POWIATOWA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W M. ST. WARSZAWIE

OCENA STANU SANITARNOHIGIENICZNEGO ORAZ SYTUACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ m. st. Warszawy w roku 2017

Luty 2018 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 2017 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 216 pracowników. Stan na 31.12.2017 r. w poszczególnych komórkach organizacyjnych kształtuje się następująco:

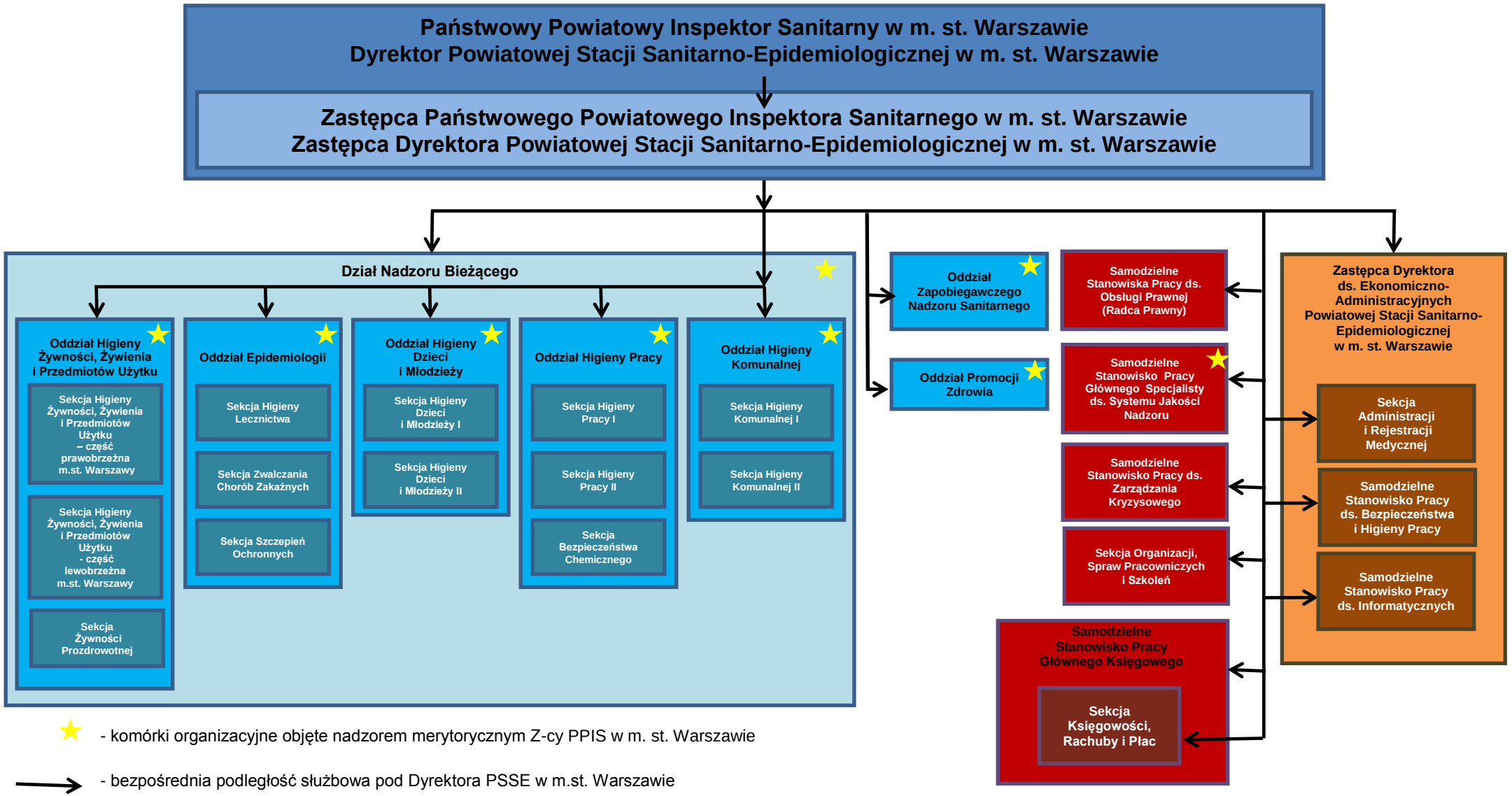
1) Dyrektor -1 osoba
2) Zastępca Dyrektora -1 osoba
3) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych -1 osoba
4) Higiena Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku -50 osób
5) Higiena Komunalna -27 osób
6) Higiena Pracy -26 osób
7) Higiena Dzieci i Młodzieży -14 osób
8) Epidemiologia -31 osób
9) Promocja Zdrowia -11 osób
10) Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny -13 osób
11) Główny Specjalista ds. Systemu Jakości Nadzoru -1 osoba
12) Pracownicy administracyjni i samodzielne stanowiska -40 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 2017 r. poz. 1261) 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 2017 roku łącznie 15 165 kontroli oraz nałożyli ogółem 1165 mandatów na łączną kwotę 349 950 zł.

SCHEMAT ORGANIZACYJNY
Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie



2. HIGIENA ŚRODOWISKA

W roku 2017 w ewidencji Oddziału Higieny Komunalnej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie (stan na koniec roku) znajdowało się 3361 obiektów, do kontroli zaplanowano 1568 z czego skontrolowano 1282, co stanowi około 82 % wykonania planu. Łącznie przeprowadzