienie przeciw poliomyelitis jest porównywalny. Nieznaczne odchylenia zamykają się w granicach dziesiątych procenta. Wysoki poziom zaszczepienia dzieci w przedziale do 10 roku życia zauważalny jest zarówno w odniesieniu do liczby mieszkańców Warszawy jak i w stosunku do ilości kart szczepień. W stosunku do mieszkańców wskaźnik dzieci zaszczepionych zawiera się w granicach między 93% a 97 %. Dla grupy osób objętych sprawozdaniem jest wyższy o kilka procent i mieści się w przedziale 96% a 99 %. Analogicznie do szczepień przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi w grupie niemowląt jest najniższy wskaźnik zaszczepienia wynikający z niedokończonego cyklu szczepień.

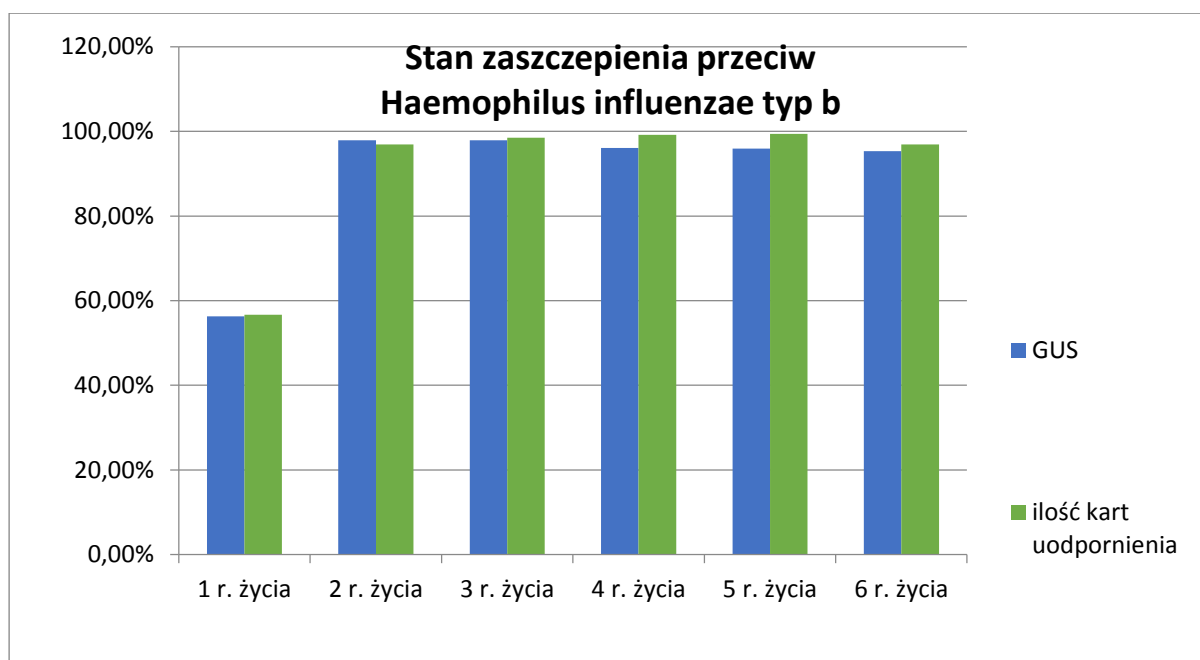
Szczepienie przeciwko poliomyelitis daje długotrwałą odporność. Jednakże dla osób wyjeżdżających zagranicę szczególnie w rejony endemicznego występowania zachorowań zaleca się wykonanie tego szczepienia jako szczepienia przypominającego. Kolejny wykres przedstawia liczbę osób, u których wykonano szczepienia przeciw poliomyelitis w ramach szczepień zalecanych w latach 2012-2016.



Wykres 57. Liczba osób poddanych szczepieniom ochronnym przeciw poliomyelitis w latach 2012-2016.

Do obowiązkowych szczepień ochronnych należy również szczepienie przeciw *Haemophilus influenzae* typ b. Celem tego szczepienia jest wyeliminowanie/ograniczenie zakażeń wywołanych przez gram ujemną bakterię odpowiedzialną między innymi za ciężkie postaci zapalenie opon mózgowo rdzeniowych u małych dzieci. Grupą najbardziej zagrożoną tymi zakażeniami są dzieci do lat 5. Z tego też powodu obowiązek szczepień przeciw temu zakażeniu obejmuje dzieci w grupie od 1 do 6 roku życia. Cykl szczepień u dziecka rozpoczyna się w drugim miesiącu życia. Zwykle jest łączony ze szczepieniami przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, nierzadko z wykorzystaniem preparatów pięcio- lub sześćskładnikowych.

Przy wykorzystaniu preparatów wieloskładnikowych stan zaszczepienia przeciw patogenom zawartym w szczepionkach jest identyczny, niewielkie różnice dotyczą osób korzystających ze szczepionek zakupionych z budżetu Ministra Zdrowia. Poniższy wykres przedstawia stan zaszczepienia dzieci w grupie do 5 lat przeciw *Haemophilus influenzae* typ b.

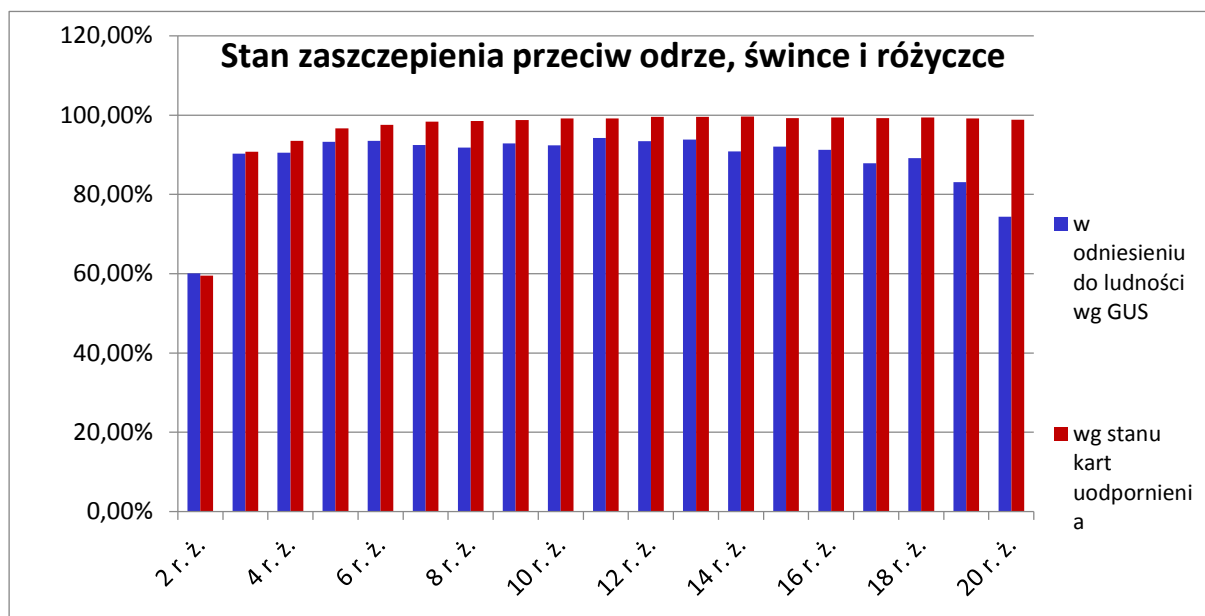


Wykres 58. Stan zaszczepienia dzieci do 6 roku życia przeciw Haemophilus influenzae typ b w roku 2016.

Szczepienie przeciw zakażeniom wywołanych przez bakterie Haemophilus influenzae typ b jest wykonywane równorzędnie ze szczepieniami przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi i poliomyelitis. Stan zaszczepienia jest porównywalny do w/w szczepień. Podobnie jak w dwóch poprzednich szczepieniach od ok 56% w pierwszym roku życia do 97% dla dzieci w 2 roku życia po zakończeniu cyklu szczepień i blisko 99% w przedziale 3- 5 lat (uzupełnienie zaległych szczepień). Widoczne na wykresie różnice między stanem zaszczepienia dzieci w stosunku do ilości kart uodpornienia, a liczbą ludności zameldowanej w Warszawie wynikają z faktu, iż sprawozdanie ze szczepień sporządzane jest na podstawie dokumentacji przechowywanej w punktach szczepień. Brak dokumentacji szczepień omówiony został w części dotyczącej dokumentacji szczepień.

Szczepionka przeciw Haemophilus influenzae typ b rekomendowana jest dzieciom do 6 roku życia (szczepienie obowiązkowe), ale są również rekomendacje do szczepienia osób powyżej lat 5, osobom u których występują zaburzenia odporności (np. usunięcie śledziony). Jest to niewielka ilość osób, która jest poddawana tym szczepieniom. W roku 2016 było to (według sprawozdania MZ 54) 66 osób w przedziale wiekowym od 5 do 14 roku życia i 19 osób powyżej 15 roku życia. Szczepienia obowiązkowe dla całej populacji dzieci młodzieży zamyka szczepienie przeciw odrze, śwince i różyczce, które przypada na drugi rok życia (13-15 miesiąc

życia dziecka). Dawka przypominająca wg polskiego PSO przypada na 10 rok życia dziecka. Wykres poniższy przedstawia stan zaszczepienia dzieci i młodzieży do 19 roku życia przeciw odrze, śwince i różyczce zarówno w odniesieniu do liczby osób zameldowanych w Warszawie jak i w odniesieniu do ilości kart uodpornienia, na podstawie których są wykonane sprawozdania ze stanu zaszczepienia.



Wykres 59. Stan zaszczepienia dzieci i młodzieży w roku 2016 przeciw odrze, śwince i różyczce.

Rozpoczęcie szczepień w 2 roku życia po ukończeniu przez dziecko jest zasadniczym powodem niższego poziomu zaszczepienia (ok 63,5%) w tej grupie wiekowej.

W kolejnych rocznikach wartości stopniowo wzrastają poprzez 90,8% w 3 roku życia, 93,5 % w 4 roku życia do 99 % w 11 roku życia (wg ilości kart uodpornienia).

Najczęstszą przyczyną jaką wskazują rodzice odmawiając lub opóźniając szczepienia w grupie dzieci do lat 4 są nieuzasadnione obawy przed wystąpieniem autyzmu (Związek między występowaniem autyzmu, a szczepieniem przeciw odrze śwince i różyczce nie znalazł potwierdzenia w badaniach naukowych).

W stosunku do liczby ludności zameldowanej w Warszawie w szczególności dla dzieci starszych wartości wyszczepienia są niższe np. dla osób w 19 roku życia wynoszą 83%. Do przyczyn takiego stanu należy zaliczyć różnicę między liczbą osób

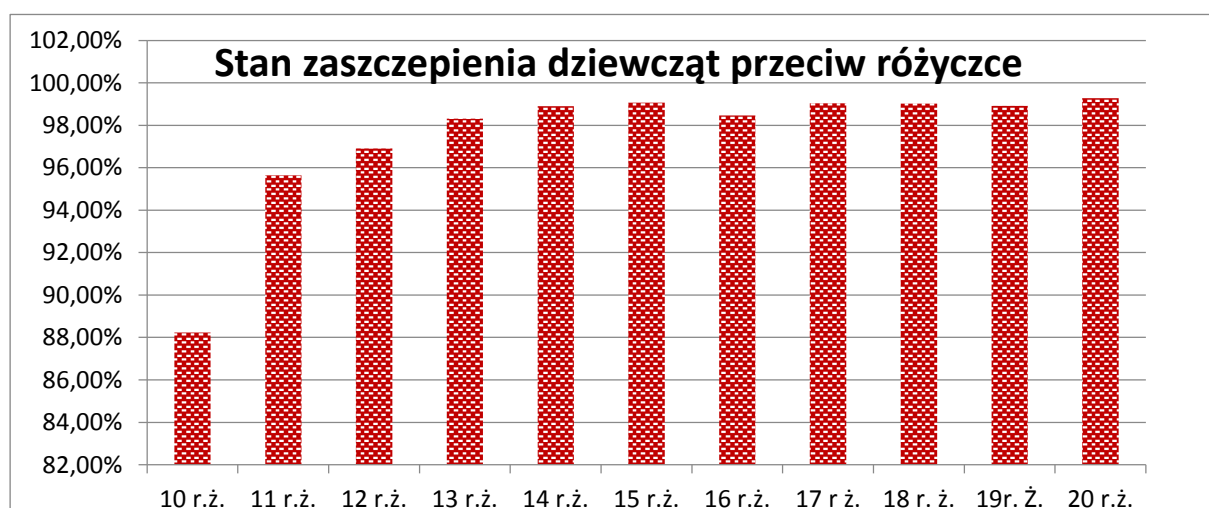
objętych sprawozdaniem na podstawie kart uodpornienia ale także zmiany w sprawozdaniu wynikające ze zmian w PSO. Do 2003 roku szczepienie przeciw odrze było wykonywane szczepionką pojedynczą. W roku 2004 wprowadzono do polskiego kalendarza szczepień szczepionkę skojarzoną przeciw odrze, śwince i różyczce.

Po wprowadzeniu do obowiązkowego Programu Szczepień szczepionki potrójnej przeciw odrze, śwince i różyczce, z formularza sprawozdawczego stopniowo wycofywano się z dokumentowania szczepień wykonanych tylko szczepionką przeciw odrze (dotyczy to najstarszych dzieci ujętych w sprawozdaniu).

W 2016 roku w ramach szczepień zalecanych szczepieniu poddało się 77 osób w wieku 20-29 lat i 121 osób powyżej 30 roku życia.

Celem szczepienia przeciw różyczce, jest ochrona kobiet w czasie ciąży. Przechorowanie różyczki w czasie ciąży niesie ryzyko powstania wad wrodzonych u dzieci. Dlatego też adresatkami tego szczepienia są przede wszystkim dziewczęta (w wieku do 19 lat) i młode kobiety (nie szczepione) przed planowaną ciążą (szczepienie zalecane). Od 2006 roku szczepienia przeciw różyczce są realizowane przy użyciu szczepionki potrójnej (odra, świnka i różyczka) w całej populacji dzieci i młodzieży.

Na kolejnym wykresie przedstawiono stan zaszczepienia w roku 2016 dziewcząt do 20 roku życia.

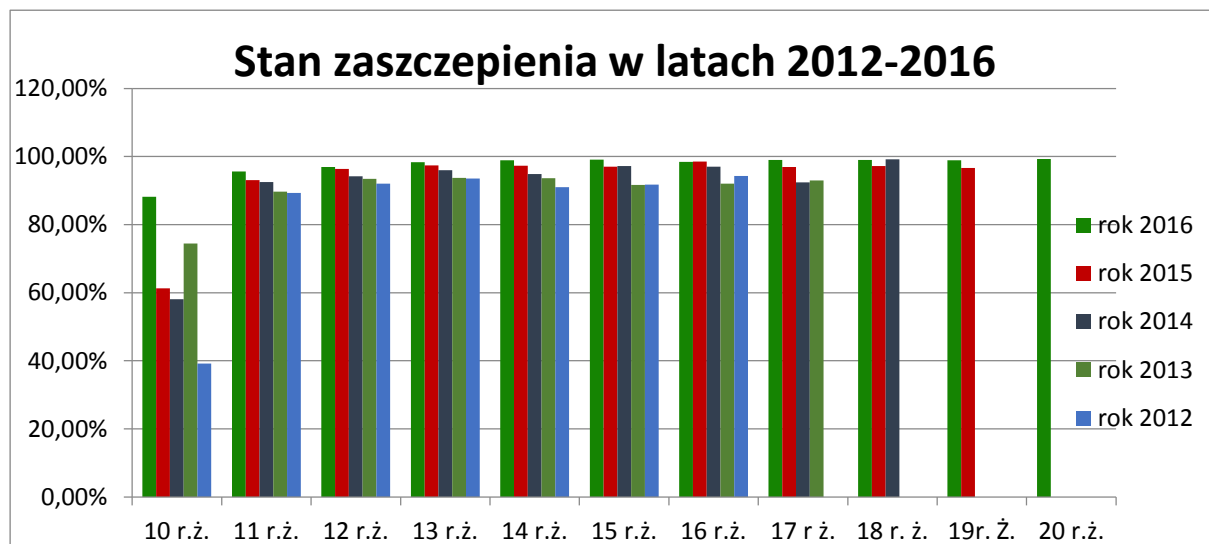


Wykres 60. Stan zaszczepienia dziewcząt przeciw różyczce w roku 2016.

Odsetek dziewcząt szczepionych przeciw różyczce wynosi od 96,6% do 99,2% za wyjątkiem dzieci w 10 roku życia (czyli obejmującego okres wkraczania

w wiek ustalony do wykonania szczepień). Szczepienia wykonane u dziewcząt przed 10 rokiem życia nie są ujęte w sprawozdaniu ze stanu zaszczepienia dziewcząt przeciw różycze.

Poniżej wykres przedstawiający stan zaszczepienia dziewcząt przeciw różycze w latach 2012-2016

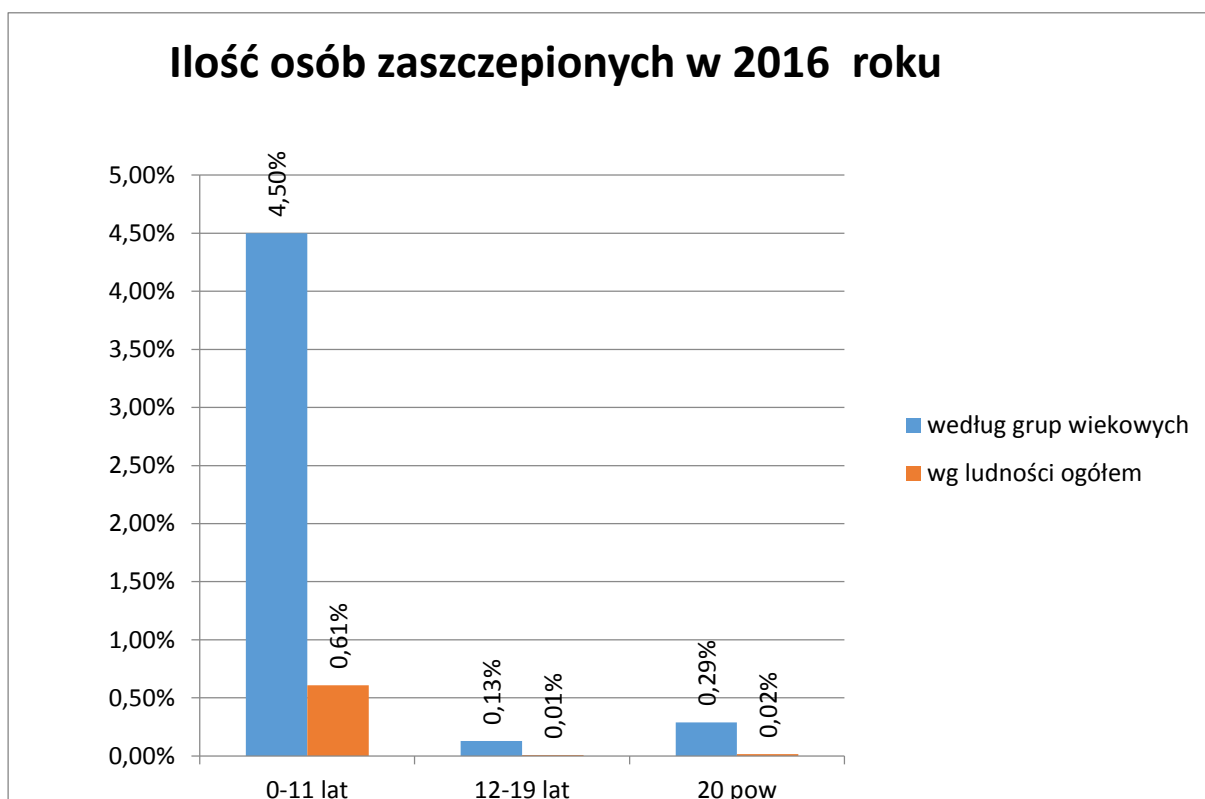


Wykres 61. Stan zaszczepienia dziewcząt przeciw różycze w latach 2012-2016.

Szczepienia obowiązkowe (bezpłatne) dotyczą też niektórych grup ryzyka. Do takich szczepień (przeznaczonych dla określonych grup) należą: szczepienia przeciw ospie wietrznej i *Streptococcus pneumoniae*. W przypadku ospy wietrznej oprócz granicy wiekowej (12 lat) obowiązują wskazania medyczne oraz wskazania środowiskowe (np. ośrodki opiekuńczo - wychowawcze lub żłobki). Dla *Streptococcus pneumoniae* ograniczenie wiekowe zawężone jest do 5 lat i dotyczy dzieci spełniających kryteria medyczne (np. zaburzenia odporności, niektóre choroby przewlekłe, lub wcześniactwo). Dla pozostałej populacji szczepienia te są wpisane jako szczepienia zalecane (płatne).

Na kolejnym wykresie zostały przedstawione szczepienia przeciw ospie wietrznej wykonane w roku ubiegłym. Ujęto tu wszystkie wykonane szczepienia niezależnie od wskazań. Najwyższy odsetek osób szczepionych (4,5%) dotyczy dzieci do 12 lat, głównie są to dzieci z grup ryzyka uprawnione do bezpłatnych szczepień. W latach 2015 i 2016 do szczepień bezpłatnych dla dzieci z grup ryzyka wydano bliski 8000 dawek szczepionki, najliczniejszą grupę dzieci szczepionych przeciw ospie były dzieci korzystające z placówek opiekuńczych (głównie żłobki lub inne formy opieki nad dziećmi do lat 3).

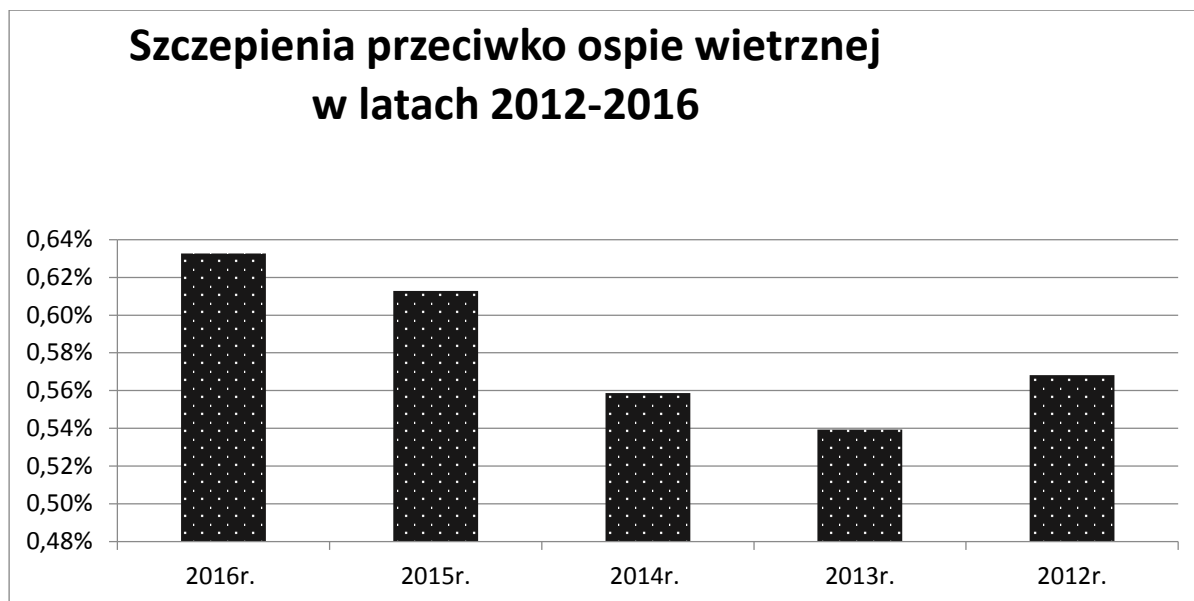
W pozostałych przedziałach wiekowych szczepienia te były realizowane wyłącznie jako zalecane, a ilość osób która poddała się szczepieniom nie przekracza 1 % ludności Warszawy



Wykres 62. Szczepienia przeciw ospie wietrznej w rozłożeniu na grupy wiekowe przeprowadzone w roku 2016.

Zważywszy na fakt, że szczepienie przeciwko ospie wietrznej składające się z podania dwóch dawek daje wieloletnią odporność i nie wymaga podawania dawek przypominających osoby zaszczepione w latach ubiegłych należy uznać za wystarczająco zabezpieczone przed zachorowaniem.

Kolejny wykres przedstawia ilość osób, u których wykonano szczepienie przeciw ospie wietrznej w odniesieniu do całej populacji m.st. Warszawy.

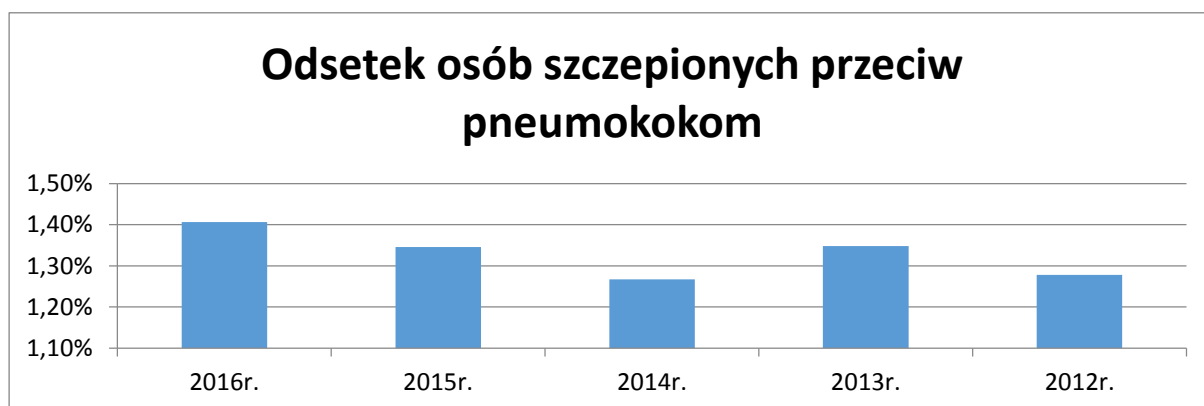


Wykres 63. Ilość osób poddanych szczepieniom przeciw ospie wietrznej w latach 2012-2016.

Szczepienie przeciw *Streptococcus pneumoniae* podobnie jak szczepienie przeciw ospie wietrznej jest realizowane zarówno jako szczepienie obowiązkowe dla określonych grup, oraz szczepienie zalecane dla grup nieobjętych obowiązkiem szczepień oraz w ramach programów zdrowotnych finansowanych przez miasto. Zakażenia wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* oprócz łżejszych postaci zakażeń np. zapalenie ucha środkowego czy płuc, są odpowiedzialne za zakażenia inwazyjne, które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia, przybierające postać zapalenia płuc z bakterią, lub posocznicą. Do najbardziej narażonych (wrażliwych) na zakażenie należą dzieci od 0-5 lat oraz osoby powyżej 55 roku życia.

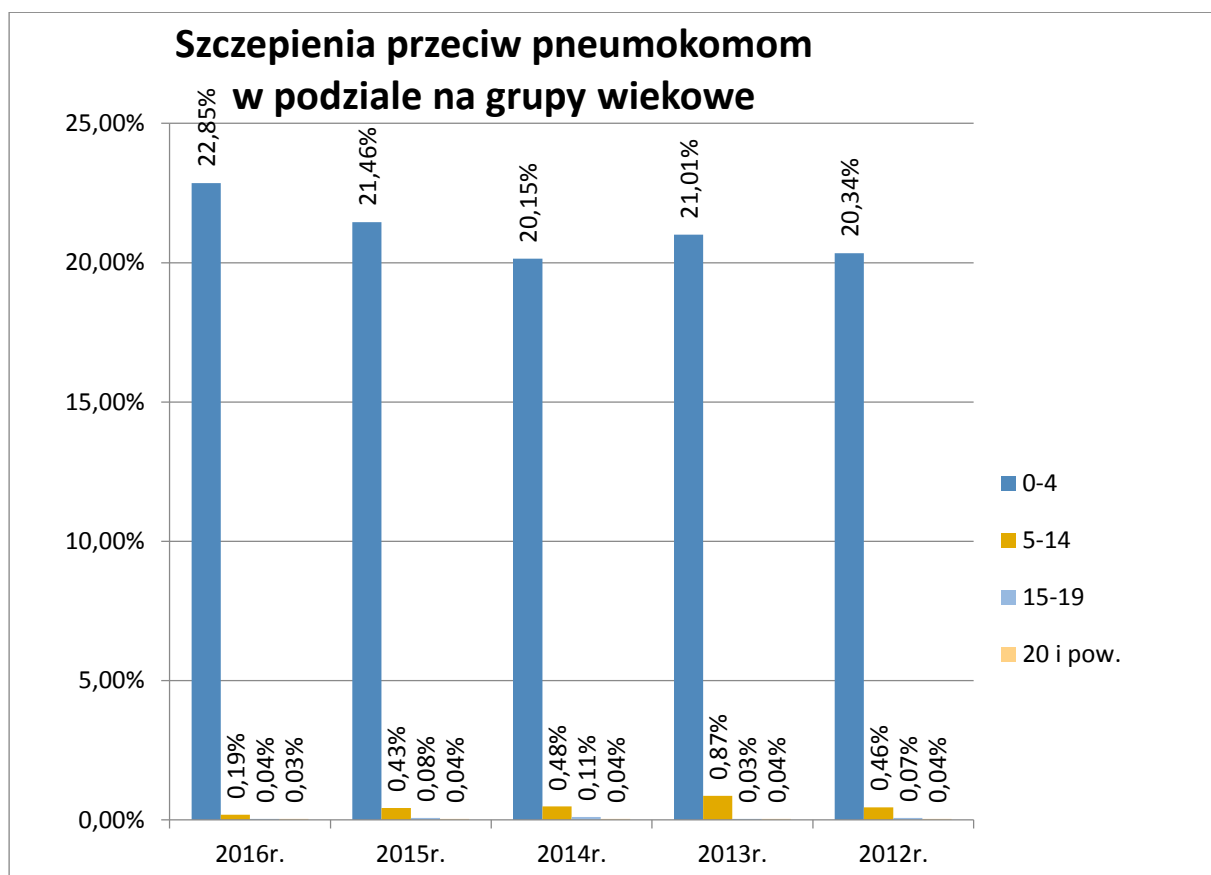
Od kilku lat w Programie Szczepień Ochronnych szczepienia przeciwko *Streptococcus pneumoniae* dla osób w wieku 0-5 lat z obniżoną odpornością są szczepieniami realizowanymi bezpłatnie w ramach obowiązkowego kalendarza szczepień. Oprócz grupy w/w do bezpłatnych (obowiązkowych) szczepień uprawnione są dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą urodzeniową poniżej 2500 g. Ponadto szczepienia przeciw pneumokokom są również rekomendowane osobom powyżej 55 roku życia, które są także grupą podatną na zakażenia i podobnie jako u dzieci zakażenia te przybierają ciężką postać. W tej grupie pacjentów szczepienia te są realizowane jako szczepienia zalecane (odpłatne).

Wykres prezentowany poniżej przedstawia ilość osób zaszczepionych przeciw *Streptococcus pneumoniae* w stosunku do całej populacji miasta w okresie od 2012 do 2016 roku.



Wykres 64. Ilość osób szczepionych przeciw *Streptococcus pneumoniae* w latach 2012-2016 w stosunku do ogólnej liczby ludności.

Poniższy wykres prezentuje udział procentowy grup wiekowych w szczepieniach wykonanych w latach 2012-2016.



Wykres 65. Procentowy udział grup wiekowych osób szczepionych przeciw *Streptococcus pneumoniae* w latach 2012-2016.

Od czasu wprowadzenia szczepień obowiązkowych (bezpłatnych) dla grup ryzyka (do 5 roku życia), najsilniej reprezentowaną grupą osób szczepionych utrzymujący się na poziomie powyżej 20% są dzieci do lat 4. Dla pozostałych kategorii wiekowych w roku 2016 jest to około 0,2% w grupie od 5-14 lat, około 0,04% 15-19 lat i 0,03% powyżej 20 lat. W stosunku do lat ubiegłych ilość osób szczepionych w najmłodszej grupie pacjentów jest porównywalna, natomiast w pozostałych grupach wiekowych, pomimo i tak niskiego odsetka wykonanych szczepień zauważalny jest spadek zainteresowania tymi szczepieniami.

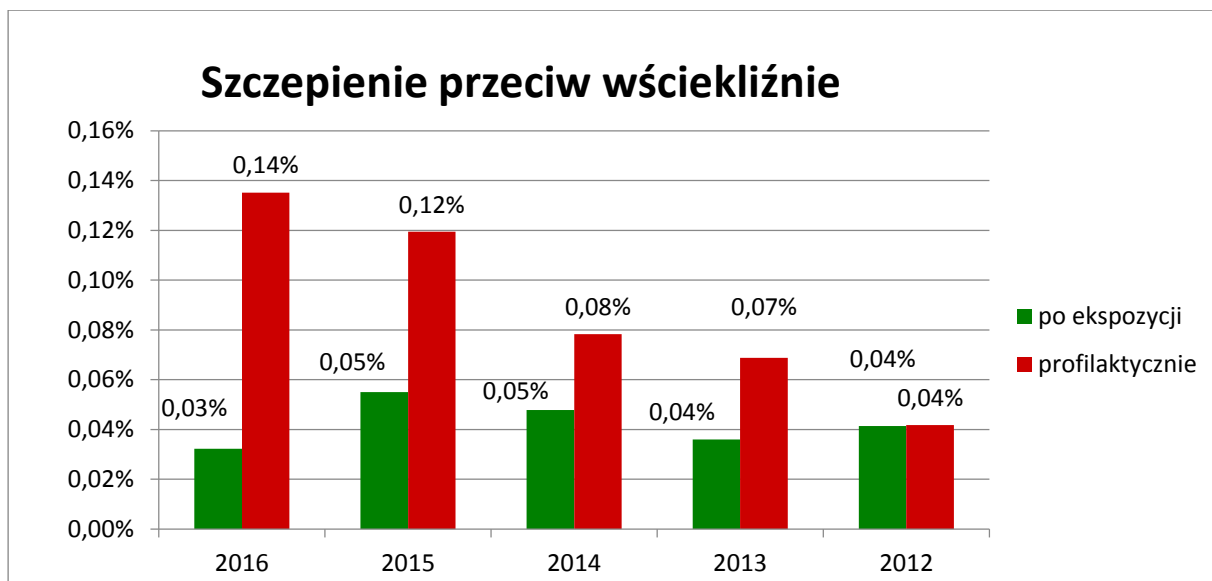
Przyczyną braku zainteresowania pacjentów szczepieniami jest zarówno brak wiedzy wśród społeczeństwa jak i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w temacie szczepień dla osób dorosłych.

W katalogu szczepień obowiązkowych (bezpłatnych), ale ze wskazaniem na grupy ryzyka jest szczepienie przeciw wścieklicznie, dla osób narażonych na zakażenie w wyniku kontaktu (ugryzienie, poślinienie uszkodzonej skóry) ze zwierzęciem podejrzanym o zakażenie (np. dzikie zwierzęta).

Szczepienie przeciwko wścieklicznie jest również zalecane w profilaktyce przedekspozycyjnej jako szczepienie dla osób, które z racji wykonywanych obowiązków mają kontakt ze zwierzętami (lekarze weterynarii, leśnicy). oraz osobom wyjeżdżającym za granicę, w szczególności gdy istnieje ryzyko kontaktu z dzikimi zwierzętami.

Szczepienia poekspozycyjne (po narażeniu) wykonywane są w punkcie szczepień Poradni Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie przy ul. Wolskiej 37. Szczepienia profilaktyczne (zalecane) są realizowane w wymienionej przychodni oraz innych punktach szczepień specjalizujących się w medycynie podróży.

Poniższy wykres przedstawia szczepienia przeciw wścieklicznie wykonane w latach 2012-2016.



Wykres 66. Realizacja szczepień przeciw wścieklźnie w latach 2012-2016.

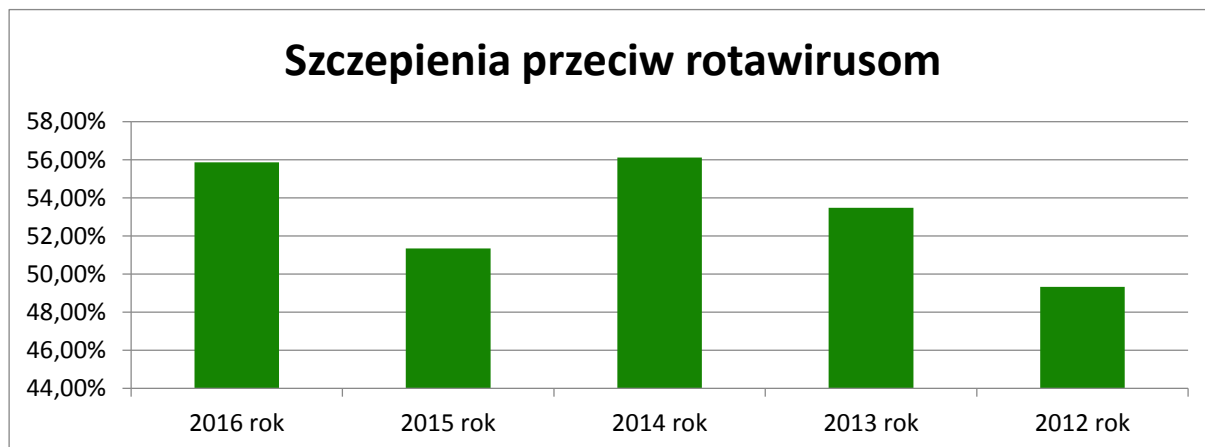
W roku 2016 w wyniku narażenia na zakażenie, szczepieniu zostało poddanych 537 osób (w 2015 roku 916 osób, w roku 2014 -739 osób). Profilaktycznie w roku 2016 zaszczepiono 2251 osób (w roku 2015-1989 osób, w 2014 roku - 1319). Od kilku lat systematycznie wzrasta liczba osób szczepionych przeciw wścieklźnie profilaktycznie.

Szczepienia przeciw wścieklźnie zamykają listę szczepień obowiązkowych (bezpłatnych).

Lista szczepień zalecanych jest szersza niż szczepień obowiązkowych. W części II Programu Szczepień Ochronnych zamieszczony jest wykaz rodzajów szczepień oraz grup, którym w szczególności są one wskazane. Rekomendacje do szczepień wynikają z charakterystyki produktów leczniczych oraz ryzyka narażenia. Szczepienia zalecane są wykonywane odpłatnie (na koszt pacjenta). Z wyjątkiem szczepień przeciw gruźlicy (które zgodnie z PSO są zalecane osobom do ukończenia 15 r. życia) oraz szczepień przeciw rotawirusom przeznaczonym dla dzieci do 26 tygodnia życia, pozostałe szczepienia można stosować we wszystkich grupach wiekowych. W przypadku niektórych szczepień konieczne jest dobranie odpowiedniego dla wieku pacjenta preparatu (np. do szczepień przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi). Wskazania do szczepień uwzględniają tryb życia, stan zdrowia bądź ryzyko narażenia zawodowego na zajmowanym stanowisku pracy.

W 2016 roku przeciwko rotawirusom zaszczepiono 10 965 dzieci co stanowi 55,9% populacji niemowląt. Na przestrzeni lat 2012-2016, ilość dzieci poddawanych szczepieniu przeciw rotawirusom waha się w granicach od 49,3% do 56%.

Poniżej przedstawiono szczepienie przeciw rotawirusom wykonane w latach 2012-2016.



Wykres 67. Ilość dzieci szczepionych przeciw rotawirusom w latach 2012-2016 wyrażona w procentach.

Szczepienia ochronne opierają się przede wszystkim na szczepieniach obowiązkowych realizowanych w poradniach pediatrycznych i na oddziałach noworodkowych.

Osoby dorosłe, które decydują się na szczepienia to w znacznej mierze klienci punktów medycyny podróży. Kolejną grupą pacjentów dorosłych u których są wykonywane szczepienia to pacjenci Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych-szczepienia przeciw tężcowi (zranienia). Ponadto, szczepieniami ochronnymi objęte są osoby z tytułu narażenia zawodowego. Szczepienia te są realizowane przez medycynę pracy. W tę grupę dorosłych osób wpisuje się personel medyczny oraz uczniowie szkół i uczelni medycznych. Również szczepienia przeciwko wściekliźnie w większości przypadków dotyczą osób dorosłych.

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 1866) zobowiązuje lekarzy do informowania pacjentów o szczepieniach obowiązkowych jak i zalecanych. Zapis ten dotyczy wszystkich pacjentów, także dorosłych, a nie wyłącznie dzieci.

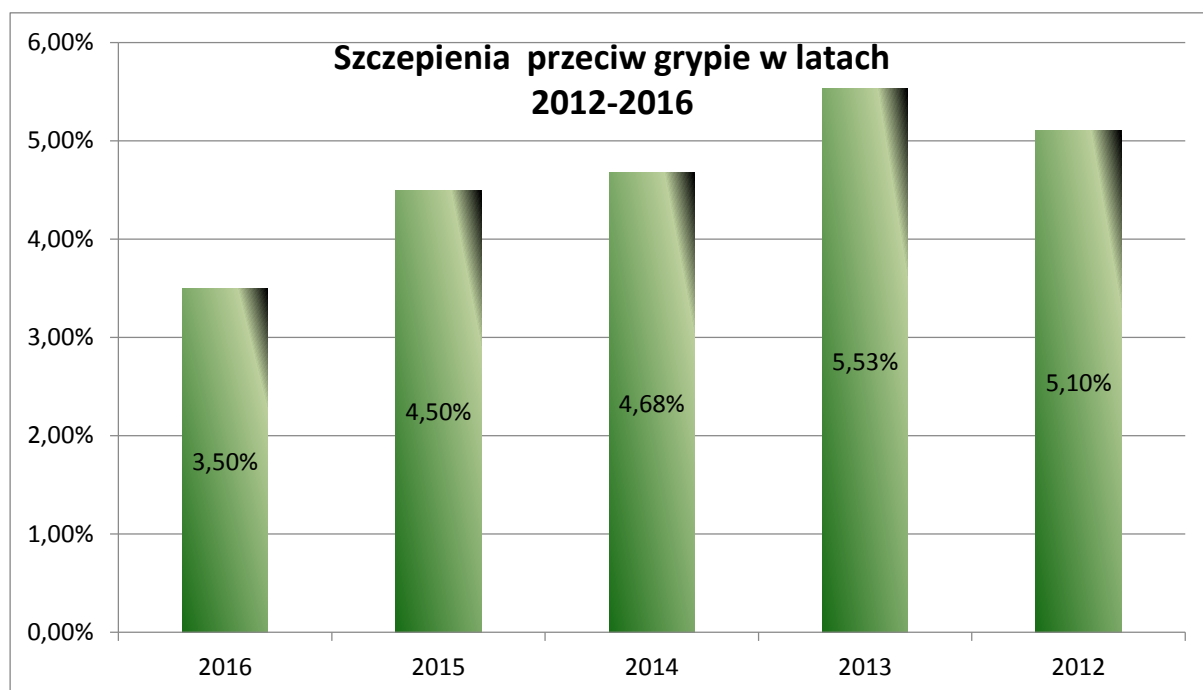
Pomimo ustawowego obowiązku informowania pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o szczepieniach zalecanych obowiązek ten nie jest realizowany w sposób zadawalający. Kontrole z zakresu szczepień ochronnych przeprowadzane w podmiotach leczniczych realizujących podstawową opiekę zdrowotną są w szczególności ukierunkowane na przypominanie personelowi

medycznemu o wywiązywaniu się z ustawowych obowiązków z zakresu szczepień ochronnych. Niedostateczna wiedza na temat szczepień wśród personelu medycznego opiekującego się pacjentem dorosłym i brak propagowania tego rodzaju profilaktyki wśród osób dorosłych skutkuje niskim odsetkiem osób szczepionych przeciw chorobom, którym możemy zapobiegać poprzez szczepienia.

Najczęściej polecanymi szczepieniami wśród osób dorosłych są szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B.

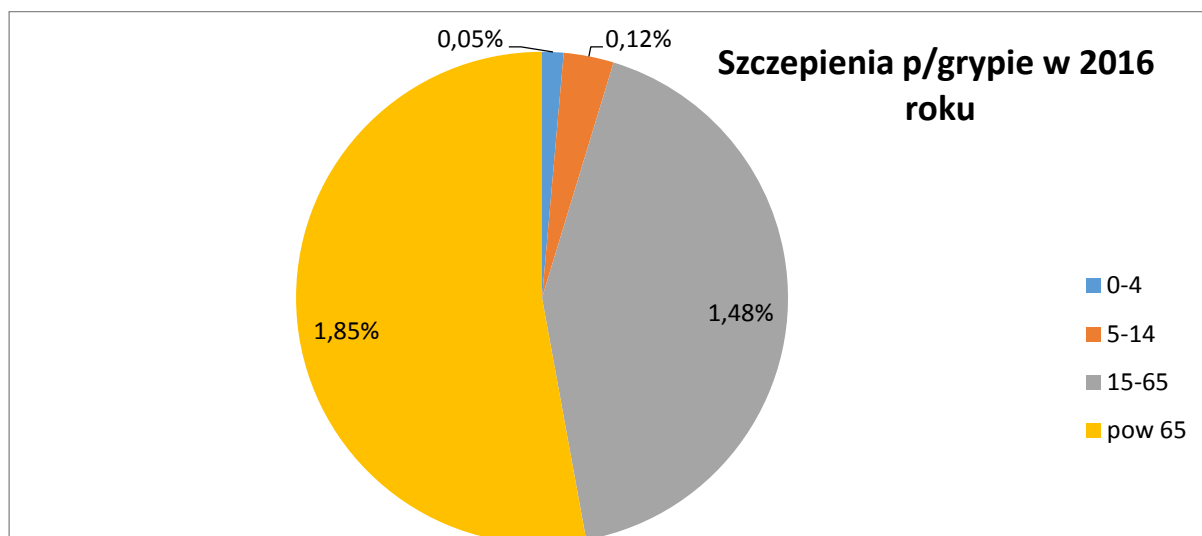
Kolejnym szczepieniem polecanym pacjentom (pomimo niskiego odsetka osób szczepionych) są szczepienia przeciw grypie. Wyróżniającą się grupą są osoby w wieku 65+, dla tej kategorii pacjentów są realizowane w ramach programów zdrowotnych refundowanych przez urząd miasta.

Szczepienia przeciw grypie są szczepieniami wykonywanymi sezonowo w okresie zwiększonego ryzyka zachorowań. Ponieważ przechorowanie grypy jak i szczepienie nie daje trwałej odporności, szczepienia należy powtarzać co roku. Pomimo kampanii kierowanych do pacjentów oraz personelu medycznego zainteresowanie szczepieniem przeciw grypie od kilku lat jest bardzo niskie, z tendencją spadkową.



Wykres 68. Realizacja szczepień przeciw grypie w latach 2012-2016.

Wykres przedstawiony poniżej w graficzny sposób przedstawia rozkład grup wiekowych osób szczepionych przeciw grypie w roku 2016.

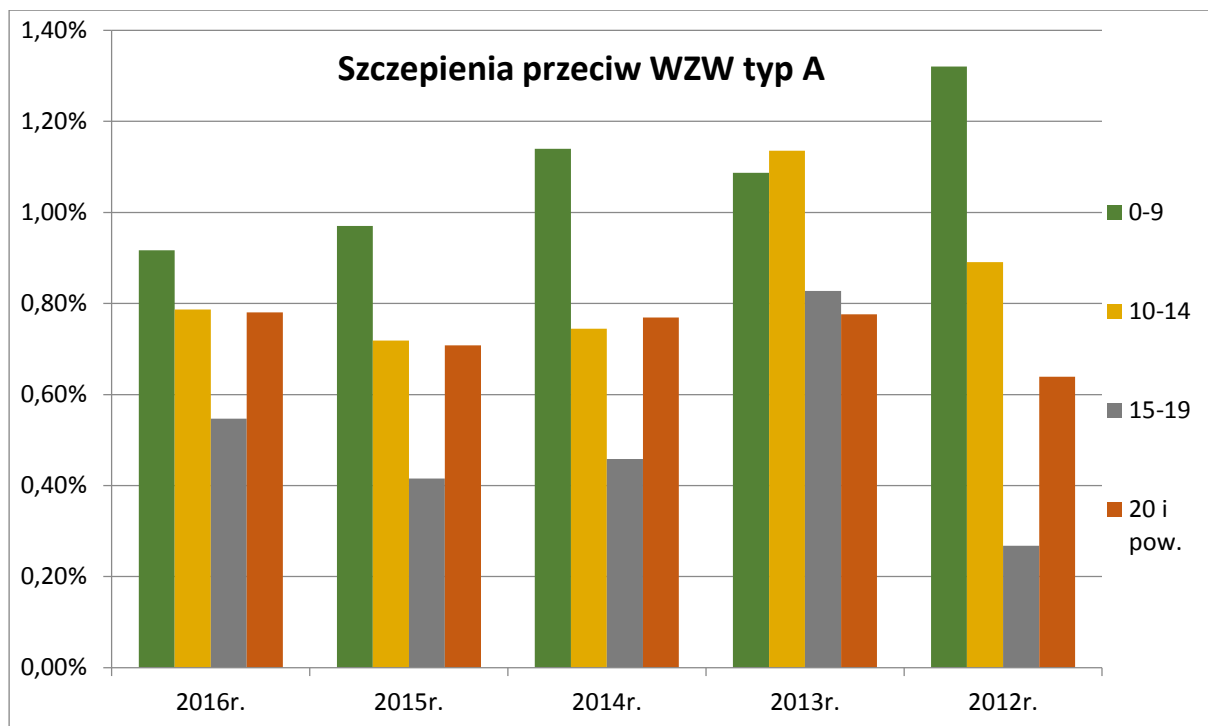


Wykres 69. Szczepienia przeciw grypie w roku 2015 w podziale na grupy wiekowe.

Jak widać największą grupę ludności Warszawy stanowią osoby po 65 roku życia – 1,85%, kolejną grupą są osoby w przedziale 15-65 lat- 1,48 %. Są to przede wszystkim osoby szczepione w zakładach pracy. Najniższy wskaźnik w tym szczepieniu dotyczy dzieci i młodzieży i wynosi dla dzieci 5-14 lat - 0,12%, a dla dzieci w wieku 0-4 lata zaledwie 0,05%.

Następnym szczepieniem zalecanym jest szczepienie przeciw WZW A. W szczególności jest ono polecane osobom wyjeżdżającym do krajów o wysokiej i średniej endemiczności zachorowań na WZW typu A. Do grupy ryzyka zaliczane są także osoby zatrudnione przy produkcji i dystrybucji żywności, usuwaniu odpadów komunalnych i płynnych. Ponadto, szczepienie to, zalecane jest dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym i młodzieży, które nie chorowały na WZW typu A.

W roku 2016 przeciw WZW typ A zaszczepiono 13131 osób. Wartość procentową osób szczepionych przeciw WZW A w latach 2012-2016 ilustruje wykres przedstawiony poniżej.



Wykres 70. Realizacja szczepień przeciw WZW A w latach 2012-2016.

W roku 2016 najwyższy wskaźnik osób szczepionych dotyczy skrajnych grup wiekowych tj. 0-9 lat oraz 20 i pow. W żadnej z grup nie przekracza 1%.

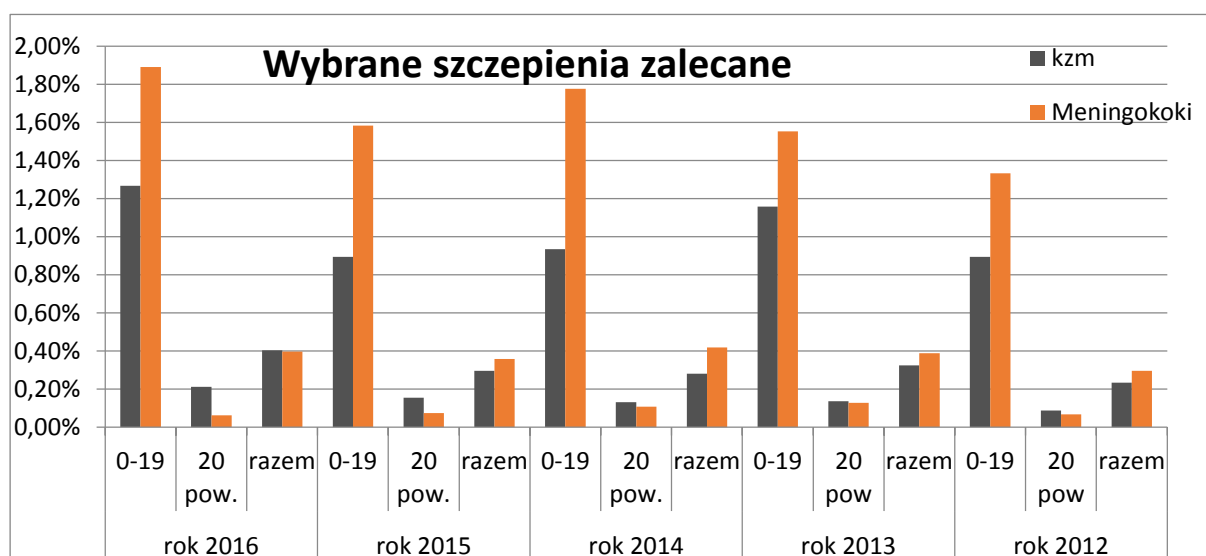
W przypadku pozostałych szczepień zalecanych sytuacja wygląda bardzo podobnie i tak w roku 2016 u osób powyżej 20 roku życia wykonano:

- 1) W 2016 roku -198 szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce, w 2015 roku -280, w 2014 roku 299
- 2) W 2016- 6589 osób zaszczepiono przeciw zakażeniom Neisseria meningitidis, w 2015- 5971, w 2014 roku 6969 osób,
- 3) W 2016 r. 812 osób zostało zaszczepionych przeciw zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), w roku 2015 -919, w roku 2014 zaszczepiono 1112 osób,
- 4) W 2016 roku zaszczepiono 10857 osób przeciw durowi brzuszemu, w 2015 roku- 9236 osób zaszczepionych a w roku 2014 poddało się szczepieniu 9675 osób,
- 5) W roku 2016 szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu wykonano u 6724 osób, w roku 2015- 4921 osób zaszczepiono przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu natomiast w 2014 roku 4668.
- 6) Ponadto wykonano w ubiegłym roku szczepienie przeciw żółtej gorączce u 3180 osób,

7) 695 osób zaszczepiono przeciw cholerze.

W odniesieniu do dwóch ostatnich szczepień są one wyłącznie realizowane przed wyjazdem za granicę, wykonywane w certyfikowanych punktach szczepień medycyny podróży.

Wykres przedstawiony poniżej ilustruje odsetek osób poddanych w latach 2012-2016 wybranym szczepieniom ochronnym w rozbiciu na grupy wiekowe.



Wykres 71. Odsetek osób szczepionych w latach 2012-2016 na wybrane choroby zakaźne.

Realizując ustawowy obowiązek nadzoru nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi pracownicy inspekcji sanitarnej przypominają lekarzom o obowiązku zgłaszania NOP. W 2016 roku zarejestrowano 193 niepożądane odczyny poszczepienne w tym 177 łagodnych, 13 poważnych i 3 ciężkie.

Ponadto, na potrzeby nadzoru nad realizacją szczepień ochronnych prowadzone są rejestry osób, które uchylają się od wypełnienia obowiązku szczepień. W roku ubiegłym znacznie wzrosła liczba osób, które odmawiają wykonania szczepień. Na koniec 2016 r. w bazie danych PSSE w m. st. Warszawie zarejestrowano 2027 osób (opiekunów osób małoletnich), którzy oponują przeciwko szczepieniom. Natomiast liczba dzieci nieszczepionych lub niekompletnie szczepionych w wyniku sprzeciwu rodziców wzrosła z 1070 do 2053 osób.

Tabela 1. Liczba dzieci nieszczepionych lub niekompletnie szczepionych w latach 2014-2016, zgłoszonych do PSSE w m. st. Warszawie.

rok	rok 2014	rok 2015	rok 2016
1	2	3	4
Liczba dzieci, u których nie zrealizowano obowiązku szczepień	653	1070	2053

W kolejnej tabeli podane są przyczyny odmowy szczepień.

Tabela 2. Przyczyny odmowy szczepień wskazywane przez rodziców

Lp	Przyczyna odmowy	Ilość osób		
		rok 2014	rok 2015	rok 2016
1	2	3	4	
1.	Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	11	42	37
2.	Wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	10	16	34
3.	Wpływ ruchów antyszczepionkowych	210	392	516
4.	Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	11	48	49
5.	Inna przyczyna	411	1175	1391
6	Razem	653	1673	2027

W związku z nasileniem się ruchów „antyszczepionkowych” i znacznym wzrostem osób odmawiających wykonania obowiązkowych szczepień w 2016 roku wzmożono działania represyjne w stosunku do tych osób.

Wysłano 53 pisma zapraszające na szczepienia. Wystawiono 28 upomnień i 24 wnioski do wojewody o ukaranie (tytuły wykonawcze). Do osób zgłaszających zarzuty do prowadzonego postępowania egzekucyjnego wydano 10 postanowień, przekazano 10 zażaleń na Postanowienia Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie. W stosunku do kilkunastu osób uzupełniane są dane niezbędne do wszczęcia postępowania egzekucyjnego.

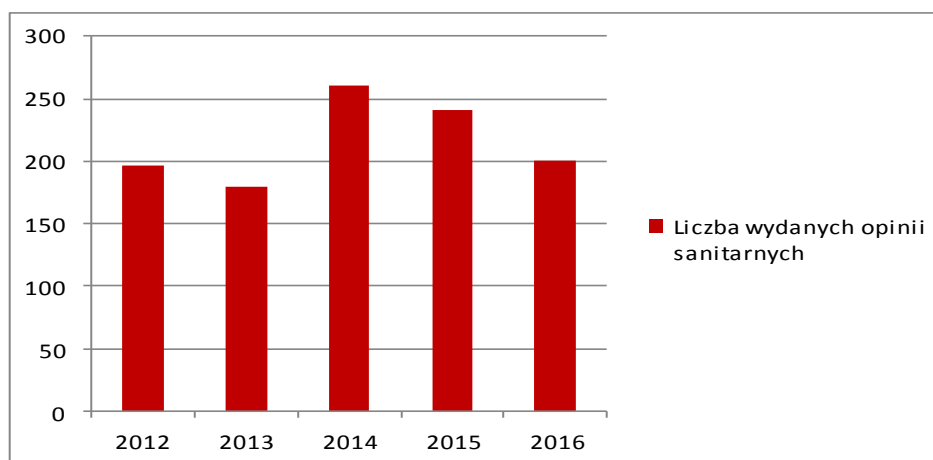
6. OCENA STANU SANITARNEGO PLACÓWEK OŚWIATOWO - WYCHOWAWCZYCH

6.1. WPROWADZENIE

W nadzorze Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży w roku 2016r. znajdowało się 2707 publicznych oraz niepublicznych placówek oświatowo – wychowawczych i opiekuńczych, w tym 2147 placówek stałych i 560 sezonowych (wypoczynku zimowego oraz letniego). Wśród nich są: żłobki, przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne, szkoły wyższe, placówki wychowania pozaszkolnego, placówki pobytu dziennego i całodobowego, bursy, internaty, schroniska i domy studenta.

W roku 2016 na terenie m. st. Warszawy pracownicy Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży przeprowadzili w ramach nadzoru sanitarnego 1378 kontroli, w tym 185 kontroli w ramach nadzoru nad placówkami wypoczynku dzieci i młodzieży.

Po znaczącym wzroście w roku 2014, liczba wydawanych przez Oddział opinii sanitarnych dla obiektów nowo otwieranych oraz rozszerzających działalność o nowe pomieszczenia nieznacznie spadła, jednak w dalszym ciągu utrzymuje się na wysokim poziomie – w roku 2016 wydano ich 200 (w roku 2015 - 241, 2014 – 261, 2013 – 179, 2012 – 196). Opiniowano różnego rodzaju placówki oświatowo-wychowawcze (głównie żłobki, punkty przedszkolne, przedszkola oraz placówki wsparcia dziennego ale także szkoły, pomieszczenia przeznaczone na kursy i szkolenia itp.).



Wykres 1. Liczba wydanych opinii sanitarnych na terenie m. st. Warszawy.

W roku 2016r. na terenie m.st. Warszawy zlikwidowano 23 placówki: 6 żłobków, 10 przedszkoli, 1 szkołę podstawową, 2 gimnazja, 2 zespoły szkół, 2 licea ogólnokształcące.

6.2. DZIAŁALNOŚĆ REPRESYJNA

W wyniku postępowania pokontrolnego wydano 327 decyzji administracyjnych, w tym 195 zmieniających termin wykonania obowiązków. Nałożono 25 mandatów karnych na kwotę 6 950 zł.

Decyzje dotyczyły:

- 1) złego stanu technicznego:
 - a) dróg, dojazdów, ogrodzeń, placów zabaw, placów rekreacyjnych, boisk sportowych;
 - b) ciągów komunikacyjnych w budynkach (podłogi, schody, zabezpieczenia kaloryferów);
 - c) sal lekcyjnych i innych sal zajęć dla dzieci i młodzieży;
 - d) elewacji budynku;
 - e) stolarki drzwiowej i okiennej;
 - f) oświetlenia;
 - g) nawierzchni tarasów;
- 2) dostosowania mebli i posiadania przez placówki certyfikowanych mebli oraz sprzętu sportowego;
- 3) stanu sanitarnohigienicznego toalet, w tym sprawności technicznej armatury oraz wyposażenia w środki higieniczne;
- 4) warunków do prowadzenia zajęć WF;
- 5) zapewnienia wentylacji;
- 6) zapewnienia prawidłowego przechowywania leżaków i pościeli;
- 7) oznakowania ręczników, pościeli i przyborów do mycia zębów;
- 8) zabezpieczenia otwartych przestrzeni pomiędzy biegami schodów i zabezpieczenia poręczy przed zsuwaniem się po nich uczniów;
- 9) zaprzestania prowadzenia zajęć w pomieszczeniach niespełniających wymagań w zakresie:
 - a) wysokości;

- b) wentylacji;
 - c) zapewnienia odpowiednich standardów dostępności do urządzeń sanitarnych;
 - d) zapewnienia odpowiednich warunków sanitarno – technicznych w toaletach;
- 10) zaprzestania prowadzenia zajęć w pomieszczeniach, w których prowadzono prace remontowe oraz nie zapewniono prawidłowych warunków technicznych;
- 11) zaprzestania prowadzenia zajęć w pomieszczeniach, w których nie zapewniono odpowiednich warunków technicznych i sanitarnych;
- 12) zapewnienia prawidłowej i stałej temperatury ciepłej bieżącej wody przy urządzeniach sanitarnych dla dzieci.

W roku 2016 do Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży wpłynęło 98 interwencji, z czego: 36 – uzasadnionych, 62 – nieuzasadnionych.

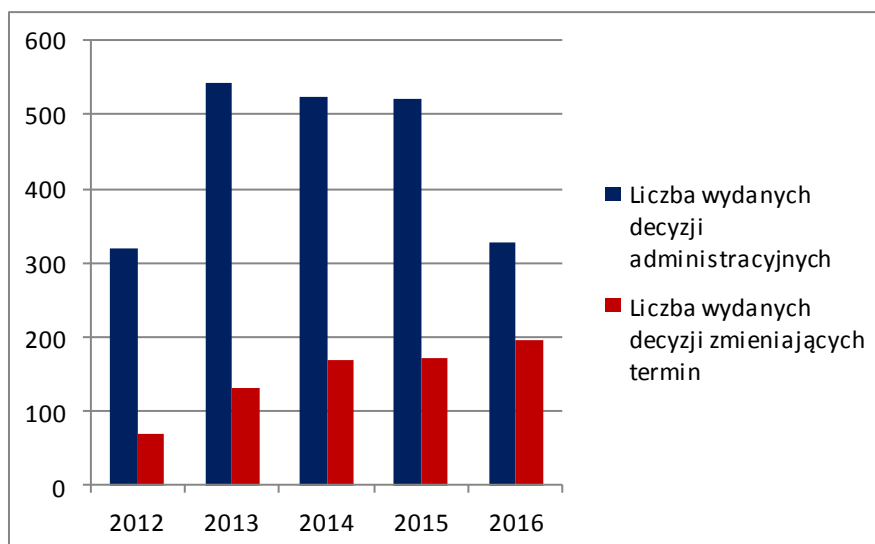
Interwencje dotyczyły:

- 1) złego stanu sanitarnohigienicznego oraz technicznego w placówkach np. sal dydaktycznych, sanitariatów, Sali gimnastycznej, szatni, i terenu placówki (boiska, place zabaw, drogi i przejścia);
- 2) niezachowania warunków bezpieczeństwa pomieszczeń w tym niedostosowania funkcjonalnego;
- 3) sprzętu i wyposażenia placówek (ergonomii mebli i innych sprzętów);
- 4) nieprzymocowania na stałe sprzętów do podłoża;
- 5) niewłaściwego przechowywania leżaków i pościeli;
- 6) niewłaściwych warunków mikroklimatu (wietrze, temperatura, nieprzyjemny zapach, niewłaściwa wentylacja pomieszczeń);
- 7) braku dostępu lub braku zachowania standardów dostępności do urządzeń sanitarnych;
- 8) braku bieżącej ciepłej wody oraz braku środków higieny osobistej w toaletach dla uczniów;
- 9) niewłaściwej higieny procesu nauczania;
- 10) występowania zachorowań w placówkach: wszawicy, owsicy, świerzbu, infekcji wirusowych, chorób zakaźnych wieku dziecięcego;
- 11) obecności gryzoni, prusaków, innych insektów w placówkach;

- 12) uciążliwości w wyniku prowadzonych remontów, w tym: zapachowe i pyłowe, niezachowania standardów dostępności do urządzeń sanitarnych oraz limitów powierzchniowych, z powodu wyłączenia z użytkowania części pomieszczeń;
- 13) palenia tytoniu na terenie placówek;
- 14) prowadzenia placówek bez stosownych zezwoleń, np. opinii sanitarnej, decyzji zatwierdzającej, zgłoszenia wypoczynku do Mazowieckiego Kuratorium Oświaty i bazy Ministerstwa Edukacji Narodowej;
- 15) negatywnego oddziaływania na środowisko naturalne projektowej stacji bazowej telefonii komórkowej.

6.3. WARUNKI SANITARNOHIGIENICZNE I TECHNICZNE

Na terenie m. st. Warszawy wiele placówek funkcjonuje w starych budynkach (z lat sześćdziesiątych, ale również z okresu przed i powojennego), co ma ujemny wpływ na ogólny stan techniczny budynków przeznaczonych na cele opiekuńcze oraz oświatowo-wychowawcze. W roku 2016 na 467 skontrolowanych placówek stwierdzono 38 budynków w złym stanie technicznym. Stan taki jest spowodowany brakiem środków finansowych na przeprowadzanie remontów przyznawanych przez organ prowadzący, jakim jest Miasto Stołeczne Warszawa, przesuwanie prac remontowych na kolejne lata (bardzo częste są prośby o prolongaty terminu wykonania obowiązków wynikających z decyzji administracyjnych). W porównaniu z latami ubiegłymi, po nagłym wzroście liczby wydanych decyzji administracyjnych, nakazujących doprowadzenie obiektów do właściwego stanu technicznego i sanitarnohigienicznego (2013 - 543 decyzje, w 2014 - 524 decyzje i w 2015 – 522 decyzje), w roku 2016 zmniejszyła się liczba wydanych decyzji do 327.



Wykres 2. Liczba wydanych decyzji administracyjnych i decyzji zmieniających terminy na terenie m. st. Warszawy.

Powodem takiego stanu rzeczy, jest najprawdopodobniej zwiększenie nakładów finansowych przekazywanych przez Urząd Miasta Stołecznego Warszawy na przeprowadzanie bieżących i generalnych remontów w placówkach oświatowych, mających na celu polepszenie stanu technicznego budynków.

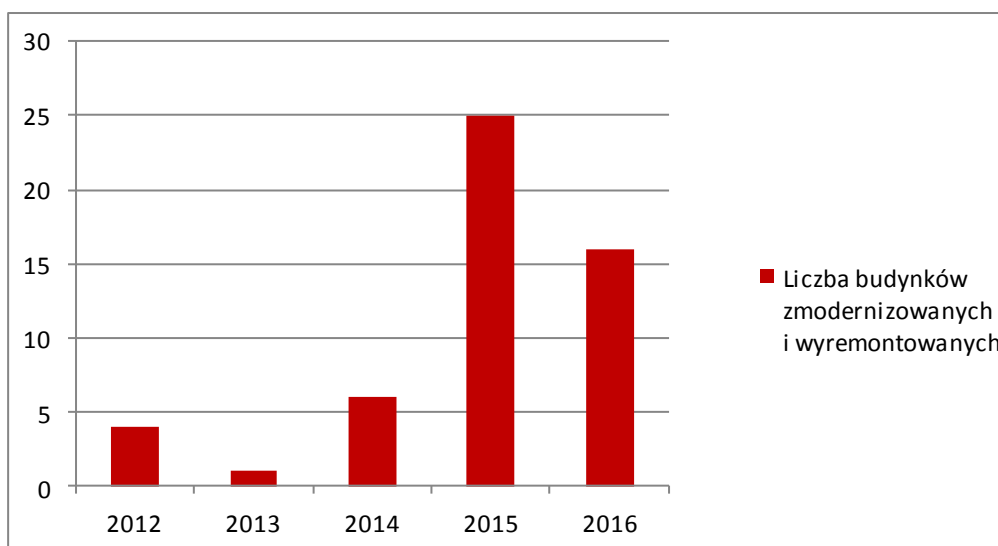
Sytuacja związana ze stanem technicznym w budynkach oświatowych, nadal jednak wymaga monitorowania, gdyż przekazywane środki finansowe są ciągle niewystarczające w stosunku do potrzeb remontowych placówek.

Niewystarczające środki finansowe powodują nieterminowe realizowanie obowiązków zawartych w wydanych decyzjach administracyjnych oraz konieczność przedłużania terminów, co skutkuje ciągłym pogorszaniem się stanu technicznego w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt dzieci i młodzieży. W porównaniu z latami ubiegłymi widoczny jest sukcesywny wzrost liczby wydawanych decyzji zmieniających terminy - w roku 2012 wydano ich 68, w kolejnych latach: 2013 – 131 decyzji, 2014 – 168 decyzji, 2015 – 172 decyzji, natomiast w roku 2016 – 195 decyzji. (wykres 2)

W Warszawie nadal istnieją placówki oświatowo-wychowawcze i opiekuńcze zlokalizowane w budynkach bez wodociągu podłączonego do sieci miejskiej, z własnym ujęciem wody oraz takie, które nie posiadają podłączenia do sieci kanalizacyjnej miejskiej. Są to placówki utworzone na terenach dotychczas nie uzbrojonych w sieć wodociągową miejską, położone na terenach, gdzie nie została

doprowadzona sieć kanalizacyjna miejska lub brak jest możliwości jej podłączenia ze względu na odległość od terenu ścisłej zabudowy. Dzielnice, na terenie których stwierdzono brak podłączenia placówek do sieci wodociągowej i kanalizacyjnej miejskiej to Wawer, Białołęka oraz Rembertów. Liczba placówek nie posiadających podłączenia do kanalizacji miejskiej i sieci wodociągowej w roku 2016 nieznacznie wzrosła, ze względu na wydane opinie sanitarne dla nowo utworzonych placówek.

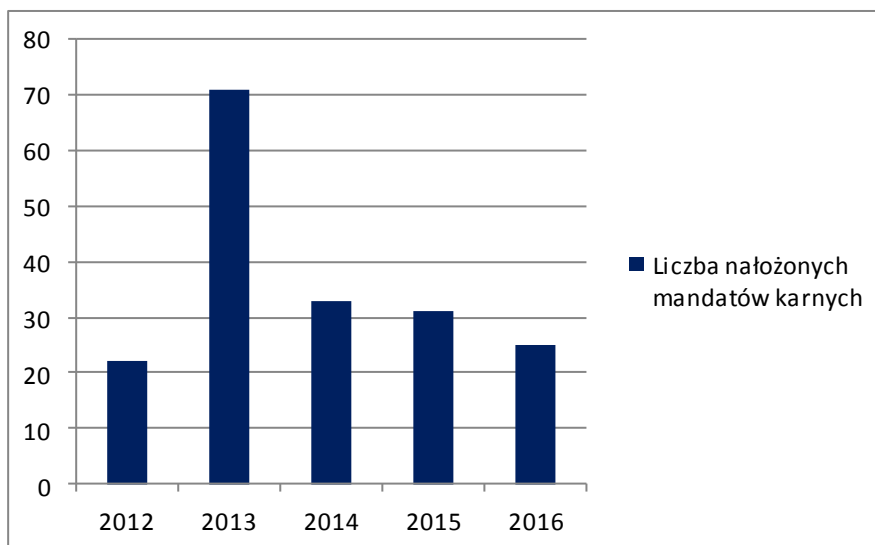
W porównaniu z rokiem 2015 zmniejszyła się liczba rozbudowywanych, modernizowanych lub remontowanych w sposób generalny budynków należących do placówek oświatowo-wychowawczych - w 2016 było ich 16 (w tym zmodernizowano 2 boiska szkolne/place zabaw, 2 bloki żywieniowe oraz oddano użytku 1 nowe boisko szkolne/plac zabaw), natomiast w 2015 roku było ich aż 25 (w tym zmodernizowano 1 blok sportowy, 19 boisk i placów zabaw), co mimo wszystko nadal jest niewystarczające w stosunku do potrzeb warszawskich placówek. W roku 2014 odnotowaliśmy 6 takich budynków, w 2013r. wykazano 1 taką placówkę, w 2012 było ich na terenie m. st. Warszawy 4. Na podstawie ww. danych należy jednak stwierdzić, że od roku 2015 znacznie wzrosła liczba placówek, w których prowadzone były prace w powyższym zakresie, co wpływa na poprawę warunków pobytu dzieci i młodzieży.



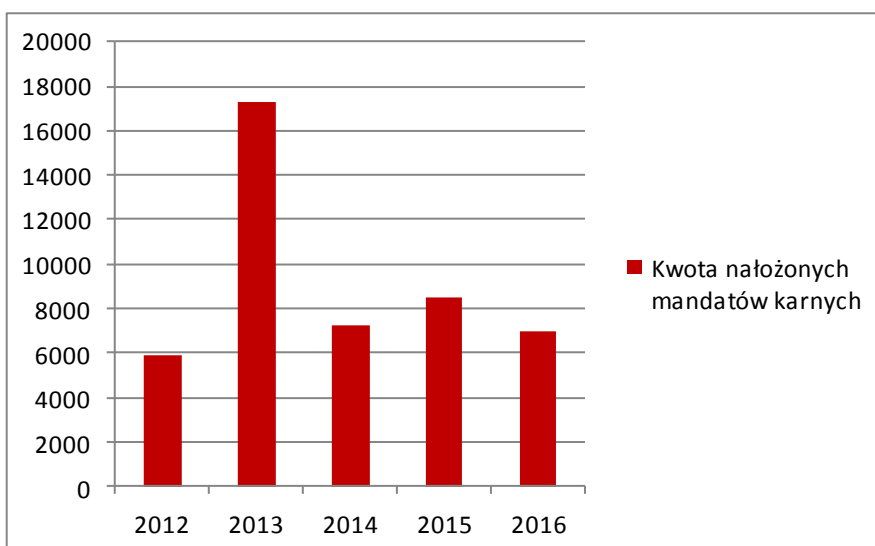
Wykres 3. Liczba budynków zmodernizowanych oraz po remontach generalnych na terenie m. st. Warszawy.

Dzięki działaniom Oddziału Higieny Dzieci Młodzieży wyraźnie uległ poprawie stan porządkowy i higieniczny w kontrolowanych placówkach. Świadczy o tym liczba

nakładanych mandatów - w porównaniu z rokiem 2013 (71 mandatów na kwotę 17300zł), w latach 2014 i 2015 liczba mandatów wyraźnie spadła, w 2014r. nałożono ich 33 na kwotę 7200 zł, w roku 2015 – 31 na kwotę 8500, w roku 2016 - 25 na kwotę 6950 zł.



Wykres 4. Liczba nałożonych mandatów karnych w placówkach oświatowych na terenie m. st. Warszawy.



Wykres 5. Kwota nałożonych mandatów karnych.

Od 2009 roku Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży pełni wzmożony nadzór nad warunkami do utrzymania higieny osobistej w szkołach. Dzięki temu w większości placówek stwierdzono właściwe warunki: w pomieszczeniach sanitarnych znajdowało się mydło w płynie, papier toaletowy oraz ręczniki papierowe lub suszarki do rąk.

Nieliczne nieprawidłowości dotyczyły braku ciepłej wody, złego stanu technicznego pomieszczeń sanitarnych, zaniedbań czystości i porządku. W roku 2016 tylko w 1 placówce na 467 skontrolowanych stwierdzono niezachowanie standardów dostępności do urządzeń sanitarnych. W pozostałych placówkach w pomieszczeniach sanitarnych liczba urządzeń sanitarnych była wystarczająca w stosunku do liczby uczniów z nich korzystających;

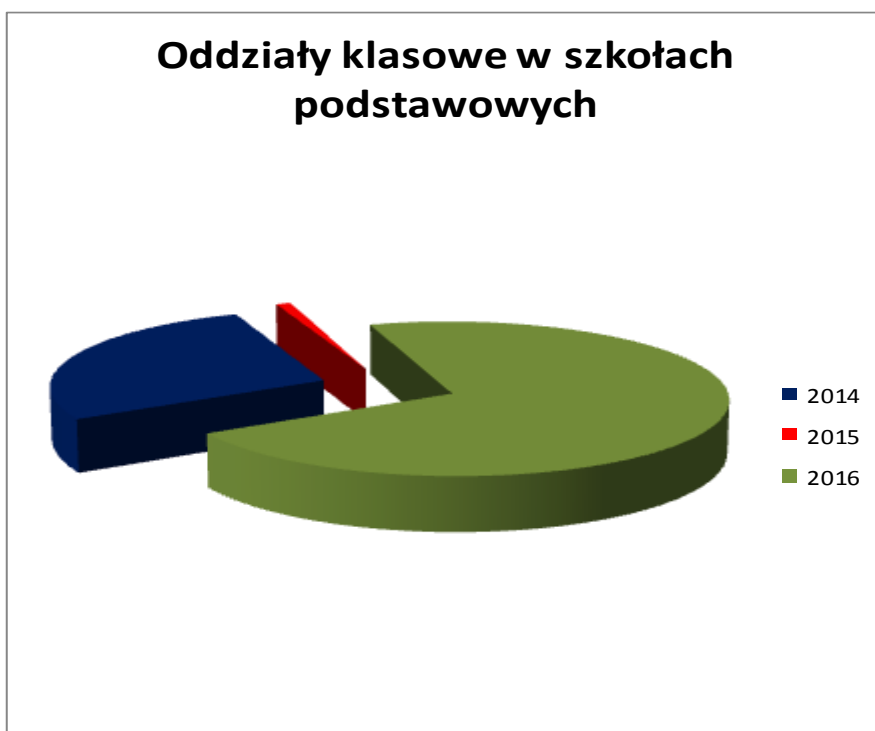
W 2016 roku przeprowadzono ocenę warunków pobytu dzieci 5-6 letnich w tzw. oddziałach „zerowych” w placówkach oświatowych funkcjonujących samodzielnie lub w zespołach szkół. W ewidencji Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie mamy 1247 takich placówek, skontrolowano 296 z nich, ustalając, że w 129 przedszkolach i szkołach podstawowych funkcjonują oddziały „zerowe”. W trakcie kontroli stwierdzono, że w 129 (100%) zapewniono właściwą infrastrukturę i wyposażenie pomieszczeń przeznaczonych do użytkowania przez oddziały „zerowe”.

6.4. ANALIZA W ZAKRESIE HIGIENY PROCESÓW NAUCZANIA

Kontrola dostosowania mebli do wzrostu uczniów w 2016r. przeprowadzona została w publicznych oraz niepublicznych przedszkolach, szkołach podstawowych i gimnazjach. Dobór mebli do wzrostu uczniów jest niezwykle istotny, szczególnie dla uczniów szkół podstawowych oraz gimnazjalistów, którzy są w okresie intensywnego rozwoju fizycznego i ostatecznego kształtowania się układu kostnego. Liczba dzieci ze stwierdzonymi wadami postawy wskazuje na niewłaściwe warunki nauki a także niekorzystny tryb życia uczniów po zajęciach szkolnych (dodatkowe zajęcia edukacyjne i brak aktywności fizycznej). W porównaniu z rokiem 2015 nastąpiło pogorszenie warunków w zakresie dostosowania mebli do wzrostu dzieci w przedszkolach i szkołach podstawowych – meble niedostosowane odnotowano w przypadku grup przedszkolnych – w 1,38% placówek, w przypadku szkół podstawowych – 12,22%.



Wykres 6. Odsetek korzystających dzieci z mebli niedostosowanych do ich wzrostu w przedszkolach.



Wykres 7. Odsetek korzystających uczniów z mebli niedostosowanych do ich wzrostu w szkołach podstawowych.

Zaobserwowana sytuacja wynika, z braku środków finansowych na zakup nowych mebli, które umożliwiłyby prawidłowe dostosowanie do wzrostu dzieci (w niektórych placówkach wykorzystywane są meble, które nie spełniają Polskiej Normy). Powodem wzrostu odsetka korzystających z mebli niedostosowanych do wzrostu uczniów jest również nieznanostwo zasad prawidłowego dostosowania mebli do wymagań ergonomii przez nauczycieli oraz pozostałych pracowników przedszkoli i szkół. Bardzo często powodem niedostosowania mebli nie jest brak wyposażenia placówek w odpowiednią ilość rozmiarową mebli, lecz brak prawidłowego skompletowania mebli oraz brak prowadzenia bieżącej dokumentacji z zapisami wzrostów dzieci i przypisanymi rozmiarami mebli dla każdego dziecka.

Ocenę rozkładu zajęć lekcyjnych przeprowadzono w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. W roku sprawozdawczym nie odnotowano nieprawidłowości w rozkładach zajęć lekcyjnych, co w porównaniu z latami ubiegłymi wykazuje poprawę. W latach ubiegłych odnotowywano pojedyncze nieprawidłowości w zakresie równomiernego obciążenia zajęciami w poszczególnych dniach tygodnia.

Problem zmienności w szkołach podstawowych w dalszym ciągu utrzymuje się na wysokim poziomie. Z zebranych danych wynika, że w porównaniu z latami ubiegłymi, nadal występuje duża liczba placówek wprowadzających system zmianowy, w celu uniknięcia nadmiernego zagęszczenia uczniów w klasach.

Tabela 1. Liczba szkół pracujących w systemie zmianowym w m. st. Warszawie.

Szkoły pracujące w systemie zmianowym:	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016
Szkoły podstawowe	39	29	39
Gimnazja	0	0	6
Szkoły ponadgimnazjalne	0	0	0
Zespoły szkół	12	11	14
RAZEM	51	40	59

W m. st. Warszawie sukcesywnie wzrasta liczba dzieci, co powoduje nadmierne zagęszczenie dzieci i młodzieży w salach w placówkach oświatowych i opiekuńczych. Problem ten wynika z braku zapewnienia wystarczającej bazy lokalowej na terenach nowo powstałych osiedli Warszawy.

6.5. OCENA PRZEBIEGU WYPOCZYNKU LETNIEGO I ZIMOWEGO DZIECI I MŁODZIEŻY

W związku ze zmianą przepisów dotyczących wypoczynku dzieci i młodzieży, od 2010r. przed rozpoczęciem akcji letniej i zimowej Państwowa Inspekcja Sanitarna nie kwalifikuje już obiektów przeznaczonych na wypoczynek dzieci i młodzieży. Taka sytuacja sprzyja organizowaniu wypoczynku w obiektach nie spełniających wymagań dla tego rodzaju placówek.

W roku sprawozdawczym wypoczynek dzieci i młodzieży zorganizowano w 560 placówkach. Podczas trwania wypoczynku przeprowadzono 185 kontroli w 185 Placówkach.

W roku 2016 Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży przeprowadził 5 kontroli interwencyjnych w placówkach wypoczynku, w tym 3 interwencje odnotowano jako uzasadnione. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli interwencyjnych dotyczyły głównie braku zapewnienia prawidłowych warunków technicznych i sanitarnohigienicznych. Ww. placówki prowadziły wypoczynek okazjonalnie, w pomieszczeniach nie spełniających wymagań dla tego rodzaju działalności. Osoby odpowiedzialne za przestrzeganie wymagań, zostały ukarane mandatami karnymi i zrezygnowały z prowadzenia zajęć w ww. pomieszczeniach.

Na terenie m. st. Warszawy wypoczynek odbywa się w większości przypadków w obiektach znajdujących się pod stałym nadzorem Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży, dlatego też zarówno zimą, jak i latem, podczas kontroli w trakcie trwania wypoczynku, nie stwierdzono nieprawidłowych warunków w takich placówkach. W ogólnej ocenie wypoczynek zimowy i letni na terenie m. st. Warszawy przebiegał bez zastrzeżeń, poza placówkami, w których przeprowadzano kontrole interwencyjne.

6.6. NADZÓR NAD SZKOŁAMI WYŻSZYMI

Na terenie m. st. Warszawy pod nadzorem Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży znajduje się stosunkowo niewielka liczba szkół wyższych (30) w porównaniu z innymi rodzajami placówek szkolnych, jednak funkcjonują one w kilkakrotnie większej liczbie obiektów (102). W roku 2016 przeprowadzono 14 kontroli w szkołach wyższych. Nie nałożono natomiast mandatów karnych za uchybienia higieniczno – sanitarne.

Szkoły wyższe niepubliczne z reguły mieszczą się w budynkach nowych bądź wyremontowanych. Natomiast szkoły państwowe, takie jak Uniwersytet Warszawski, Politechnika Warszawska czy Akademia Wychowania Fizycznego zlokalizowane są na ogół w budynkach starych, często zabytkowych – znajdujących się pod nadzorem konserwatora zabytków, co utrudnia wyegzekwowanie właściwego stanu technicznego, często jest to wręcz niemożliwe (np. w przypadku braku wentylacji w salach wykładowych).

6.7. MONITORING PRZESTRZEGANIA PRZEPISÓW USTAWY ANTYNIKOTYNOWEJ

W ramach sprawowanego nadzoru bieżącego nad placówkami oświatowymi, monitorowano działania w zakresie promocji zdrowia zgodnie z Ustawą z dnia 09.11.1995r. w roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z1996r. Nr 69, poz. 332 z późn. zm.). W każdej kontrolowanej placówce sprawdzano, czy przestrzegane są przepisy ww. ustawy.

W roku sprawozdawczym w ramach działań w ww. zakresie, upoważnieni przedstawiciele Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie za brak wywieszonego w widocznym miejscu oznaczenia słownego i graficznego informującego o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych na właścicieli placówek nałożyli 2 grzywny w postaci mandatów karnych na łączną kwotę 650zł.. W pozostałych skontrolowanych placówkach oświatowo – wychowawczych przestrzegany był całkowity zakaz palenia oraz w widocznych miejscach wywieszone były oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych.

6.8. WSZAWICA

Wszawica, świerzb, owsica zaliczane są pod względem medycznym do grupy inwazji pasożytami i nie znajdują się obecnie w wykazie chorób zakaźnych stanowiącym załącznik do obowiązującej ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r., o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r., poz. 1866), w związku z czym problem zwalczania tych chorób został obecnie przesunięty z działań o charakterze przeciwepidemicznym, dla których prowadzenia właściwa jest Państwowa Inspekcja Sanitarna, na działania leżące w zakresie działań instytucji opiekuńczo - wychowawczych i pomocy społecznej.

W porównaniu z rokiem ubiegłym sytuacja w zakresie występowania wszawicy w placówkach oświatowych nie uległa poprawie. W dalszym ciągu pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie odnotowują liczne zgłoszenia występowania przypadków wszawicy w przedszkolach, szkołach i żłobkach. Powodem utrzymującego się problemu jest brak współpracy rodziców w zakresie jednoczesowego czyszczenia głów wszystkich dzieci i domowników oraz nieprzyrowadzania dzieci do placówek z nie dokończonym procesem leczenia.

W przypadkach zgłaszania przez rodziców problemu wszawicy, pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie przekazują materiały informacyjne na temat radzenia sobie z wszawicą. Ponadto pracownicy Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży informują rodziców zgłaszających problem o konieczności przeglądu czystości głów wszystkich domowników oraz niezbędnych działaniach profilaktycznych mających na celu zapobieganie dalszemu rozprzestrzenianiu się choroby.

6.9. WNIOSKI

- 1) W wyniku prowadzonego nadzoru, widoczny jest od wielu lat problem braku środków finansowych będących w dyspozycji placówek publicznych, które mogłyby przeznaczyć je na poprawę warunków technicznych użytkowanych budynków (remonty, prace konserwatorskie, wymianę wyposażenia). Jest to jedyny powód przedłużania terminów wykonania nakazów decyzji administracyjnych;

- 2) Liczba wniosków o wydanie opinii sanitarnych wpływających do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie nadal utrzymuje się na wysokim poziomie. Wszystkie wnioski są rozpatrywane w oparciu o obowiązujące przepisy prawa materialnego. Podczas kontroli stwierdza się wielokrotnie brak spełnienia wymogów określonych w ww. przepisach;
- 3) Wzrosła liczba kontroli interwencyjnych. W części przeprowadzanych kontroli interwencyjnych stwierdzano niewłaściwe warunki sanitarnohigieniczne i techniczne oraz wszczynano postępowania administracyjne, co skutkowało poprawą warunków pobytu dzieci w placówkach;
- 4) Pogorszeniu uległa sytuacja w zakresie dostosowania mebli edukacyjnych do wymagań ergonomii w przedszkolach i szkołach. Dla poprawy sytuacji w ww. zakresie należałoby przeznaczać większe środki finansowe na zakup nowych mebli spełniających Polską Normę, co wyeliminowałoby z obrotu stare meble i pozwoliłoby na prawidłowe dostosowanie mebli do wymagań ergonomii. Ważne jest również wdrażanie procedur przez personel placówek w zakresie prowadzenia bieżącej dokumentacji z zapisami wzrostów dzieci i przypisanymi rozmiarami mebli dla każdego dziecka oraz bieżąca kontrola prawidłowego skompletowania i oznakowania mebli edukacyjnych;
- 5) Dzięki prowadzonemu przez Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży wzmożonemu nadzorowi nad warunkami do utrzymania higieny osobistej w szkołach, w większości placówek stwierdzono właściwe warunki: w pomieszczeniach sanitarnych znajdowało się mydło w płynie, papier toaletowy oraz ręczniki papierowe lub suszarki do rąk. Nieliczne nieprawidłowości dotyczyły braku ciepłej wody, złego stanu technicznego pomieszczeń sanitarnych, zaniedbań czystości i porządku.
- 6) Działania monitoringu przestrzegania ustawy antynikotynowej prowadzone od 2007r. doprowadziły do całkowitego przestrzegania zakazu palenia tytoniu w placówkach oświatowych, wychowawczych i opiekuńczych;
- 7) W zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży brak jest w dalszym ciągu przepisów prawa określających wymagania dotyczące dokumentacji medycznej do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników placówek oświatowych, wychowawczych i opiekuńczych;
- 8) Brak jest jasnych uregulowań prawnych, szczegółowych informacji odnośnie przepisów budowlanych oraz wymagań lokalowych i sanitarnych w stosunku

do przedszkoli, szkół, placówek opiekuńczo – wychowawczych, co utrudnia podejmowanie skutecznych działań zapewniających prawidłowe warunki pobytu dzieci i młodzieży;

- 9) Nie uległa poprawie sytuacja lokalowa alternatywnych form wychowania przedszkolnego, niepublicznych żłobków i klubów dziecięcych, które zlokalizowane są przeważnie w zaadaptowanych pomieszczeniach domów jednorodzinnych lub mieszkań prywatnych. W skład ww. placówek wchodzi zazwyczaj jedna lub więcej grupa dziecięca, szatnia, kuchnia, w której zlokalizowana jest rozdzielnia posiłków, wc (często wspólne dla personelu i dzieci). Inwestorzy nie prowadzą żywienia zbiorowego, mają podpisane umowy z firmami cateringowymi. W sąsiedztwie najczęściej brak jest miejsca do prowadzenia zajęć ruchowo-rekreacyjnych na zewnątrz budynku – brak jest jasnych uregulowań prawnych w powyższym zakresie;
- 10) Zastosowane metody pracy i konsekwentne egzekwowanie wydanych w decyzjach administracyjnych nakazów, dotyczących stanu sanitarno-technicznego nadzorowanych placówek prowadzi do poprawy warunków pobytu dzieci i młodzieży w podległych obiektach.

7. DZIAŁALNOŚĆ OPINIODAWCZA W ZAPOBIEGAWCZYM NADZORZE SANITARNYM

Oddział Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie w roku 2016 sprawował zapobiegawczy nadzór sanitarny na terenie m. st. Warszawy, którego celem było zapewnienie właściwego stanu sanitarnohigienicznego w realizowanych obiektach użyteczności publicznej, w zakładach produkcyjnych oraz w budynkach mieszkalnych a także dbałość o to aby obiekty mogące znacząco oddziaływać na środowisko nie powodowały zagrożenia i uciążliwości dla środowiska, w tym zdrowia i życia ludzi.

Zapobiegawczy nadzór sanitarny na terenie m. st. Warszawy, w szczególności, był realizowany poprzez zajmowanie stanowisk w zakresie zagadnień sanitarnohigienicznych:

- 1) przy uzgadnianiu dokumentacji projektowej, w tym: przy uzgadnianiu projektów budowlanych i wykonawczych, przy wydawaniu zgód na stosowanie recyrkulacji powietrza w pomieszczeniach przedsiębiorstw podmiotów leczniczych, określaniu warunków dla lokalizacji terenowych wyrzutni powietrza wentylacyjnego, przy wydawaniu zgody na sytuowanie nieskanalizowanego, tymczasowego ustępu publicznego na terenie skanalizowanym;
- 2) przy przekazywaniu do użytkowania nowych obiektów, w tym nowych obiektów budowlanych;
- 3) przy uzgadnianiu projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego;
- 4) w procedurze ocen oddziaływania na środowisko.

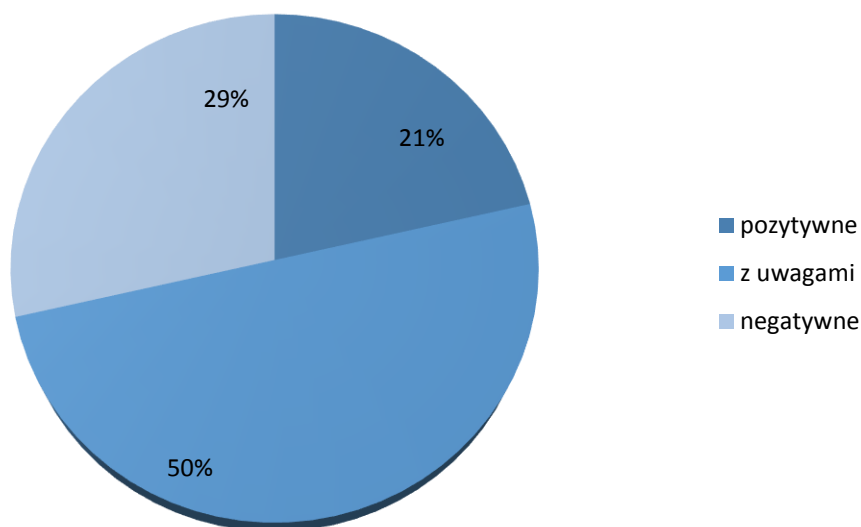
Wśród obiektów ocenianych w 2016r. pod względem spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych znalazły się między innymi takie obiekty jak: lokale publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych, obiekty oświaty, zespoły sportowo-rekreacyjne, apteki i hurtownie farmaceutyczne, zakłady gastronomiczne, budynki biurowe i biurowo-usługowe, budynki mieszkalne i mieszkalno-usługowe, hotele, centra handlowo-usługowe, stacje paliw, laboratoria badawcze, zakłady usługowe i produkcyjne.

Mając na uwadze ochronę zdrowia użytkowników ocenianych obiektów zwracano szczególną uwagę na takie zagadnienia jak:

- 1) zapewnienie możliwości utrzymywania prawidłowych warunków sanitarnohigienicznych w obiektach użyteczności publicznej;
- 2) zabezpieczenie możliwości zapewnienia właściwych warunków sanitarnohigienicznych do produkcji żywności;
- 3) zabezpieczenie możliwości zapewnienia właściwych warunków sanitarnohigienicznych do udzielania świadczeń zdrowotnych w obiektach podmiotów leczniczych;
- 4) zabezpieczenie możliwości zapewnienia właściwych warunków sanitarnohigienicznych dla udzielania świadczeń w zakresie opieki nad dziećmi oraz w placówkach oświatowych;
- 5) właściwa gospodarka wodno-ściekowa, w tym zaopatrzenie obiektów w wodę do spożycia o odpowiedniej jakości;
- 6) właściwa wymiana powietrza w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi;
- 7) ochrona ludzi przed nadmiernym hałasem i zanieczyszczeniem powietrza poprzez egzekwowanie rozwiązań technicznych, które zapewniają spełnienie obowiązujących przepisów określających najwyższe dopuszczalne stężenia i natężenia czynników szkodliwych dla zdrowia.

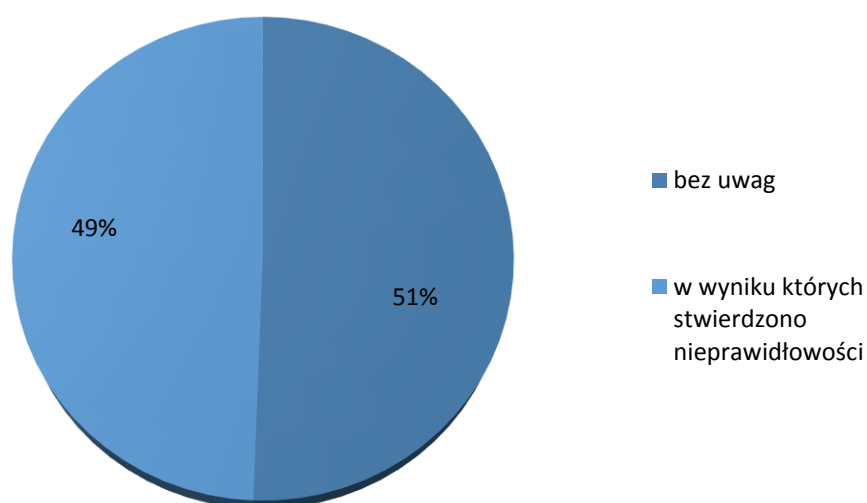
W 2016 roku w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wydano 79 decyzji dotyczących zgód na zastosowanie recyrkulacji powietrza w pomieszczeniach podmiotów leczniczych, w tym 8 negatywnych, 5 zgód na odprowadzenie powietrza wentylacyjnego wyrzutniami terenowymi oraz 1 zgodę na usytuowanie tymczasowego, nieskanalizowanego ustępu publicznego na terenie skanalizowanym.

Ocena przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych na etapie projektowania oparta była na analizie dokumentacji projektowej przedstawionej do uzgodnienia oraz analizie dokumentacji projektowej przedstawionej wraz z wnioskami o wydanie zgody na zastosowanie recyrkulacji powietrza w pomieszczeniach podmiotów leczniczych. Wydano 42 opinie, w tym 21 z uwagami i 12 negatywnych.



Wykres 1. Opinie o projektach.

Ocena warunków sanitarnohigienicznych dotycząca nowych obiektów, w tym obiektów budowlanych nowo wybudowanych między innymi takich jak: budynki biurowe, obiekty usługowe i handlowe, w tym apteki i hurtownie farmaceutyczne, budynki mieszkalne, budynki produkcyjne, obiekty infrastruktury oparta była na wynikach przeprowadzonych kontroli. W roku 2016 skontrolowano 375 obiektów, w których przeprowadzono 504 kontrole. W 217 obiektach stwierdzono nieprawidłowości. Pozytywnie zaopiniowano 42 lokale nowych aptek i hurtowni farmaceutycznych oraz 313 przekazywanych do użytkowania obiektów budowlanych. Ponadto w postępowaniach w sprawie dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania lub wydawania opinii o lokalach aptek i hurtowni farmaceutycznych 286 razy wnoszono uwagi do realizacji kontrolowanych obiektów bądź wzywano inwestorów do uzupełnienia brakujących dokumentów.



Wykres 2. Kontrole w obiektach.

W celu zapewnienia zdrowych warunków życia mieszkańcom Warszawy oraz osobom przebywającym w mieście czy to z tytułu wykonywania pracy, czy też turystycznie przy uzgadnianiu/opiniowaniu projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz uzgadnianiu uwarunkowań środowiskowych dla przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko zwracano szczególną uwagę na:

- 1) zabezpieczenie ludzi przed hałasem (hałas lotniczy, hałas komunikacyjny, hałas przemysłowy);
- 2) zabezpieczenie ludzi przed zanieczyszczeniami pyłowymi i gazowymi;
- 3) zapewnienie prawidłowej gospodarki wodno – ściekowej, w tym zaopatrzenie ludności w wodę do spożycia o odpowiedniej jakości i w odpowiedniej ilości;
- 4) zapewnienie właściwej gospodarki odpadami;
- 5) ochronę terenów rekreacyjnych;
- 6) ochronę sytemu wymiany powietrza w mieście.

Wydano 34 stanowiska w postępowaniach dotyczących projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, w tym 12 razy zgłaszano zastrzeżenia co do przyjętych rozwiązań projektowych. Dla 18 projektów planów określono zakres i stopień szczegółowości informacji wymaganych w prognozach oddziaływania na środowisko. Wydano 286 stanowisk w postępowaniach prowadzonych w ramach ocen oddziaływania na środowisko (237 stanowisk w procedurze screeningu, w tym

37 z uwagami do przedstawionych kart informacyjnych przedsięwzięć; 49 na etapie uzgadniania warunków realizacji przedsięwzięć mogących oddziaływać na środowisko, w tym 10 z uwagami do przedstawionych raportów o oddziaływaniu na środowisko).

W odniesieniu do 57 przedsięwzięć uznano za konieczne przeprowadzenie postępowania w sprawie ocen oddziaływania na środowisko.

Ogółem w roku 2016 Oddział Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego zajmował stanowisko 1745 razy, w tym w 302 przypadkach wydano opinie negatywne lub zgłaszano uwagi i 121 razy wzywano petentów do uzupełnienia składanych wniosków lub przedstawionych dokumentacji. W stosunku do roku 2015 wzrosła o ok. 10% zarówno ogólna liczba zajętych stanowisk jak i liczba stanowisk negatywnych.

8. DZIAŁALNOŚĆ PROMOCJI ZDROWIA

8.1. Wstęp

Oddział Promocji Zdrowia, zgodnie z art. 6 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985r. z późn. zm., jest zobligowany m. in. do koordynacji i nadzoru działalności oświatowo- zdrowotnej w celu kształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych w różnych środowiskach. Działania te realizowane były w 2016r. w oparciu o wytyczne Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie, założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, sytuację epidemiologiczną Warszawy oraz pozyskane informacje w ramach prowadzonej diagnozy o problemach i potrzebach lokalnych środowisk, szczególnie w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz podmiotach leczniczych w zakresie edukacji zdrowotnej.

8.1.1. Podmioty objęte oddziaływaniem

Grupa objęta działaniami to mieszkańcy Warszawy – 1 665 383 osób zorganizowana w następujących środowiskach:

- 1) Placówki oświatowo-wychowawcze w tym:
 - a) Przedszkola (w tym niepubliczne) 715 (366),
 - b) Zespoły przedszkolne 110,
 - c) Szkoły podstawowe (w tym niepubliczne) 312(134),
 - d) Gimnazja (w tym niepubliczne) 221(86),
 - e) Licea ogólnokształcące (w tym niepubliczne) 163 (66),
 - f) Technika (w tym niepubliczne) 52 (8),
 - g) Zasadnicze szkoły zawodowe 20,
 - h) Szkoły specjalne 45,
 - i) Szkoły wyższe 160,
 - j) Bursy i internaty 7,
 - k) Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze 4,
 - l) Specjalny Ośrodek Szkłono – wychowawczy,
 - m) Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii ze szkołami 7,
 - n) Schronisko Młodzieżowe.

- 2) Zakłady Opieki Zdrowotnej w tym:
 - a) Podmioty lecznicze (z wyłączeniem szpitali) 2058,
 - b) Szpitale 80,
- 3) Inne, w tym m. in. zakłady pracy:
 - a) Ognisko Pracy Pozaszkolnej 8.

8.1.2. ZADANIA OŚWIATOWE BYŁY REALIZOWANE PRZEZ 7 PRACOWNIKÓW OPZ (12 ZATRUDNIONYCH) PRZYGOTOWANYCH MERYTORYCZNIE DO ICH WDRAŻANIA, POSIADAJĄCYCH KIERUNKOWE WYKSZTAŁCENIE ORAZ W WIĘKSZOŚCI DODATKOWE KWALIFIKACJE (SPECJALIZACJA LUB/I STUDIA PODYPLOMOWE).

8.1.3. Zgodnie z przyjętymi procedurami obowiązującymi w działalności OZP realizacja wszystkich programów opiera się na jednakowym schemacie metodologicznym i obejmuje następujące etapy postępowania:

- 1) OFERTA - przekazanie propozycji programów(deklaracja) do placówek, do realizacji których jest on adresowany (określony typ placówek oświatowo - wychowawczych);
- 2) DEKLARACJA - podpisana przez dyrektora placówki, tym samym zgoda na udział w programie, ze wskazaniem koordynatora szkolnego odpowiedzialnego za jakość wdrażanego programu;
- 3) SZKOLENIA - dla koordynatorów szkolnych z zakresu merytorycznego uzasadnienia problemu obejmującego program oraz metodyki jego wdrażania (w trakcie szkolenia - przekazanie materiałów zawierających treści objętych szkoleniem);
- 4) WIZYTACJE - weryfikacja wdrażanego programu w danej placówce zgodnie z harmonogramem wizytacji;
- 5) SPRAWOZDANIE – ocena wdrażanego programu zgodnie z opracowanym drukiem sprawozdawczym, w którym zawarte są m. in. uwagi, wnioski i propozycje zmian, które zdaniem koordynatora szkolnego należałoby wprowadzić.

8.2. DIAGNOZA W ZAKRESIE STANU ZAGROŻEŃ I POTRZEB EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Wykorzystując obowiązujący dokument podczas przeprowadzanych wizytacji pn. „Protokół z wizytacji w ramach diagnozy przedsięwzięć prozdrowotnych w placówce nauczania i wychowania”, pracownicy OPZ gromadzili na przestrzeni 5 lat informacje dotyczące zarówno dotychczas prowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, jak i problemów, które wymagają ich rozwiązania. Dane te pozwoliły zaobserwować trendy, jakie pojawiały się w danym środowisku dzieci i młodzieży, zaproponować pomoc w ich rozwiązaniu, wykorzystać również zalecane programy do zmian zachowań i negatywnych nawyków zdrowotnych. Wyniki tych obserwacji opisano i zdecydowano przedstawić władzom samorządowym celem podjęcia ewentualnych interwencji. Należy nadmienić, że w wyniku zmiany wytycznych z organu nadrzędnego, OPZ w 2016r. nie przeprowadzał „Diagnozy przedsięwzięć prozdrowotnych w placówce nauczania i wychowania”. Dokonywano ich natomiast w placówkach ochrony zdrowia.

Jednak analiza wieloletnich (5 lat) danych, uzyskanych podczas przeprowadzonych diagnoz w placówkach oświatowo – wychowawczych (611 placówek), zgłoszenia problemów w zakresie wszawicy, owsicy, lambliozy przez nauczycieli i rodziców oraz trendy rejestrowanych chorób zakaźnych wieku dziecięcego przez Oddział Epidemiologii, spowodowały podjęcie profesjonalnych działań poprzez stworzenie i wdrożenie w placówkach oświatowo-wychowawczych (przedszkola, szkoły podstawowe kl. I-III) programu edukacyjnego w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, pn. „Więcej wiem, mniej choruję”.

W 2016r., w I-m etapie wdrażania programu, dokonano:

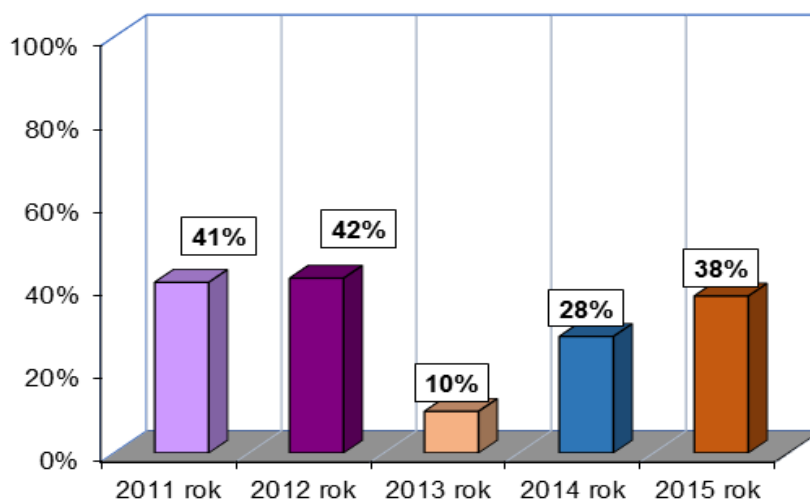
- 1) w dniu 30.11.2016 we współpracy z Urzędem Dzielnicy Targówek zorganizowano konferencję inauguracyjną program. W spotkaniu wzięło udział 100 osób. Wśród zaproszonych byli przedstawiciele rad rodziców szkół podstawowych, dyrektorzy przedszkoli i szkół podstawowych Dzielnicy Targówek oraz nauczyciele i pedagodzy. W czasie konferencji przeprowadzono 4 wykłady, jeden z nich dotyczył metodyki programu, pozostałe 3 skupiały się na charakterystyce chorób zakaźnych wieku dziecięcego oraz zasięgu i natężenia występowania poszczególnych jednostek chorobowych na terenie m.st. Warszawy. W czasie spotkania wydano gościom materiały akcydensowe

na temat chorób odzwierzęcych, szczepień ochronnych oraz chorób zakaźnych w podróży;

- 2) zaplanowano w 2 szkołach podstawowych oraz 2 przedszkolach realizację edycji pilotażowej;
- 3) uczestnikom konferencji rozdano wraz materiałami informacyjnymi deklarację przystąpienia do programu. Termin nadsyłania deklaracji wyznaczono do 31.01.2017r;
- 4) W ramach oceny metodyki wykorzystanej w scenariuszach programu „Więcej Wiem Mniej Choruję” wysłano 20.12.2016r. pismo do Warszawskiego Centrum Innowacji Edukacyjno-Społecznych i Szkoleń.

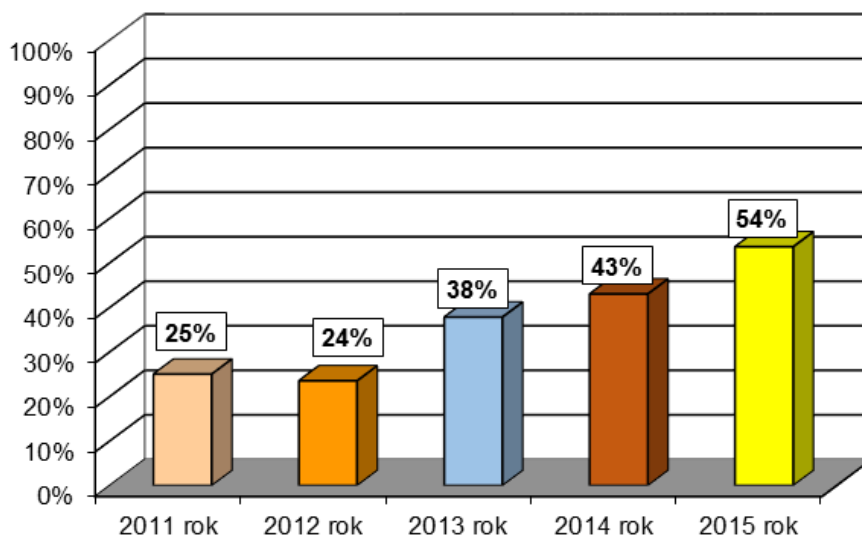
Po odbytej konferencji chęć przystąpienia do programu wyraziło 16 placówek (7 szkół podstawowych i 9 przedszkoli). Nabór trwa nadal.

Wykres nr 1 przedstawia wysoki stopień (ok.35-40%) występowania wszawicy w placówkach oświatowo-wychowawczych na przestrzeni kolejnych lat. Jednak należy zwrócić uwagę, że problemy zdrowotne w tym zakresie są zróżnicowane w różnych grupach wiekowych, czego przykładem jest 10% występowanie wszawicy w 2013r., bowiem w tym roku diagnozy w przedszkolach i szkołach podstawowych nie były przeprowadzane.



Wykres 1. Odsetek placówek, które potwierdziły występowanie problemu z wszawicą.

Porównując wyniki Diagnoz na przestrzeni pięciu lat (wykres nr 2), stwierdza się występowanie chorób zakaźnych (w tym: choroby brudnych rąk, pasożytniczych, odzwierzęcych i inne) w wizytowanych placówkach na terenie m.st. Warszawy wzrasta. Szczegółowe dane zaprezentowane są na poniższym wykresie.



Wykres 2. Odsetek placówek, które potwierdziły występowanie problemu z chorobami zakaźnymi.

Najczęściej diagnozowane problemy zdrowotne zaklasyfikowano do ośmiu większych grup i są to: używki – styczność uczniów z alkoholem, tytoniem, narkotykami i innymi środkami psychoaktywnymi w tym „dopalaczami”; środowiskowe problemy zdrowotne, tj. wady postawy, wzroku, słuchu i innych narządów; żywienie dzieci i młodzieży – niedożywienie, otyłość, anoreksja, bulimia; kolejną z diagnozowanych kwestii zdrowotnych jest agresja, przemoc i stres wśród uczniów. Problemem zdrowotnym, który pierwszy raz zdiagnozowaliśmy wśród dzieci i młodzieży w 2013 roku były choroby układu krążenia. W porównaniu do 2014 roku ogólny odsetek szkół, które potwierdzają problem chorób serca i układu krążenia wzrósł o 9%; natomiast w każdym kolejnym roku nastąpił wzrost o kolejne 14 %. Jednak, gdy przeanalizujemy problem zdrowotny w jednej grupie wiekowej np. młodzież szkół ponadgimnazjalnych, zauważa się znaczny wzrost zachorowań. Kolejną diagnozowaną grupą problemów są dotyczące chorób metabolicznych u dzieci i młodzieży – cukrzyca. Odsetek szkół, które zadeklarowały występowanie

tego problemu w 2013 roku wyniósł 27%, podczas gdy w roku kolejnym wzrósł do 34%. W 2015 roku z tym problemem identyfikuje się 34 % wizytowanych placówek, (jeśli przeanalizujemy jedną grupę wiekową wśród gimnazjalistów, widoczny jest znaczny wzrost zachorowań). Należy zwrócić uwagę na występowanie innych problemów zdrowotnych, które były zauważalne przez kadrę pedagogiczną oraz diagnozowane przez specjalistów w 2016r – zaburzenia i choroby psychiczne.

Wniosek: dane takie gromadzone systematycznie pozyskane z większej liczby placówek oświatowo – wychowawczych pozwolą na zsynchronizowanie działań, które zminimalizują obserwowane negatywne zachowania. Działania te są ujęte zarówno w podstawach programowych, jak również w szkolnych programach profilaktyki oraz podejmowane, jako inicjatywy własne tj. władz miasta i dyrektorów placówek przy wsparciu rodziców czy opiekunów.

Uzyskane dane pozwolą również wychwycić skalę problemu w placówce, a także jego zasięg na terenie dzielnicy i miasta.

W roku 2016 działalność OPZ można pogrupować w dwa główne bloki merytoryczne tj. kształtowanie zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób zachowawczo-zależnych (8.3.) oraz profilaktykę chorób zakaźnych (8.4.).

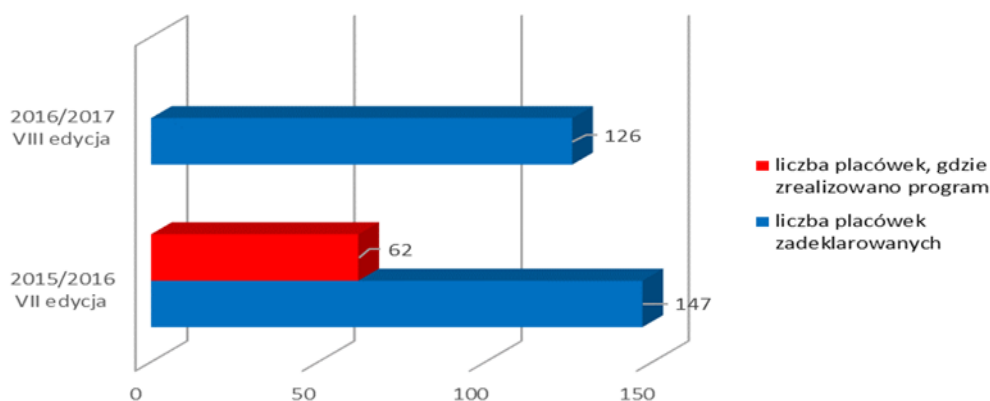
8.3.PROGRAMY I DZIAŁANIA Z ZAKRESU KSZTAŁTOWANIA ZDROWEGO STYLU ŻYCIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB ZACHOWANIOZALEŻNYCH.

8.3.1. PROGRAM „TRZYMAJ FORMĘ” – (W ROKU SZKOLNYM 2015/2016 R - VIII EDYCJA PROGRAMU OGÓLNOPOLSKIEGO). CELEM JEST EDUKACJA W ZAKRESIE TRWAŁEGO KSZTAŁTOWANIA PROZDROWOTNYCH NAWYKÓW WŚRÓD MŁODZIEŻY SZKOLNEJ POPRZEZ PROMOCJĘ ZASAD AKTYWNEGO STYLU ŻYCIA I ZBILANSOWANEJ DIETY, W OPARCIU O ODPOWIEDZIALNOŚĆ INDYWIDUALNĄ I WOLNY WYBÓR JEDNOSTKI.

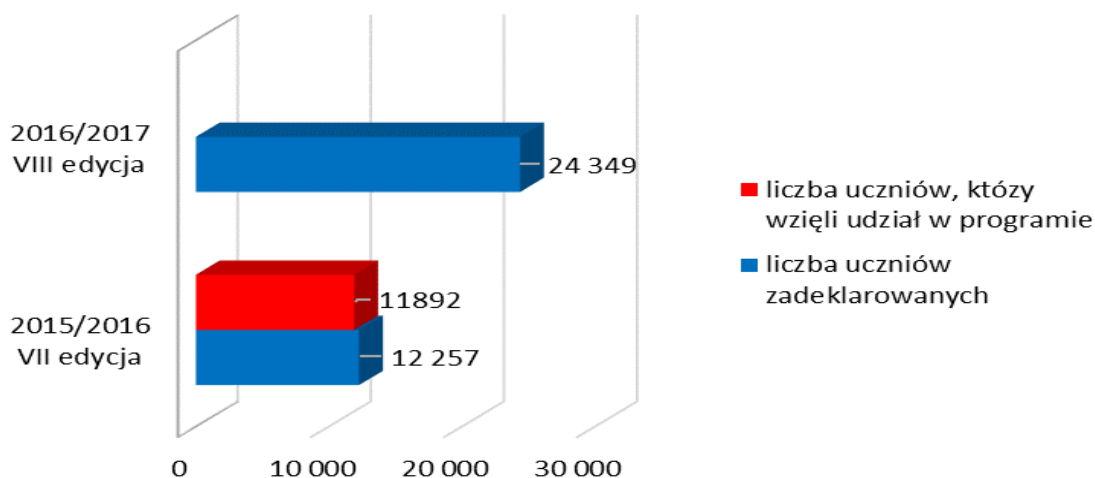
Adresatami bezpośrednimi są uczniowie szkół podstawowych klas IV - VI oraz młodzież klas I - III szkół gimnazjalnych, ich rodzice i opiekunowie; adresatami pośrednimi są koordynatorzy szkolni (nauczyciele, pielęgniarki medycyny szkolnej).

W roku szkolnym 2015/2017 w programie uczestniczyło 4417 uczniów szkół podstawowych, 7475 uczniów ze szkół gimnazjalnych. Liczba uczniów, którzy sporadycznie uczestniczyli w działaniach programowych wyniosła 224 w przypadku szkół gimnazjalnych oraz 413 w przypadku szkół podstawowych. Rodziców uczestniczących w spotkaniach dotyczących tematyki programu było 501. W roku szkolnym 2016/2017 udział w programie zadeklarowało 68 szkół podstawowych oraz 79 szkół gimnazjalnych (ogółem 147 placówek).

Na poniższych wykresach przedstawiono liczbę szkół oraz uczniów uczestniczących oraz zadeklarowanych w programie w latach 2015/16 oraz 2016/17 (deklarujących udział).



Wykres 3. Liczba szkół podstawowych oraz gimnazjalnych zadeklarowanych oraz biorących udział w programie „Trzymaj formę” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.



Wykres 4. Liczba dzieci ze szkół podstawowych oraz gimnazjalnych biorących w programie „Trzymaj formę” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.

8.3.2. ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA/HASŁO ROKU (7 KWIETNIA KAŻDEGO ROKU)

Światowy Dzień Zdrowia (ŚDZ) World Health Day obchodzony jest 7 kwietnia z okazji rocznicy powstania WHO w 1948 roku. Każdego roku ogłaszany jest temat przewodni, który podkreśla priorytetowy obszar problemów zdrowia publicznego na świecie. W 2016 r. tematem była „Cukrzyca”.

W ramach obchodów ŚDZ opracowano pisma informacyjne i materiały edukacyjne (prezentacja multimedialna) związane z tematyką Hasła Roku oraz ŚDZ. Pisma wraz z w/w materiałami oraz plakatami WHO dotyczącymi cukrzycy wysłano drogą mailową do dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej w m. st. Warszawie (14 podmiotów leczniczych). Zamieszczono również materiał informacyjny na stronie internetowej PSSE w m.st. Warszawie (ulotki dotyczące Hasła Roku oraz ŚDZ, plakaty WHO) - materiały są dostępne w wersji elektronicznej do pobrania. Na tablicach informacyjnych w siedzibie PSSE m. st. Warszawie (przy ul. Kochanowskiego 21 oraz ul. Cyrulików 35), zamieszczono ekspozycję wizualną związaną z cukrzycą, wykorzystano materiały dostępne na stronie WHO oraz materiały opracowane przez pracowników OPZ.

W wyniku działań związanych z obchodami ŚDZ i Hasła Roku współpracowano z 16 podmiotami, działaniami objęto 26 270 osób.

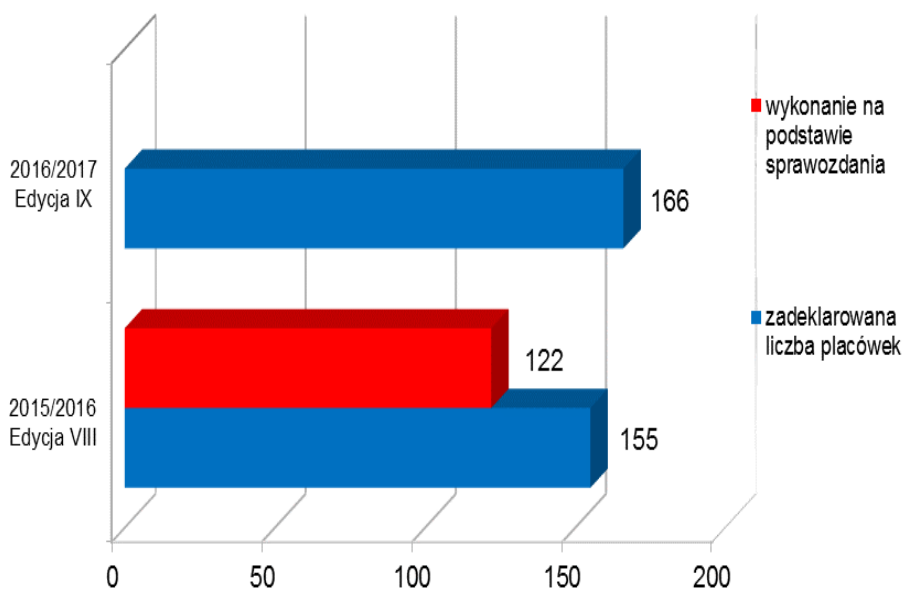
8.3.3. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ANTYTYTONIOWEJ

- 1) Program „Czyste powietrze wokół nas” - (w roku szkolnym 2016/2017 - IX edycja programu ogólnopolskiego). Skierowany jest do dzieci 5 i 6 letnich, ich rodziców i opiekunów. Do głównych celów programu należą: wzrost kompetencji rodziców w zakresie ochrony dzieci przed ekspozycją na dym tytoniowy oraz zwiększenie umiejętności dzieci w zakresie radzenia sobie w sytuacjach, gdy przebywają w zadymionych pomieszczeniach lub gdy dorośli palą przy nich tytoń.

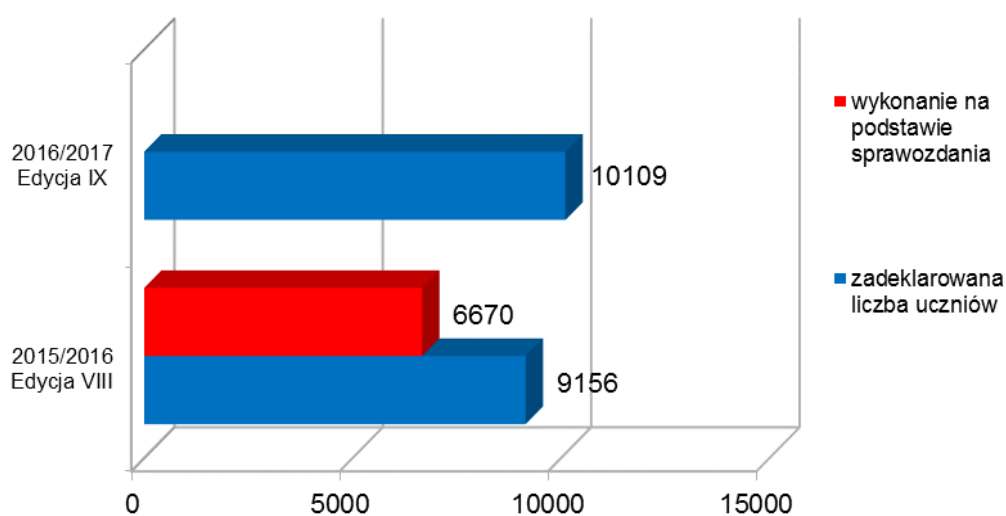
W roku szkolnym 2015/2016 w programie uczestniczyło 122 placówek, 36% w stosunku do ogólnej liczby placówek m. st. Warszawie (338-100%), na 155 zadeklarowanych, które przedstawia wykres nr 5. Na wykresie nr 6

przedstawiono liczbę uczniów uczestniczących w programie w VIII edycji 2015/2016 r., która wynosi 6670 uczniów z 9156 zadeklarowanych.

W roku szkolnym 2016/2017 do udziału w programie przystąpiło 166 placówek oświatowo-wychowawczych, 50% w stosunku do ogólnej liczby placówek m. st. Warszawy (331-100%). W obecnym roku szkolnym planowane jest objęcie programem 10 109 uczniów.



Wykres 5. Liczba przedszkoli i oddziałów przedszkolnych biorących udział w programie „Czyste powietrze wokół nas” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.



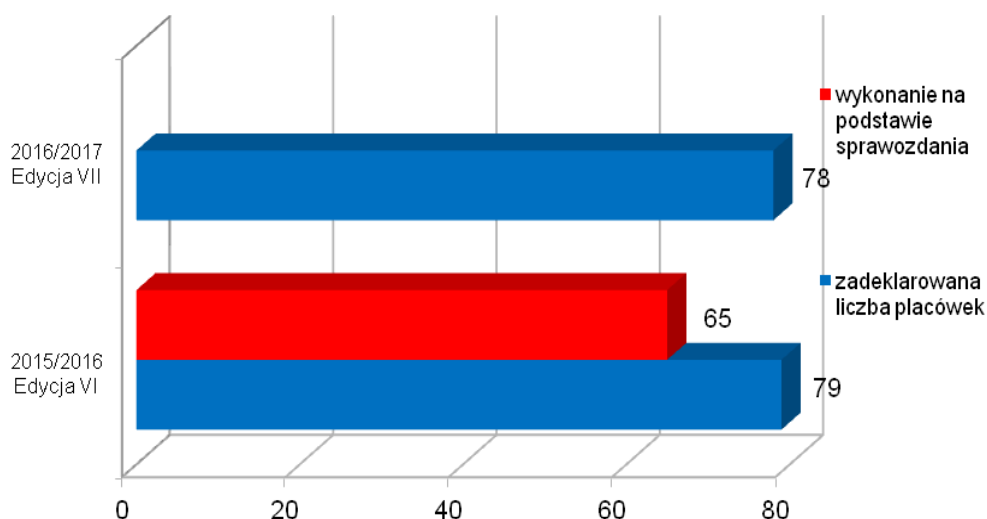
Wykres 6. Liczba dzieci z przedszkoli i oddziałów przedszkolnych biorących udział w programie „Czyste powietrze wokół nas” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.

2) Program „Nie pal przy mnie, proszę” - (w roku szkolnym 2016/2017 VII edycja programu o zasięgu lokalnym). Skierowany jest do uczniów klas I-III szkoły podstawowej oraz ich najbliższego otoczenie tj. rodziców, opiekunów, kadry nauczycielskiej. Do celów programu należy m.in. poszerzenie informacji na temat zdrowia, uświadomienie szkodliwości dymu tytoniowego, wykształcenie u dzieci świadomej umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, w których inne osoby palą przy nich papierosy.

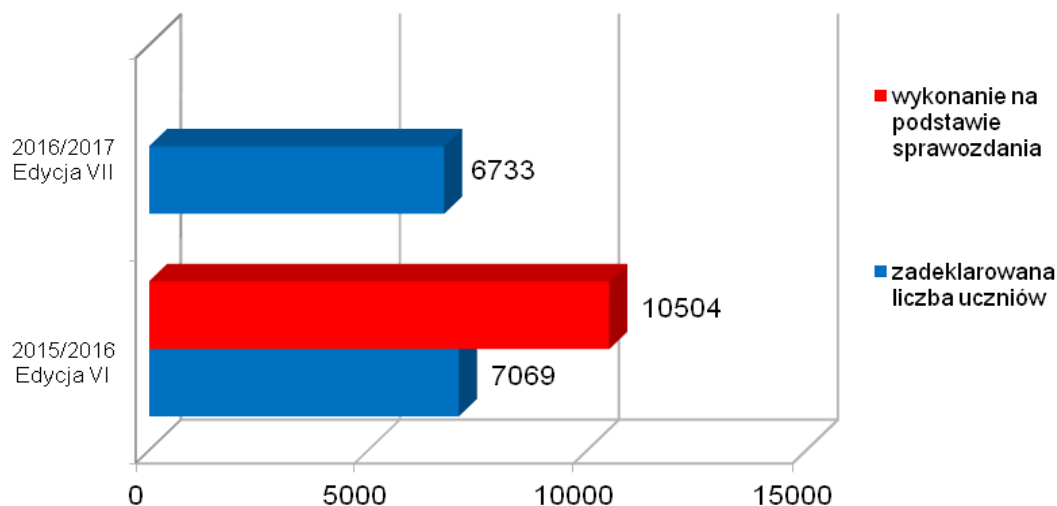
W roku szkolnym 2015/2016 w programie uczestniczyło 65 placówek tj. 30% w stosunku do ogólnej liczby placówek m. st. Warszawie (215-100%), na 79 zadeklarowanych, które przedstawia wykres nr 7.

Na wykresie nr 8 przedstawiono liczbę uczniów uczestniczących w realizacji programu w VI edycji 2015/2016r. Zadeklarowanych uczniów było 7069, edukacją zostało objętych 10 504 uczniów.

W roku szkolnym 2016/2017 do udziału w programie przystąpiło 78 szkół podstawowych 44% w stosunku do ogólnej liczby placówek m. st. Warszawie (178-100%). W obecnym roku szkolnym planowane jest objęcie edukacją 14 850 uczniów.



Wykres 7. Liczba szkół podstawowych biorących udział w programie „Nie pal przy mnie, proszę” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.



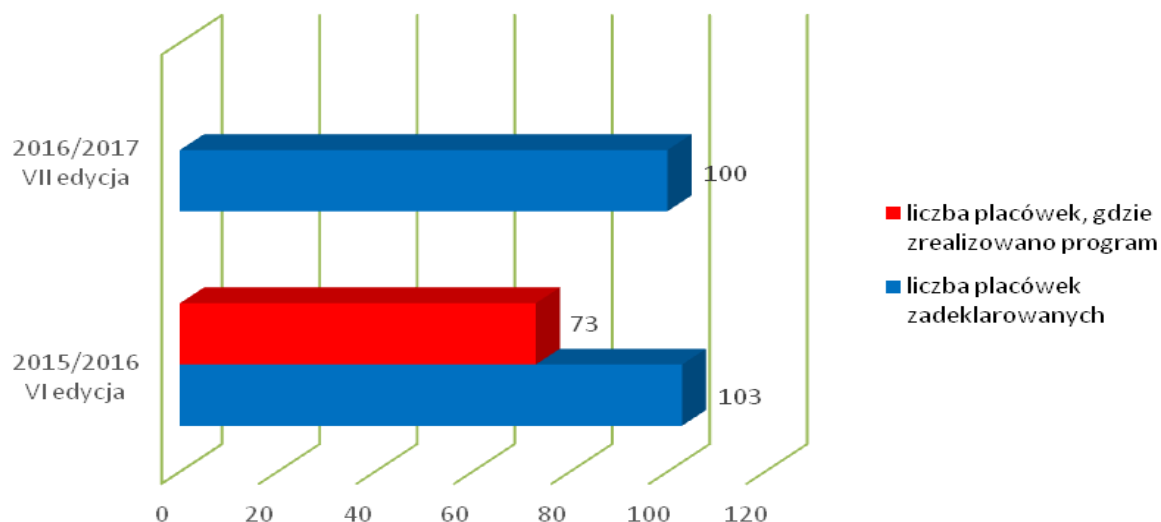
Wykres 8. Liczba dzieci biorących udział w programie „Nie pal przy mnie proszę” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.

3) Program „Znajdź właściwe rozwiązanie”- (w roku szkolnym 2016/2017 - VII edycja programu o zasięgu lokalnym). Adresowany do starszych uczniów szkoły podstawowej (kl. IV-VI) oraz uczniów szkoły gimnazjalnej (kl. I-III).

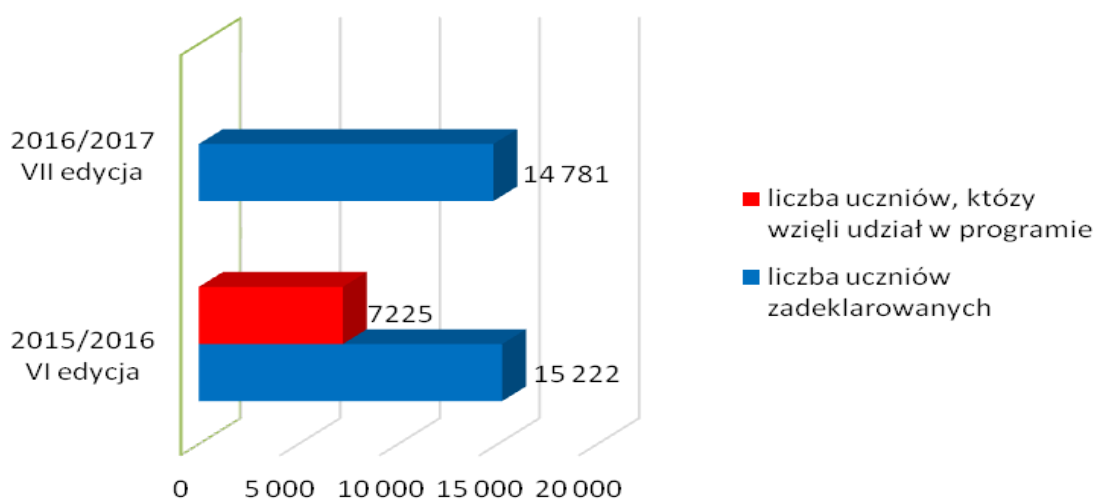
Do celów programu należy zaliczyć m.in. zapobieganie paleniu tytoniu wśród uczniów, uczenie rozpoznawania uczuć przeżywanych w sytuacjach trudnych, wykształcenie zachowań asertywnych, uczenie umocnienia poczucia własnej wartości.

W roku szkolnym 2015/2016 do VI edycji programu deklaracje złożyły 103 placówki oświatowo-wychowawcze, tj. 28% z wszystkich placówek z terenu m. st. Warszawy (371-100%). Program zrealizowały 73 placówki oświatowo-wychowawcze, edukacja objęto 7 225 uczniów.

W roku szkolnym 2016/2017 do VII edycji programu, deklaracje złożyło 100 placówek oświatowo-wychowawczych, tj. 34% wszystkich placówek z Warszawy (291-100%). Planowane jest objęcie działaniami edukacyjnymi 14781 uczniów z szkół podstawowych i gimnazjum.



Wykres 9. Liczba szkół podstawowych i gimnazjalnych biorących udział w programie „Znajdź właściwe rozwiązanie” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.



Wykres 10. Liczba uczniów biorących udział w programie „Znajdź właściwe rozwiązanie” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.

- 4) Program „Bieg po zdrowie” - (edycja pilotażowa, w roku szkolnym 2016/2017 będzie realizowana I edycja programu). Adresowany do uczniów z klas IV szkoły podstawowej. Głównym celem programu jest zwiększenie wiedzy i umiejętności uczniów na temat zdrowia w kontekście szkodliwości palenia papierosów i e-papierosów. Pozostałe cele to wykształcenie zachowań

asertywnych, uczenie umocnienia poczucia własnej wartości oraz jak bronić swoich praw w kontakcie z dorosłą osobą.

W roku szkolnym 2015/2016 – odbyła się edycja pilotażowa programu, w której brała udział Szkoła Podstawowa nr 342 w Warszawie. Do realizacji programu wybrano klasę IV A jako grupę kontrolną i klasę IV S, jako grupę realizującą program. W grupie kontrolnej uczestniczyło 22 uczniów, 22 rodziców i 1 nauczyciel. W grupie realizującej wzięło udział 23 uczniów, 25 rodziców i 1 nauczyciel.

W bieżącym roku szkolnym jest realizowana I edycja programu. Deklaracje złożyło 14 placówek oświatowo-wychowawczych z Warszawy. Liczba szkół, które mogą uczestniczyć w programie została ograniczona przez GIS (8 placówek w powiecie, w m. st. Warszawie 16 placówek). Edukacją planuje się objąć 296 uczniów klas IV z zadeklarowanych szkół podstawowych.

- 5) Światowy Dzień bez Tytoniu (31 maja) – zamieszczono informację na stronie internetowej PSSE w m.st. Warszawie oraz na tablicach informacyjnych (w siedzibie PSSE w m.st. Warszawie przy ul. Kochanowskiego 21 oraz przy ul. Cyrulików 35). Dystrybuowano materiały akcydensowe nt. szkodliwości palenia tytoniu do publicznych podmiotów leczniczych oraz do placówek oświatowo-wychowawczych (szkoły ponadgimnazjalne). Udostępniono punkt diagnostyczno – konsultacyjny podczas pikniku zorganizowanego przez Urząd Dzielnicy Bemowo. Przeprowadzono badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia tytoniu wśród młodzieży gimnazjalnej w 11 gimnazjach na terenie m. st. Warszawy. Działaniami edukacyjnymi objęto 7252 osoby.
- 6) Światowy Dzień Rzucania Palenia Tytoniu (3 czwartek listopada –17.11.2016r) w ramach obchodów w/w dnia zamieszczono informacje na temat szkodliwości palenia tytoniu oraz o obchodach Światowego Dnia Rzucania Palenia na stronie internetowej PSSE, na tablicy informacyjnej w siedzibach PSSE w m. st. Warszawie. Materiały edukacyjne przekazano do placówek oświatowo-wychowawczych w m. st. Warszawie oraz podmiotów leczniczych. Pracownicy OPZ przygotowali prezentację multimedialną na temat profilaktyki nikotynowej oraz kampanii antytytoniowych z różnych krajów, którą rozesłano pocztą elektroniczną do placówek oświatowo-wychowawczych. Przy współpracy firmy Warexpo rozwieszono 200 plakatów o tematyce antytytoniowej na słupach ogłoszeniowych w Warszawie. Działaniami edukacyjnymi objęto 23 960 osób.

- 7) Monitorowanie przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996r., nr 10, poz. 55 z późn. zm.). Przepisy ustawy w 2016r zweryfikowano u 8881 podmiotów leczniczych, jednostki organizacyjne systemu oświaty, uczelni wyższych i inne zakładów pracy. Comiesięczne sprawozdania z monitoringu ustawy przesłane były do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie.

8.3.4. PROGRAMY DOTYCZĄCE PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ

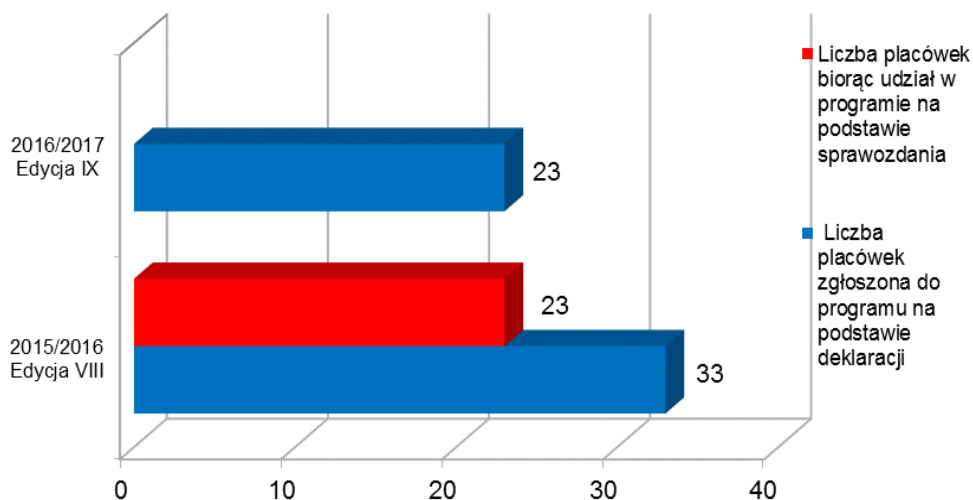
- 1) Program „Wybierz Życie – Pierwszy Krok” - program realizowany na terenie Mazowsza (zasięg wojewódzki). W roku szkolnym 2016/2017 rozpoczęła się IX edycja programu. Dotyczy profilaktyki raka szyjki macicy. Adresowany jest do uczniów szkół gimnazjalnych (chłopcy i dziewczęta - klasy III) oraz do uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych (chłopcy i dziewczęta – klasy I), rodziców oraz kadry pedagogicznej. Celem głównym programu jest zmniejszenie występowania raka szyjki macicy i obniżenie umieralności na tą chorobę.

Aby ten cel osiągnąć pośredni adresaci tego programu, czyli jego realizatorzy szkolni (nauczyciele przedmiotowi, pielęgniarki medycyny szkolnej, pedagodzy, psychologzy) powołani są do podnoszenia wiedzy na temat zagrożeń związanych z zakażeniami wirusem HPV oraz do kształtowania świadomości zdrowotnej młodzieży szkolnej w zakresie roli profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka szyjki macicy.

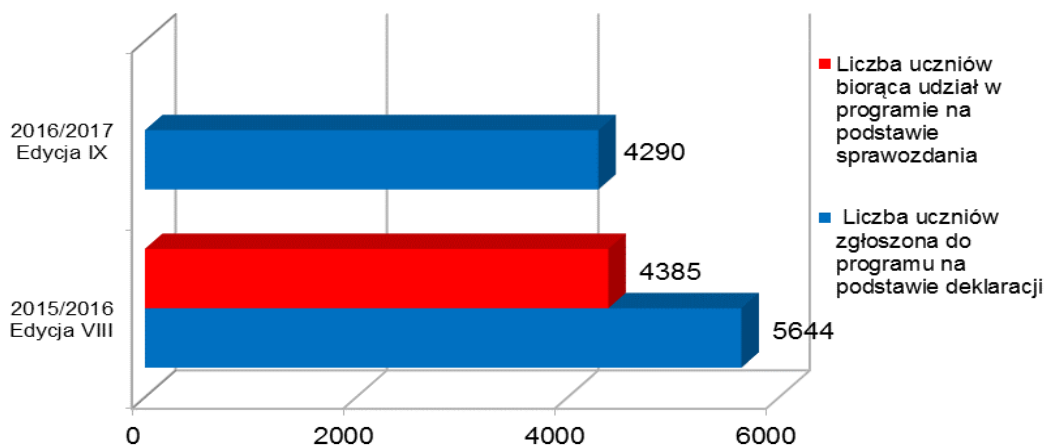
W roku szkolnym 2015/2016 udział w programie zadeklarowały 33 placówki oświatowo-wychowawcze, w tym: 15 szkół gimnazjalnych, co stanowi 9, 9 % wszystkich szkół gimnazjalnych w m.st. Warszawie oraz 18 szkół ponadgimnazjalnych, co stanowi 10, 3 % wszystkich szkół ponadgimnazjalnych w m.st. Warszawie. Liczba uczniów zadeklarowana do uczestnictwa w programie wyniosła łącznie 5644. Program zrealizowały 23 placówki oświatowo-wychowawcze, liczba uczniów biorących udział w programie wyniosła 4385.

W bieżącym roku szkolnym jest realizowana IX edycji programu. Udział zadeklarowały 23 placówki oświatowo-wychowawcze. Liczba uczniów, którą

planuje się objąć edukacją wynosi 4 290. Poniższe wykresy ilustrują ilościowy udział szkół i uczniów w programie „Wybierz Życie – Pierwszy Krok” na przestrzeni dwóch ostatnich edycji (VIII i IX) tj. roku szkolnego 2015/2016 oraz 2016/2017.



Wykres 11. Liczba szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych uczestnicząca w programie „Wybierz Życie Pierwszy Krok” oraz deklaracja na rok szkolny 2016/2017.



Wykres 12. Liczba uczniów biorących udział w programie „Wybierz Życie Pierwszy Krok” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.

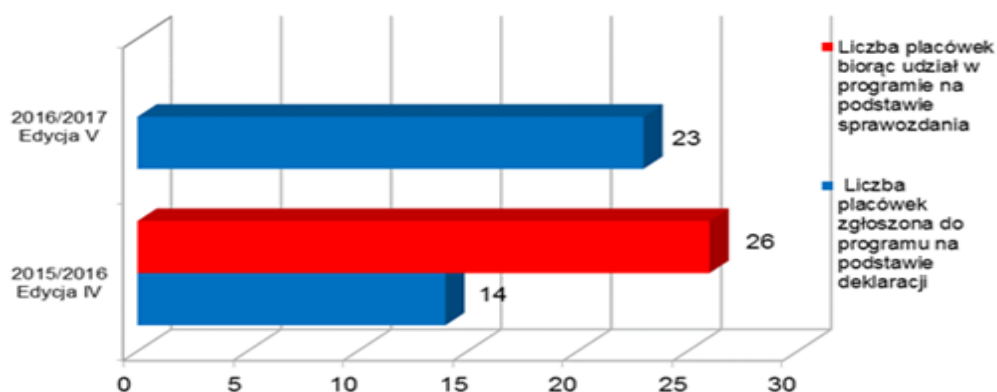
2) Program „Zdrowe Piersi Są OK!” - program edukacyjny realizowany jest na terenie województwa mazowieckiego. W roku szkolnym 2016/2017 rozpoczęła się już V edycja programu. Założenia programowe wiążą się z bardzo ważną problematyką zdrowotną dotyczącą profilaktyki raka piersi. Program adresowany do uczniów klas I-III (dziewczęta i chłopcy) ze szkół ponadgimnazjalnych, rodziców i kadry

pedagogicznej. Celem głównym jest kształtowanie wśród uczennic szkół ponadgimnazjalnych oraz kobiet z ich otoczenia nawyku pielęgnacji i dbałości o piersi. Powyższy cel jest realizowany poprzez zwiększenie wiedzy dotyczącej metod wczesnego wykrywania zmian chorobowych w piersiach, ukazanie czynników ryzyka zachorowania na raka piersi oraz zapoznanie z metodami prawidłowej pielęgnacji biustu.

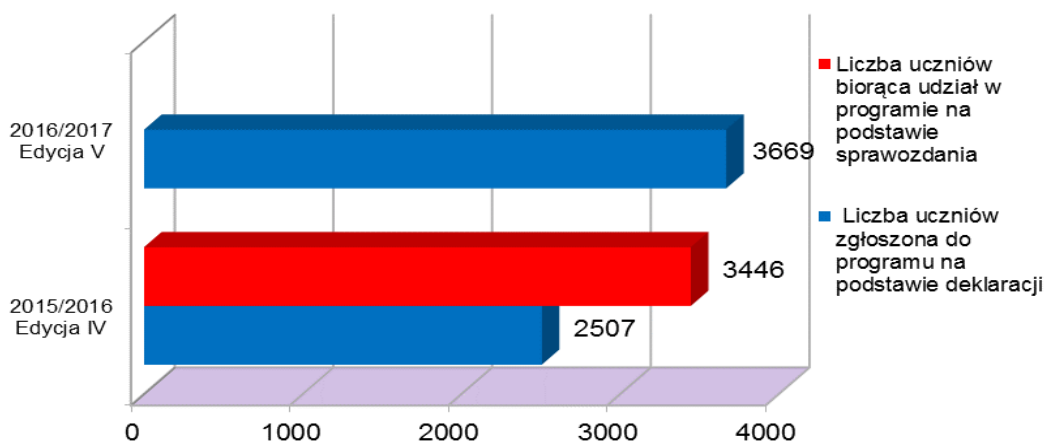
W roku szkolnym 2015/2016 przystąpienie do programu zadeklarowało 14 nowych szkół ponadgimnazjalnych, w programie uczestniczyło 38 placówek, co stanowi 24, 4% wszystkich szkół ponadgimnazjalnych z m. st. Warszawy. Liczba uczniów zadeklarowanych do realizacji programu wyniosła 2507. Sprawozdania z realizacji programu przysłało 26 placówek oświatowo-wychowawczych, edukacją objęto 3 446 uczniów.

W roku szkolnym 2016/2017 do programu przystąpiły 23 nowe szkoły ponadgimnazjalne. Natomiast zadeklarowana liczba uczniów z tych szkół wyniosła 3669.

Poniższe wykresy ilustrują ilościowy udział szkół i uczniów w programie „Zdrowe Piersi są OK!” na przestrzeni dwóch ostatnich edycji, tj. roku szkolnego 2015/2016 oraz 2016/2017.



Wykres 13. Liczba szkół ponadgimnazjalnych biorących udział w programie „Zdrowe Piersi są OK!”, oraz deklaracja na rok szkolny 2016/2017 oraz deklarowana na rok szkolny 2015/2016.



Wykres 14. Liczba uczniów biorących udział w programie „Zdrowe Piersi są OK!”.

IV edycja programu ujawniła trudności w jego realizacji. Dotyczą one ankietyzacji. W kontekście słabych stron programu zgłaszanych przez szkolnych realizatorów programu, podkreślano ankietyzację przed edukacją i po edukacji, postrzeganą, jako zbyt obszerną. Bardzo często szkoły odsyłały tylko ankiety przed edukacją uczniów lub tylko po edukacji. W związku z tym wspomniana ewaluacja rozmięła się z celem, a jej wyniki nie były miarodajne. W drugim semestrze 2016/2017 roku wychodząc naprzeciw szkołom realizującym program, ankietyzacja uczniów w warszawskich szkołach została wstrzymana.

- 3) Kampania edukacyjna „Od Samobadania Piersi Do Mammografii” – adresowana jest do młodych ludzi w wieku 16 -19 lat. Jej celem jest kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie i życie swoje oraz swojego otoczenia. Działania edukacyjne realizowane przez OPZ w 2016 r, związane z profilaktyką raka piersi skierowane były do ogółu społeczeństwa. Wiodącym celem działań było przekazanie podstawowej wiedzy na temat raka piersi dotyczącej m. in.: czynników ryzyka, objawów choroby; uwrażliwienie młodych kobiet na profilaktykę; kształtowanie postaw zdrowotnych (samokontrola organizmu, możliwość identyfikacji znaków ostrzegawczych, wyrobienie nawyku poddawania się badaniom profilaktycznym). Realizowane były poprzez opracowanie i publikację artykułów na stronie internetowej PSSE w m.st. Warszawie, materiałów edukacyjnych na tablicach informacyjnych w siedzibach Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej oraz poprzez dystrybucję materiałów akcydensowych. W ramach kampanii edukacyjnej pracownicy OPZ

współpracowali z 128 podmiotami (placówki oświatowo – wychowawcze, podmioty lecznicze i inne zakłady). Z uwagi na ograniczone środki budżetowe PSSE w m.st. Warszawie oraz trudnościami w pozyskaniu materiałów edukacyjnych na temat profilaktyki raka piersi z innych instytucji (ulotki, plakaty), dystrybucja materiałów do szkół i podmiotów medycznych była ograniczona. Działaniami kampanijnymi objęto tylko 3084 odbiorców.

- 4) Profilaktyka chorób onkologicznych realizowana była na poziomie lokalnym. Głównymi adresatami działań edukacyjnych był ogół społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół w Warszawie, ich rodziców oraz najbliższych. Wiodącym celem było kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie i życie swoje oraz swojego otoczenia w ramach profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.

Działania edukacyjne skupiły się wokół obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem (4 luty). Jednocześnie prowadzono dystrybucję materiałów edukacyjnych (ulotki, plakaty) do szkół i zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto zamieszczono materiał informacyjno-edukacyjny na tablicach informacyjnych w siedzibach Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie (PSSE) oraz na stronie internetowej PSSE. Łącznie działaniami z zakresu chorób onkologicznych objęto 6400 odbiorców.

8.4. PROGRAMY I DZIAŁANIA W ZAKRESIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH

- 8.4.1. W roku 2016 działania profilaktyczne z zakresu HIV/AIDS były realizowane w oparciu o Harmonogram Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. W związku z zaplanowanymi wcześniej zadaniami zorganizowano konkurs na prezentację multimedialną. Adresatami konkursu byli uczniowie szkół ponadgimnazjalnych z m.st. Warszawy. Celem konkursu było zwrócenie uwagi na zachowania ryzykowne, które mogą doprowadzić do zakażenia, drogi zakażenia wirusem HIV, prawidłowe postawy i zachowania, które mogą ustrzec przed ryzykiem zakażenia HIV. Do konkursu zgłosiło się 50 uczniów z 7 szkół ponadgimnazjalnych. Spośród nadesłanych prac (prezentacje multimedialne) wybrano 3 najlepsze. Laureaci konkursu otrzymali dyplomy za udział w konkursie oraz nagrody rzeczowe ufundowane przez organizację, z którymi nawiązano współpracę w ramach konkursu.

Głównymi partnerami konkursu byli: Krajowe Centrum ds. AIDS, Wydziały Oświaty i Wychowania dzielnic Bielany, Mokotów, Wola, Żoliborz m. st. Warszawy oraz Centrum Nauki Kopernik, Wydawnictwo Matras, firma Medicares.

Ponadto przygotowano obchody Światowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS (17 maja) oraz Światowy Dzień Walki z AIDS (01 grudnia). W ramach Światowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS oraz Światowego Dnia Walki z AIDS opracowano artykuły i zamieszczono je na stronie internetowej PSSE w m.st. Warszawie oraz przygotowano materiał na ekspozycję wizualną na tablice informacyjne w siedzibach Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we wskazanych terminach. W ramach Światowego Dnia Walki z AIDS, 1 grudnia przeprowadzono pogadankę z prezentacją multimedialną dla uczniów klasy VI oraz kadry pedagogicznej ze Szkoły Podstawowej nr 330 im. Nauczycieli Tajnego Nauczania, ul Mandarynki 1.

W trakcie całego roku aktywizowano społeczność szkolną (szkoły ponadgimnazjalne) oraz środowisko medyczne poprzez udostępnianie informacji na temat profilaktyki HIV/AIDS – intensywna dystrybucja materiałów edukacyjnych (ulotki, broszurki, plakaty). Dodatkowo promowano założenia kampanijne związane z kampaniami społecznymi: „Znam rekomendacje PTN. AIDS. Zalecam test na HIV” oraz „Jeden test dwa życia”. Ogólna liczba odbiorców, których objęto działaniami z zakresu profilaktyki HIV/AIDS wyniosła 45 619 osób.

8.4.2. PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ MENINGOKOKAMI

Ogólnopolska Kampania Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych – „Nie! Dla meningokoków” została zainicjowana w 2008 roku, by informować Polaków o groźnych zakażeniach wywoływanych przez meningokoki typu C. Profilaktyka zakażeń meningokokowych przyczynia się do znaczącej redukcji zachorowań i obniżenia śmiertelności z powodu chorób wywoływanych przez tę grupę bakterii.

W związku z realizacją założeń Kampanii pracownicy OZP zajmowali się dystrybucją materiałów edukacyjno-informacyjnych przez cały rok. Dodatkowo zamieszczono artykuł z prezentacją multimedialną na stronie internetowej PSSE. Udzielano porad telefonicznych i promowano szczepienia ochronne przeciw zakażeniom

meningokokami. Materiały edukacyjne wydano placówkom szkolnym oraz zakładom opieki zdrowotnej. Informacje zawierały opis pierwszych objawów zakażenia meningokokami oraz charakterystykę tzw. „testu szklanki”. W wyniku podjętych działań uzyskano 687 odbiorców.

8.4.3. PROFILAKTYKA CHORÓB ODKLESZCZOWYCH

Działania edukacyjne z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych skierowane były do środowiska szkolnego, przede wszystkim do uczniów szkół podstawowych, młodzieży powyżej 15 r.ż. oraz kadry pedagogicznej. Miały one charakter pośredni: przekazywano materiały informacyjno - edukacyjne dotyczące profilaktyki chorób odkleszczowych (ulotki) placówkom nauczania i wychowania w m.st. Warszawie oraz charakter bezpośredni: przeprowadzono 35 pogadań w placówkach nauczania i wychowania na temat zagrożeń związanych z kleszczami. Działaniami edukacyjnymi objęto 960 osób. Ponadto przygotowano materiały akcydensowe, które były dostępne cały rok w formie elektronicznej na stronie internetowej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m.st. Warszawie. Łączna liczba odbiorców, do których skierowano działania edukacyjno-informacyjne na temat profilaktyki chorób odkleszczowych wyniosła 9 741 osób.

8.4.4. PROFILAKTYKA GRYPY

Celem aktywności w zakresie interwencji pn. profilaktyka grypy, było zmniejszenie zapadalności na grypę we wszystkich grupach wiekowych z naciskiem na dzieci w wieku szkolno- przedszkolnym oraz osoby starsze 65+. Działania na rzecz walki z grypą oscylowały wokół promocji szczepień przeciwko grypie (program darmowych szczepień dla osób powyżej 65 roku życia) oraz edukację w zakresie umiejętności rozróżnienia zakażenia wirusem grypy od innych infekcji górnych dróg oddechowych. W ramach działań prewencyjnych rozdystrybuowano materiały akcydensowe do zakładów opieki zdrowotnej i placówek szkolno-wychowawczych. Zamieszczono materiał informacyjny na stronie internetowej PSSE oraz opublikowano materiały na tablicach ogłoszeń w siedzibie PSSE w m.st. Warszawie przy ul. Kochanowskiego 21 oraz w Oddziale Promocji Zdrowia ul. Cyrulików 35. Dodatkowo opracowano własną ulotkę dotyczącą profilaktyki grypy. W okresie wzmożonych zachorowań na grypę

rozesłano wiadomości e-mail wraz z prezentacjami multimedialnymi i materiałami informacyjnymi do wszystkich placówek szkolnych na terenie Warszawy. W związku z rozpowszechnieniem informacji w okresie sezonu grypowego udało dotrzeć się do grupy 9 129 osób. Informację zwrotną o wykorzystaniu materiałów otrzymano od 34 instytucji. W wyniku działań profilaktycznych w ciągu całego roku edukacja objęto 37 730 osób.

8.4.5. PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ HCV

Celem profilaktyki zakażeń HCV, było zwiększenie wiedzy na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, zwiększenie świadomości na temat zachowań ryzykownych oraz zapobieganie zakażeniom wirusem HCV. W związku z podjętymi działaniami zamieszczono artykuł na stronie internetowej PSSE wraz z ulotką informacyjną i prezentacją multimedialną. Ponadto zamieszczono informację na tablicy w PSSE zarówno na ul. Kochanowskiego 21 i ul. Cyrulików 35. Nawiązując do obchodów Międzynarodowego Dnia Walki z HCV (01.10.), rozesłano materiały edukacyjne w formie elektronicznej do wszystkich Zakładów Opieki Zdrowotnej na terenie Warszawy, celem zwrócenia uwagi na problem zakażeń HCV. Informacje były adresowane do pacjentów oraz personelu. W wyniku wykorzystania materiałów przygotowanych przez PSSE w placówkach opieki zdrowotnej, pozyskano 24 508 odbiorców działań. Profilaktyka całoroczna objęła grupę 39 370 osób.

8.4.6. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI CHOROÓB BRUDNYCH RĄK

Celem działań z zakresu profilaktyki brudnych rąk, było zwiększenie świadomości na temat skutków nieprzestrzegania higieny rąk oraz wyrobienie nawyku mycia rąk w odpowiednich sytuacjach. Dodatkowo działania obejmowały edukację z tematyki chorób brudnych rąk m.in. chorób bakteryjnych, wirusowych i pasożytniczych. W związku z obchodami Światowego Dnia Mycia Rąk w dniu 15.10.2016 r. zamieszczono materiały informacyjny na stronie internetowej wraz z prezentacją multimedialną oraz przygotowano materiał informacyjny na tablicach ogłoszeniowych w PSSE ul. Kochanowskiego 21 i ul. Cyrulików 35. Działania były skierowane do wszystkich mieszkańców Warszawy. Dodatkowo udzielano porad telefonicznych rodzicom oraz pedagogom szkolnych. W ciągu roku działaniami objęto 7 936 osób.

8.4.7. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROMOCJI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

W celu promocji szczepień ochronnych pracownicy Oddziału Promocji Zdrowia przekazywali materiały akcydensowe do zakładów opieki zdrowotnej na temat szczepień przeciw meningokokom, pneumokokom oraz rotawirusom i HBV. Ponadto wydano materiały informacyjno-edukacyjne na temat kalendarza szczepień obowiązkowych i zalecanych. W ramach promocji szczepień ochronnych prowadzono rozdawnictwo materiałów informacyjno-edukacyjnych z tematu szczepień zalecanych w podróży. Udzielano informacji oraz udostępniono materiały petentom. Działaniami łącznie objęto 845 osób.

8.5. POZOSTAŁE DZIAŁANIA W RAMACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ

8.5.1. AKCJA „ZIMA W MIEŚCIE” – „Z W M”

Dotyczy propagowania bezpiecznego spędzania wolnego czasu podczas zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży na terenie miasta stołecznego Warszawy. Adresatami akcji byli: dzieci i młodzież biorące udział w ogólnomiejskim programie „Zima w Mieście”, opiekunowie, wychowawcy, pedagodzy i rodzice. Celem było przekazanie wiedzy na temat profilaktyki grypy, profilaktyki szczepień ochronnych, profilaktyki bezpiecznych zachowań podczas ferii, profilaktyki zażywania substancji psychoaktywnych, profilaktyki zatruc pokarmowych, higieny brudnych rąk, oraz zasad zdrowego żywienia.

Materiały informacyjno – edukacyjne dostarczono do 14 placówek biorących udział w ogólnomiejskiej akcji „Zima w Mieście”; działaniami edukacyjnymi objęto 393 osoby - odbiorcy pogadarek i wykładów. W ramach zimowego wypoczynku pracownicy Oddziału PZ wygłosili 98 pogadarek z projekcją prezentacji na temat:

- 1) profilaktyki grypy,
- 2) profilaktyki szczepień ochronnych,
- 3) bezpiecznych zachowań podczas ferii,
- 4) profilaktyki zażywania substancji psychoaktywnych,
- 5) profilaktyki zatruc pokarmowych,

6) profilaktyki higieny brudnych rąk oraz profilaktyki zasad zdrowego żywienia.

Partnerom przekazano materiały do wykorzystania w pracy z dziećmi. Materiały edukacyjne zamieszczono na tablicach informacyjnych i stronie internetowej PSSE.

8.5.2 AKCJA „LATO W MIEŚCIE” – „L W M”:

Dotyczy propagowania bezpiecznego spędzania wolnego czasu podczas letniego wypoczynku dzieci i młodzieży na terenie miasta stołecznego Warszawy. Adresatami działań edukacyjnych byli: dzieci i młodzież biorące udział w ogólnomiejskim programie „Lato w Mieście”, opiekunowie, wychowawcy, pedagodzy i rodzice. Pracownicy oddziału OPZ nawiązali współpracę z 127 placówkami biorącymi udział w akcji „Lato w Mieście”, działaniami edukacyjnymi objęto 19 200 osób - odbiorcy pogadank i prezentacji multimedialnych. W ramach letniego wypoczynku pracownicy OPZ wykonali 34 projekcje filmu edukacyjnego pn. „Bezpieczne zachowania nad wodą”, który sygnalizuje niebezpieczeństwa, jakie mogą wystąpić w trakcie wakacji nad wodą, w tym skoki do wody, 35 projekcji filmów na temat profilaktyki chorób odkleszczowych oraz wygłosili 32 pogadank pn. „Barszcze kaukaskie”, 35 pogadank i prezentacji multimedialnych pn. „Zatrucia pokarmowe” oraz 35 pogadank i prezentacji multimedialnych pn. „Skutki zdrowotne zażywania środków psychoaktywnych, – tzw. Dopalaczy” (łącznie wygłoszono 171 pogadank i prezentacji multimedialnych), w zajęciach uczestniczyło 6800 dzieci oraz opiekunów i wychowawców. Każdy z uczestników spotkania edukacyjnego miał możliwość sprawdzenia swojej wiedzy. Dzieci brały udział w quizie na koniec każdego spotkania. Opiekunom i wychowawcom przekazano ulotki (350 szt.), prezentację multimedialną (22 szt.) oraz film (22 szt.) do wykorzystania w zajęciach z pozostałymi uczestnikami letniego wypoczynku w późniejszym terminie. Na podstawie informacji zwrotnej otrzymanej od 12 koordynatorów dzielnicowych – opiekunowie w placówkach sprawujących opiekę nad dziećmi podczas letniego wypoczynku przeprowadzili 243 pogadanki na podstawie materiałów opracowanych przez pracowników OPZ. Przedsięwzięcie, którego celem było zapoznanie dzieci i młodzieży z wiedzą związaną z niebezpieczeństwami mogącymi się pojawić podczas letniego wypoczynku poza domem a następnie wykorzystanie z tej wiedzy w praktyce okazał się niezwykle interesujący i pożyteczny. Zorganizowany był również Piknik na Bemowie przy współpracy z Burmistrzem Dzielnicy Bemowo i firmą Zoetis Polska.

Skierowany był do dzieci i młodzieży, rodziców i mieszkańców Dzielnicy. Podejmowana tematyka edukacji zdrowotnej na pikniku dotyczyła profilaktyki chorób odtytoniowych; zatruc pokarmowych; skutków zdrowotnych zażywania dopalaczy.

8.5.3. PROFILAKTYKA CHORÓB ODZWIERZĘCYCH

Mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa sanitarnego dzieci bawiących się w piaskownicach pracownicy OPZ podejmowali działania z zakresu profilaktyki chorób pasożytniczych i odzwierzęcych. W związku z natężonym występowaniem chorób odzwierzęcych w wieku dziecięcym, pracownicy Oddziału Promocji Zdrowia propagowali higienę rąk w placówkach szkolno-przedszkolnych w celu eliminacji chorób odzwierzęcych. Prowadzono rozdawnictwo materiałów informacyjno-edukacyjnych w placówkach szkolno-wychowawczych dotyczących chorób pasożytniczych (odzwierzęcych). Ponadto przekazano 1320 ulotek dotyczących chorób odzwierzęcych do 7 Zakładów Opieki Zdrowotnej na terenie Dzielnicy Ochota. Łącznie działaniami edukacyjno-informacyjnymi objęto 3 890 osób.

8.5.4. ANTYBIOTYKOTERAPIA – 18 LISTOPADA EUROPEJSKI DZIEŃ WIEDZY O ANTYBIOTYKACH

Odkrycie antybiotyków, obok opracowania i wprowadzenia masowych szczepień ochronnych, należy do największych osiągnięć medycyny zakażeń. Dzięki ich zastosowaniu skuteczna broń przeciw drobnoustrojom stała się powszechnie dostępna. Nieuleczalne wcześniej choroby przestały budzić niepokój, wydawało się, że wszystkie infekcje bakteryjne można zwalczyć antybiotykami. Niestety wizja eliminacji chorób zakaźnych i zakażeń okazała się zbyt optymistyczna. W ostatnim ćwierćwieczu, w związku z globalnymi zmianami społecznymi, zdrowotnymi i klimatycznymi, drobnoustroje znowu wywołują nowe zagrożenia epidemiczne. Jednym z nich jest gwałtownie narastająca oporność na antybiotyki chemioterapeutyki. W celu zapobiegania pogłębiania się zjawiska antybiotykooporności pracownicy OPZ realizowali całoroczne działania profilaktyczne na terenie powiatu poprzez rozdawnictwo ulotek, plakatów, broszur oraz kolorowanek dla dzieci w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz placówkach opieki zdrowotnej. W związku

z obchodami Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach pracownicy OPZ zamieścili artykuł wraz z prezentacjami multimedialnymi na stronie internetowej oraz przygotowali gazetkę informacyjną w Stacji przy ul. Kochanowskiego 21 i ul. Cyrulików 35. W celu dotarcia do większej liczby adresatów, rozwieszono 200 plakatów na terenie Warszawy nt. Zjawiska antybiotykooporności na okres 2 tygodni. W ramach Europejskiego Tygodnia Wiedzy o Antybiotykach przeprowadzono wykład w Szkole Podstawowej nr 330 ul. Mandarynki 1, w której uczestniczyło 75 uczniów klas VI. Ponadto podczas zajęć przekazano materiały informacyjne (kolorowanki) dla pozostałych uczniów szkoły. Adresatami całorocznych działań była grupa 20 010 osób. Zadania profilaktyczne były prowadzone przez pracowników Oddziału Promocji Zdrowia cały rok, z naciskiem na 16-22 listopada - Tydzień Wiedzy o Antybiotykach.

8.5.5. PROFILAKTYKA WSZAWICY

Działania edukacyjne z zakresu profilaktyki wszawicy skierowane były do rodziców i opiekunów dzieci przedszkolnych i uczniów szkół podstawowych oraz kadry pedagogicznej. Wiodącym celem było dostarczenie wiedzy z zakresu zapobiegania wszawicy oraz kształtowanie pozytywnych postaw prozdrowotnych wśród rodziców i nauczycieli. Podejmowane działania przez pracownika oddziału OPZ były odpowiedzią na kwestie związane z rozprzestrzenianiem się wszawicy w warszawskich przedszkolach i szkołach, podnoszone przez zaniepokojonych rodziców, nauczycieli, dyrektorów szkół i przedszkoli. Opracowano prezentację multimedialną dla rodziców celem wykorzystania podczas spotkań edukacyjnych w przedszkolach i szkołach. Przeprowadzono 7 prelekcji na temat profilaktyki wszawicy. Łącznie działaniami edukacyjnymi i poradnictwem objęto 2233 osób. Zamieszczono informację nt. profilaktyki wszawicy na stronie internetowej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Ponadto dostarczano materiały dotyczące pedikulozy do przedszkoli i szkół.

8.5.6. ŚRODKI ZASTĘPCZE O DZIAŁANIU PSYCHOAKTYWNYM.

Oddział Promocji Zdrowia w ramach ograniczenia zjawiska występowania środków zastępczych tzw. dopalaczy, w tym nowych substancji psychoaktywnych realizował

działania edukacyjne adresowane do różnych grup wiekowych, zawodowych i społecznych. Skuteczność podejmowanych działań edukacyjno- profilaktycznych w dużej mierze zależy od odpowiednio przygotowanych i wyposażonych w wiedzę ekspercką nauczycieli, pedagogów i opiekunów, których nie tylko postawa, ale również i kwalifikacje mogą przyczynić się do zahamowania zjawiska używania przez młodzież nowych substancji psychoaktywnych i ograniczenia przypadków zatruc toksycznych. Dynamiczny rozwój rynku nowych narkotyków wymaga ciągłego pogłębiania wiedzy osób realizujących działania profilaktyczne w placówkach oświatowo-wychowawczych. Na prośbę dyrektorów placówek oświatowo- wychowawczych pracownicy Oddziału Promocji Zdrowia edukowali kadrę pedagogiczną, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, rodziców oraz dzieci i młodzież uczęszczającą do szkół w Warszawie oraz przebywającą pod opieką w różnych ośrodkach i instytucjach. Objęto edukacją kadrę pedagogiczną: Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii, Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych, Specjalnych Ośrodków Szkolno- Wychowawczych, Centrum Kształcenia Ustawicznego, Centrum Kształcenia Praktycznego, Międzyszkolnych Ośrodków Sportowych, Placówek Opiekuńczo- Wychowawczych, Specjalnych Ośrodków Szkolno- Wychowawczych, Centrum Kształcenia Praktycznego, Domów Dziecka.

W ramach współpracy z Biurem Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu m.st. Warszawy przeszkolono dyrektorów szkół, kadrę pedagogiczną oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w placówkach oświatowo-wychowawczych w Dzielnicy Wola.

W szkoleniu uczestniczyły 34 osoby, które zostały zaopatrzone w wiedzę z zakresu: środki zastępcze tzw. dopalacze – czym są, objawy zażywania, konsekwencje zdrowotne i społeczne; psychologiczne i społeczne mechanizmy uzależnienia od środków psychoaktywnych; jakie „Substancje są „modne” wśród młodzieży” oraz zaproponowano realizację programu edukacyjnego pn. „ARS, czyli jak dbać o miłość?”

Celem nadrzędnym działań edukacyjnych było:

- 1) zwiększenie świadomości społecznej na temat zażywania i skutków zdrowotnych „dopalaczy”;
- 2) przekazanie wiedzy rodzicom i kadrze pedagogicznej na temat rozpoznawania symptomów zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież;

- 3) ograniczenie zażywania środków psychoaktywnych tzw. „dopalaczy” przez różne grupy wiekowe, zawodowe i społeczne.

Pracownicy Oddziału Promocji Zdrowia w ramach ograniczania zjawiska występowania nowych narkotyków tzw. „dopalaczy” wygłosili 117 pogadańk adresowanych do dzieci i młodzieży uczących się w szkołach m. st. Warszawy. Edukacją objęto 13 590 osób. Wygłoszono 78 wykładów adresowanych do kadry pedagogicznej oraz rodziców, edukacja objęto 2965 osób Zajęcia zostały wzmocnione projekcją filmów edukacyjnych pn.: „Dopalacze – Narkotyki. Nie warto ryzykować” oraz „Dziękuję nie biorę”. Zorganizowano 11 szkoleń eksperckich adresowanych do funkcjonariuszy Zakładów Karnych, Aresztów Śledczych oraz kadry pedagogicznej, funkcjonariuszy Policji. Edukacją objęto osadzonych w Areszcie Śledczym Warszawa- Białołęka. W ramach prowadzonych działań wyedukowano 499 osób, w tym 61 osadzonych. Zajęcia dla osadzonych zostały wzmocnione filmem pn. „Kolekcjonerzy mocnych wrażeń”.

W ramach Światowych Dni Młodzieży (ŚDM) Oddział Promocji Zdrowia prowadził działania edukacyjno-informacyjno-szkoleniowe dla dzieci i młodzieży, rodziców, dla mieszkańców Warszawy, funkcjonariuszy policji oraz pielgrzymów. Mając na uwadze zaangażowanie stołecznych policjantów w zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom Warszawy oraz pielgrzymom przybyłym na ŚDM, we współpracy z Komendą Stołeczną Policji zorganizowano dla funkcjonariuszy zabezpieczających ŚDM cykl 3 szkoleń na temat nowych substancji psychoaktywnych tzw. dopalaczy pn. „Zagrożenia zdrowotne dla funkcjonariuszy podczas imprez masowych”. Przeszkolono 196 policjantów. Ze względu na dynamiczny rozwój rynku nowych narkotyków została pogłębiona wiedza funkcjonariuszy realizujących działania profilaktyczne w ramach ŚDM. Pracownicy Oddziału Promocji Zdrowia wspólnie z funkcjonariuszami Wydziału Prewencji Komendy Stołecznej Policji opracowali ulotkę pn. „Nowe narkotyki, czy znasz prawdę o dopalaczach?”. Wydrukowana w nakładzie 60 tysięcy sztuk (15 tys. szt. przekazano do KS Policji – wydział Prewencji, za ich pośrednictwem przekazano do Kurii i do wolontariuszy). Wspólnie również, opracowano i wydrukowano w nakładzie 7 tysięcy sztuk wkładkę do w/w ulotek w języku angielskim.

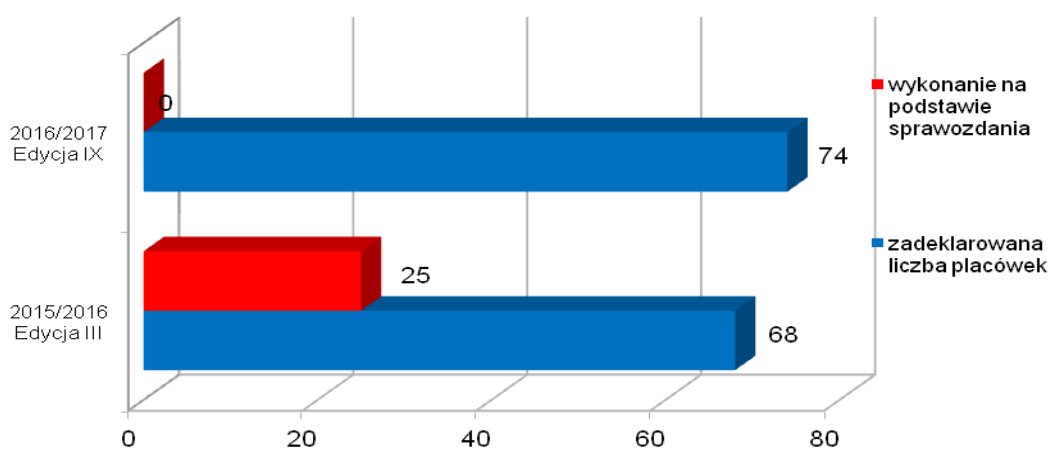
W ramach zadań własnych pracownicy OPZ wygłosili 9 wykładów dla rodziców, opiekunów i pedagogów nt. zagrożeń wynikających z zażywania dopalaczy i identyfikacji zachowań po ich zażyciu. Działaniami edukacyjnymi objęto 443 osoby.

Zorganizowano 3 szkolenia dla kadry pedagogicznej z placówek oświatowo-wychowawczych, opiekuńczych i socjoterapeutycznych pn. „Dopalacze – aktualne zagrożenia dla dzieci i młodzieży”. Edukacją objęto 101 osób. Przeprowadzono 111 godzin zajęć edukacyjnych na temat skutków zdrowotnych zażywania nowych narkotyków adresowanych do dzieci i młodzieży. Wykłady i pogadanki połączono z prezentacją multimedialną oraz projekcją filmów edukacyjnych pn. „Dziękuję nie biorę ” oraz „Dopalacze – Narkotyki. Nie warto ryzykować”. Część zajęć prowadzono w formie warsztatów. Działaniami edukacyjnymi objęto 2 551 uczniów. Pracownicy OPZ mając na uwadze bezpieczeństwo dzieci odpoczywających w ogólnomiejskiej akcji „Zima w mieście” i „Lato w mieście” działaniami edukacyjnymi objęli wypoczywających najmłodszych mieszkańców Warszawy oraz ich opiekunów i rodziców. Przeprowadzono 14 zajęć warsztatowych dla dzieci odpoczywających w ramach akcji „Zima w mieście ” Edukacją objęto 381 opiekunów i podopiecznych. PW ramach akcji „Lato w mieście” wygłoszono 35 pogadanek, w których uczestniczyły 1170 osoby.

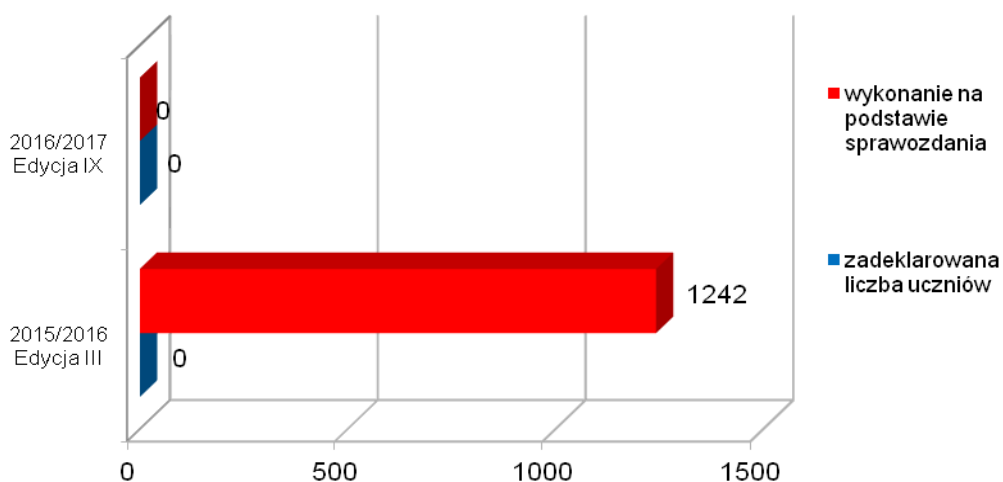
- 1) Program „ARS, czyli jak dbać o miłość” – (w roku szkolnym 2016/2017 - IV edycja programu ogólnopolskiego), opracowanego w ramach Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Adresowany jest on do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. Głównym celem jest edukacja w zakresie skutków zdrowotnych i społecznych używania substancji psychoaktywnych. Młodzież uczestnicząca w programie zdobywa wiedzę na temat wpływu używania alkoholu, narkotyków i innych środków psychoaktywnych na relacje międzyludzkie oraz na możliwości dokonywania ważnych wyborów życiowych. Istotnym elementem programu jest budzenie odpowiedzialności w kontekście przyszłych postaw rodzicielskich, a także uświadomienie młodzieży szkodliwego wpływu używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży na zdrowie ich potomstwa.

Program, według założeń pierwotnych powinien zakończyć się na III edycji. Uznano jednak, na poziomie Głównego Inspektoratu Sanitarnego, konieczność realizacji edycji IV, która trwała zaledwie 5 miesięcy. W roku szkolnym 2016/2017 przeprowadzono, zatem kolejną rekrutację do programu podczas wizytacji w placówkach oświatowo – wychowawczych, drogą

e-mailową, oraz podczas narad inaugurujących rok szkolny 2016/2017 z dyrektorami placówek ponadgimnazjalnych, organizowanych przez Biuro Edukacji oraz Wydziały Oświaty i Wychowania w poszczególnych dzielnicach. Do realizacji IV edycji zakwalifikowano 74 (68 placówek, które realizowały program w poprzednich edycjach oraz 6 nowo pozyskanych), – co stanowi 42, 5% wszystkich placówek ponadgimnazjalnych. Z uwagi na fakt, iż deklaracja udziału placówki w programie jest drukiem zewnętrznym i nie przewiduje pozyskania informacji o deklarowanej liczbie uczniów uczestniczących w programie w roku szkolnych 2016/2017 – takimi danymi nie dysponujemy.



Wykres 15. Liczba szkół, ponadgimnazjalnych biorących udział w programie „ARS, czyli jak dbać o miłość”.



Wykres 16. Liczba uczniów biorących udział w programie „ARS, czyli jak dbać o miłość”.

2) W ramach "Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych" w roku 2016 kontynuowano ogólnopolską kampanię społeczną pn. „*Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!*”. Kampania trwała do końca 2016 roku, w trakcie jej realizacji na poziomie Głównego Inspektoratu Sanitarnego pojawiły się spoty telewizyjne i radiowe, broszury, ulotki edukacyjne i plakaty, billboardy oraz spoty na nośnikach LCD w tramwajach i autobusach. Celem kampanii „*Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!*” było zwiększenie wiedzy na temat skutków zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych, a także ograniczenie ich stosowania. Główną grupą docelową kampanii były kobiety w wieku prokreacyjnym, ciężarne oraz ich rodziny i bliscy.

Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna m. st. Warszawie w 2016 r. głównie prowadziła dystrybucję materiałów edukacyjno-informacyjnych w formie ulotek i broszur do szkół ponadgimnazjalnych, ZOZ-ów oraz zakładów pracy. Uzyskano liczbę 17 048 odbiorców działań kampanijnych.

8.5.7. KAMPANIA „BEZPIECZNY SENIOR”

Akademia Seniora – projekt rozpoczął się w 2014 roku na terenie województwa Mazowieckiego pn.: „Mazowiecka Akademia Seniora” MAS). Organizatorem projektu jest Wydział Prewencji Komendy Stołecznej Policji i Komendy Wojewódzkiej z siedzibą w Radomiu. Głównym celem projektu jest zaangażowanie seniorów i wolontariuszy do inicjacji spotkań w środowisku lokalnym z osobami starszymi. Idea jest tak opracowana, że angażuje seniorów nie tylko, jako słuchaczy i odbiorców założeń projektu, ale jednocześnie są oni powołani, jako Liderzy przeszkoleni przez przedstawicieli wszystkich partnerów MAS do organizowania spotkań otwartych dla osób starszych w środowisku lokalnym. Partnerami programu są m. in. Komenda Stołeczna Policji, Inspekcja Sanitarna, Urząd Miasta Stołecznego Warszawy, Straż Miejska. W związku z tym pracownicy OPZ zaprezentowali przedstawicielom Uniwersytetów Trzeciego Wieku prezentację multimedialną wraz z ofertą programów edukacyjnych skierowanych do seniorów. Omówiono działania lokalne. Rozdano wszystkim uczestnikom ulotki informacyjne. Z okazji obchodów Światowego Dnia Osób Starszych zamieszczono materiały informacyjno-edukacyjne dotyczące prozdrowotnego stylu życia dla seniorów na stronie internetowej instytucji oraz na

tablicy informacyjnej w obydwu siedzibach PSSE w m.st. Warszawie. Łącznie działaniami edukacyjnymi objęto 4 689 osoby.

8.5.8. KONKURS PN. „SKLEPIK SZKOLNY W PRZYJAŹNI ZE ZDROWIEM”.

Konkurs skierowany był do uczniów warszawskich szkół podstawowych oraz gimnazjalnych w m. st. Warszawie. Honorowy patronat nad konkursem objął Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Warszawie.

Zadaniem uczniów biorących udział w konkursie było przygotowanie plakatu, który będzie w ciekawy sposób promował sklepik szkolny i jego asortyment wraz z hasłem na promocję zdrowej żywności oferowanej uczniom w placówce oświatowej. Konkurs miał na celu promowanie sklepików szkolnych oferujących w swoim asortymencie żywność o wysokiej wartości odżywczej.

Do wskazanego w Regulaminie terminu (31.05.2016) wpłynęły 44 prace konkursowe. Nadesłane prace zostały ocenione przez Komisję Konkursową w dniu 10.06.2016 r.

Po wstępnej weryfikacji prac, zgodnie z wymaganiami określonymi w Regulaminie zakwalifikowano 32 prace (20 prac ze szkoły podstawowej i 12 prac z gimnazjum). 12 prac konkursowych zostało odrzuconych ze względu na niespełnienie wymogów regulaminowych. Komisja konkursowa wyłoniła zwycięzców w 2 kategoriach – szkoły podstawowe oraz szkoły gimnazjalne oraz przyznano trzy wyróżnienia. W kategorii II- Gimnazjum ze względu na wyrównany poziom prac w konkursie nie przyznano I miejsca, za to przyznano dwie równorzędne nagrody za zajęcie II miejsca. Uroczyste podsumowanie i wręczenie nagród nastąpiło w dniu 15.06.2016r. Nagrody ufundowali m.in. Burmistrzowie Dzielnic Ursynów, Żoliborz Bielany i Wola oraz inni darczyńcy.

8.5.9. ZASADY ZDROWEGO ŻYWIENIA.

Celem działalności w zakresie interwencji nieprogramowej - Zasady Zdrowego Żywienia było propagowanie prawidłowego odżywiania i roli śniadania w diecie dzieci w wieku szkolnym. W ramach tej interwencji zostały przeprowadzone pogadanki z dziećmi w zakresie zasad prawidłowego żywienia, przedstawiono założenia żywieniowe w oparciu o talerz zdrowia, sześć zasad prof. Bergera oraz nowej Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej (IŻŻ, 2016). Omówiono błędy żywieniowe oraz wskazano właściwy asortyment w sklepiku szkolnym zgodnie z wytycznymi

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2015r., poz. 1256). W spotkaniach uczestniczyło 450 uczniów.

Pracownicy PSSE zajmowali się także dystrybucją materiałów edukacyjno-informacyjnych oraz przeprowadzili monitoring II śniadań w warszawskich szkołach. Monitoring przeprowadzono w 7 szkołach podstawowych, 6 szkołach gimnazjalnych oraz w 1 liceum ogólnokształcącym.

8.5.10. ORGANIZACJA ŻYWIENIA ZBIOROWEGO

Oddział Promocji Zdrowia PSSE w m.st Warszawie nawiązując do wdrożenia przepisu prawnego dotyczącego asortymentów w sklepikach szkolnych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2015 r., poz. 1256), przekazał do warszawskich szkół materiały, w których przedstawione treści miały na celu pogłębienie i usystematyzowanie wiedzy z zakresu asortymentu sklepików szkolnych oraz zdrowego odżywiania. Broszury dla uczniów oraz informacja/prezentacja dla rodziców zostały rozpowszechnione wśród 10 523 uczniów oraz 5797 rodziców. Materiały informacyjne dla rodziców zostały przekazane w formie pogadanki podczas zebrań klasowych. 41 placówek oświatowych udzieliło odpowiedzi dotyczącej czynnego udziału w działalności edukacyjnej w zakresie zapoznania się z wymaganiami w/w rozporządzenia.

Szkoły prowadziły upowszechnianie wiedzy poświęconej ww. problematyce wykorzystując różnorodne formy edukacji tj.: ekspozycję materiałów, dystrybucję ulotek, tablice informacyjne, gazetki na holu placówki, stronę internetową szkoły, pogadanki z pielęgniarką lub wychowawcą, prezentacje multimedialne, zajęcia warsztatowe, gry, zajęcia plastyczne, apele, konkursy, spotkania z dietetykiem. Zostały wygłoszone wykłady przez pracowników OPZ pn. „Organizacja żywienia dzieci w jednostkach systemu oświaty w świetle najnowszych regulacji prawnych”. Przedstawiono cel wprowadzonych zmian legislacyjnych, skutki nieprawidłowego

żywienia dzieci, zmiany w ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia wprowadzone ustawą z dn. 28 listopada 2015r.

8.5.11. KAMPANIA „LEKKI TORNISTER”

W grudniu 2016r ruszyła V edycja projektu informacyjno-edukacyjnego pn. „Lekki Tornister” organizowanego przez Fundację Rosa we współpracy, opartej na podpisanym porozumieniu, z Departamentem Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie.

Ogólnopolski Projekt pn. „Lekki Tornister” adresowany jest do uczniów szkół podstawowych z klas I-II. W listopadzie 2016r. OPZ rozesłał drogą mailową list zapraszający Dyrektorów szkół do wzięcia udziału w ww. projekcie. Na terenie miasta stołecznego Warszawy do udziału w projekcie zakwalifikowało się 15 szkół podstawowych.

Głównym założeniem projektu informacyjno-edukacyjnego pn. „Lekki Tornister” jest profilaktyka chorób układu ruchu i wad postawy wśród uczniów.

Cele tego przedsięwzięcia to:

- 1) dostarczenie dzieciom, nauczycielom oraz rodzicom wiedzy i narzędzi, dzięki którym będą mogły dokonywać świadomego wyboru wpływającego, na jakość życia,
- 2) zmotywowanie uczniów do prawidłowego i zdrowego trybu życia oraz dbania o prawidłową sylwetkę,
- 3) zwrócenie uwagi na problem przeciążenia plecaków uczniów i związanych z nim wad postawy, a w konsekwencji bólów kręgosłupa, zmniejszenia pojemności płuc oraz schorzeń ortopedycznych i neurologicznych.

Zamieszczono również materiał informacyjno-edukacyjny dotyczący projektu pn. „Lekki Tornister” na stronie internetowej PSSE w m.st. Warszawie oraz na tablicy informacyjnej w obydwu siedzibach PSSE w m.st. Warszawie.

8.5.12. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZATRUĆ POKARMOWYCH

W związku z profilaktyką zatruc pokarmowych pracownicy OZP zajmowali się dystrybucją materiałów edukacyjno-informacyjnych oraz przeprowadzili 49 pogadank dla dzieci w wieku szkolnym (zajęcia prowadzono podczas akcji „Zima

w mieście” oraz „Lato w mieście”) oraz kadry pedagogicznej i opiekunów, gdzie omawiano zasady postępowania podczas infekcji przewodu pokarmowego wywołanej niedostateczną higieną rąk przy spożywaniu pokarmów, a także środki ostrożności. W wyniku podjętych działań uzyskano 2745 odbiorców materiałów edukacyjno-informacyjnych.

8.5.13. PROFILAKTYKA ZATRUĆ GRZYBAMI

Zbieranie grzybów w Polsce było i jest bardzo popularne. W Polsce rośnie wiele gatunków grzybów o różnej toksyczności. Spotykamy gatunki trujące, niejadalne i jadalne. Mimo powtarzanych ostrzeżeń, każdego roku dochodzi do ciężkich zatruc grzybami. Oddział Promocji Zdrowia w okresie grzybobrania za cel wyznaczył sobie zapoznanie społeczeństwa z tematyką profilaktyki zatruc grzybami oraz bezpiecznego grzybobrania. Pracownicy OPZ opracowali i przesłali prezentację multimedialną do placówek szkolno-wychowawczych oraz zamieścili informację na stronie internetowej i na tablicach informacyjnych w siedzibie PSSE w m.st. Warszawie przy ul. Kochanowskiego 21 oraz przy ul. Cyrulików 35. Wysłano do dyrektorów placówek szkolno-wychowawczych zaproszenie na wystawę grzybów pn. „Poznaj grzyby – unikniesz zatrucia”, organizowaną przez Oddział Promocji Zdrowia Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie. Łącznie działaniami edukacyjnymi objęto 14 200 osób.

8.6. WNIOSKI

Działania Oddziału Promocji Zdrowia charakteryzują się dużą różnorodnością podejmowanej tematyki, stosowanych form oraz szerokim przedziałem wiekowym adresatów, do których są kierowane te działania.

Powyższe opracowanie przedstawia szczegółowo zakres i zasięg podejmowanych inicjatyw. Oprócz działań przewidywalnych, ujętych w wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Wojewódzkiej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej, które można zaplanować dostosowując działania do zasobów kadrowych, ich przygotowania zawodowego i predyspozycji indywidualnych, mogą pojawiać się zdarzenia czy zjawiska nieprzewidywalne w skutkach zdrowotnych, ich nasilenie sezonowe (zatrucia „dopalaczami”, grzybami, salmonellozy, grypa, wszawica,

utonięcia itp.), czy incydentalnie, masowe imprezy jak Światowe Dni Młodzieży czy szczyt NATO w Warszawie, które wymagają szczególnej uwagi i działań w określonych środowiskach przy wykorzystaniu całego potencjału pracowników oddziału w określonym czasie.

Jednak podstawą działań profilaktyki uniwersalnej jest systematyczna praca z zakresu edukacji zdrowotnej ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży, a także środowiska placówek opieki zdrowotnej i zakładów pracy.

Z uwagi na odległe w czasie ujawniane objawy kliniczne określonej grupy chorób tzw. zachowaniozależnych (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca i inne), minimalizacja czynników etiologicznych tych schorzeń jest naszym głównym zadaniem.

Powyższe wyzwania ujawniają potrzebę intensywnej współpracy z wieloma podmiotami działającymi w tym zakresie w m. st. Warszawie.

Jednak w ramach działalności ujętej w planach pracy a realizowanej przede wszystkim w placówkach oświatowo-wychowawczych jest wiele uwag, które ograniczają w pewnym stopniu osiągnięcie pełnej skuteczności naszych działań.

Główne przyczyny to:

- 1) wprowadzenie standaryzacji wizytacji i narzucenie określonych typów placówek objętych wizytacjami /diagnozami w danym roku, powoduje, iż nie dokonuje się diagnozy w danym typie placówek. Powoduje to brak ciągłości w ocenie i analizie zjawisk zdrowotnych, które mogą być podstawą do podejmowania działań profilaktycznych i być przesłanką do tworzenia programu minimalizującego negatywne zachowania zdrowotne;
- 2) brak zsynchronizowanych działań, ujętych w przepisach prawnych, pomiędzy instytucjami w zakresie działań profilaktycznych i promocji zdrowia, brak przejrzystego podziału zadań;
- 3) brak obligatoryjności uczestnictwa szkół w programach edukacji zdrowotnej nie gwarantuje równego dostępu dzieci i młodzieży do informacji o zdrowiu zawartych w oferowanych programach a tym samym do oczekiwanych skutków populacyjnych oferowanych programów (zmiana nawyków i obniżenie zapadalności);
- 4) brak wystarczających ilości i w odpowiednim czasie materiałów do zalecanych programów o zasięgu ogólnokrajowym i wojewódzkim;

- 5) materiały do realizacji programów są w znacznej części mało atrakcyjne dla młodzieży, nie przystają do obecnych możliwości na rynku elektronicznym;
- 6) brak narzędzi do pomiaru skuteczności wdrażanych, niektórych programów (ewaluacja) w skali kraju i województwa;
- 7) zbyt mała aktywność i zainteresowanie rodziców lub/i opiekunów nie gwarantuje pełnej skuteczności realizowanego programu, gdyż brak wzmocnień i kontynuacji w środowisku domowym zalecanych zachowań nie spełnia to podstawowego wymogu metodycznego programu, a tym samym sukcesu edukacyjnego.

9. OCENA SYTUACJI KRYZYSOWEJ W OBSZARZE ODPOWIEDZIALNOŚCI POWIATOWEJ STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ W M. ST. WARSZAWIE w 2016 r.

W 2016 roku Powiatowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w m. st. Warszawie (PSSE) podejmowała działania związane z przeciwdziałaniem i ograniczaniem skutków zagrożeń będących w obszarze odpowiedzialności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, mających wpływ na poziom bezpieczeństwa ludzi na terenie m. st. Warszawy. Działania te dotyczyły w szczególności zapobiegania i usuwania zagrożeń biologicznych spowodowanych działalnością bioterrorystyczną oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych szczególnie niebezpiecznych. Ich realizacja polegała na prowadzeniu bieżącego nadzoru, zbieraniu informacji o potencjalnych zagrożeniach i sytuacji sanitarno-epidemicznej, a także na czynnym udziale w akcji ratowniczej na miejscu zdarzenia.

W związku z powyższym wprowadzano nowe rozwiązania, które miały na celu doskonalenie obecnych w PSSE systemów funkcjonowania i reagowania na występujące sytuacje kryzysowe m.in. poprzez doskonalenie działania telefonu alarmowego PSSE.

W 2016 roku za pomocą telefonu alarmowego przyjęto 97 interwencji. 13 z nich dotyczyło zdarzeń o przypuszczalnym charakterze bioterrorystycznym. Związane one były z przesyłkami z potencjalnie niebezpieczną i niezidentyfikowaną substancją, a skierowanych przede wszystkim do różnych organów administracji publicznej, mających swoje siedziby na terenie m. st. Warszawy. Wszystkie sprawy zostały wyjaśnione poprzez sprawne działanie oraz podejmowanie skutecznych i właściwych decyzji przez Państwowego Powiatowego Inspektora sanitarnego w m. st. Warszawie (PPIS), a także jego współpracę w miejscu zdarzenia z przedstawicielami Straży Pożarnej, Policji i innych służb. Działania te zaowocowały usunięciem skutków i wyeliminowaniem zagrożenia w tych przypadkach, przez co nie wpłynęły one w sposób znaczący na poziom bezpieczeństwa w m. st. Warszawie.

Na telefon alarmowy otrzymano również 7 interwencji z warszawskich szpitali o podejrzeniach chorób zakaźnych. Osoby z podejrzeniem choroby natychmiast po otrzymaniu informacji objęte zostały nadzorem epidemiologicznym przez PPIS. W przypadku potwierdzenia zachorowania podejmowano działania i współpracę

z innymi podmiotami, co pozwoliło uniknąć rozprzestrzeniania się chorób. Pozostałe przyjęte interwencje dotyczyły zdarzeń związanych z codzienną działalnością PSSE, które w mniejszym stopniu niż ww. oddziaływały na bezpieczeństwo ludności w m. st. Warszawie.

W lipcu 2016 roku miały miejsce wydarzenia związane z organizacją Szczytu NATO i Światowych Dni Młodzieży. PPIS, na czas trwania tych imprez masowych, wprowadził szczególny tryb funkcjonowania PSSE, poprzez zwiększenie czujności na zagrożenia i pełnienie dodatkowych dyżurów w siedzibie PSSE oraz zorganizowanie i przeznaczenie dodatkowych sił i środków na potrzeby zwalczania ewentualnych zagrożeń. Nie odnotowano jednak w tym czasie poważniejszych zdarzeń, a pojawiające się incydenty nie stwarzały większego zagrożenia.

W roku sprawozdawczym 2016 podejmowano także współpracę z innymi podmiotami w sprawach związanych z zarządzaniem kryzysowym, w zakresie działania i doskonalenia procedur postępowania w przypadku wystąpienia zagrożeń. Szczególnym czasem był okres poprzedzający Szczyt NATO i Światowe Dni Młodzieży, gdzie współpraca ta była konieczna dla odpowiedniego zabezpieczenia tych imprez. Dodatkowo wzięto udział w ćwiczeniach i szkoleniach m. in. w „Regionalnych ćwiczeniach Obronnych 2016”, w celu umocnienia współdziałania służb w sytuacjach kryzysowych.

Dokonując oceny sytuacji kryzysowej w obszarze odpowiedzialności PSSE należy stwierdzić, że w całym 2016 roku nie odnotowano poważniejszych zdarzeń, które mogłyby zagrażać bezpieczeństwu ludności na terenie m. st. Warszawy. Dzięki wysiłkom pracowników PSSE, skutecznie przeciwdziałano tym zagrożeniom, które miały miejsce oraz właściwie przygotowano się do zabezpieczenia imprez masowych związanych z organizacją Szczytu NATO i Światowych Dni Młodzieży, w wyniku czego przebiegły one bezpiecznie i pomyślnie.

10. WNIOSKI

1. Według danych statystycznych na dzień 31.12.2016 r., otrzymanych z Urzędów Dzielnic dla m. st. Warszawy, liczba zameldowanych mieszkańców wyniosła 1 655 383 jednakże należy stwierdzić, że nadzorem sanitarno-epidemiologicznym dodatkowo zostało objętych ok. 1 200 000 osób, dotyczy to osób m. in. pracujących a nie mieszkających w Warszawie jak również przyjeżdżających w celach turystycznych do Warszawy, tymi samymi siłami PSSE w m. st. Warszawie.
2. Nie obserwowano nagłego i niekontrolowanego wzrostu ilości chorób zakaźnych, zaś notowane fluktuacje, podobnie jak w latach ubiegłych, miały charakter sezonowy lub są kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich.
3. Problem stanowi wdrożenie nadzoru epidemiologicznego nad chorymi na gruźlicę osobami bezdomnymi, przebywającymi na terenie m. st. Warszawy.
4. W roku 2016 odnotowano znaczny spadek zachorowań na choroby zakaźne pochodzenia zawodowego, do czego z pewnością przyczyniła się profilaktyka (np. szczepienia przeciwko WZW A i B) i liczne programy edukacyjne.
5. Ze względu na liczbę tzw. chorób brudnych rąk istnieje potrzeba, aby w poszczególnych dzielnicach dotrzeć do żłobków, przedszkoli i szkół z programami profilaktycznymi kształtującymi nawyki higieniczne wśród dzieci i młodzieży (np.: program lokalny „Więcej Wiem Mniej Choruję”).
6. Brak obligatoryjności uczestnictwa szkół w programach edukacji zdrowotnej nie gwarantuje równego dostępu dzieci i młodzieży do informacji o zdrowiu zawartych w oferowanych programach, a tym samym oczekiwanych skutków populacyjnych oferowanych programów (zmiana nawyków i obniżenie zapadalności na choroby wynikające ze stylu życia).
7. Celem poprawy warunków sanitarno-technicznych w placówkach oświatowo-wychowawczych i opiekuńczych wydaje się być zasadnym rozwiązanie problemu niedoboru środków finansowych będących w dyspozycji tych placówek.
8. Z uwagi na ciągłe skargi mieszkańców na uciążliwości zapachowe związane z segregacją i kompostowaniem odpadów komunalnych, dla pełnego zabezpieczenia przeciwepidemicznego Warszawy, koniecznym jest jak najszybsze uruchomienie nowoczesnych zakładów tego typu.

9. W związku z inwestycjami na terenach przemysłowych, należy zwrócić szczególną uwagę na ewentualne uciążliwości zapachowe mogące stanowić zagrożenie dla zdrowia mieszkańców Warszawy.
10. Z powodu nasilającego się ruchu kołowego i szynowego w obszarze Warszawy, mając na względzie kontrolę środków transportu publicznego, zwłaszcza w godzinach szczytu, koniecznym wydaje się podjęcie pilnych działań rozbudowy linii metra.
11. Stwierdzono znaczny spadek (ponad dwukrotny w stosunku do roku 2015) przypadków zatrucień środkami zastępczymi. Można przypuszczać, że przyczyniły się do tego liczne działania edukacyjne i inspekcyjne zrealizowane przez pracowników PSSE z różnymi podmiotami zewnętrznymi (policja, Straż Miejska) co pozwoliło dotrzeć do bardzo szerokiej grupy dzieci i młodzieży z tą bardzo ważną dla zdrowia, a niekiedy życia, informacją.
12. Podjęte intensywne działania kontrolne w obiektach żywnościowo-żywnościowych, w okresie przed i w trakcie szczytu NATO i ŚDM, skutkowało brakiem interwencji uczestników ww. wydarzeń dotyczących m.in. niewłaściwego stanu sanitarnohigienicznego obiektów czy niewłaściwej jakości zdrowotnej żywności.
13. W 2016r. stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnościowych zlokalizowanych na terenie m.st. Warszawy uległ nieznacznej poprawie, o czym świadczy brak potwierdzonych zatrucień pokarmowych, mniejsza liczba wydanych decyzji nakazujących (2015 - 806, 2016 - 739) oraz liczba nałożonych mandatów (2015 – 1444/416300 PLN, 2016 – 1382/407600).
14. Przeprowadzone kontrole wykazały niezgodności realizacji inwestycji z projektem budowlanym lub obowiązującymi przepisami w 56,5% skontrolowanych obiektów; w 79 % analizowaną dokumentację projektową uzgodniono z zastrzeżeniami lub oceniono negatywnie.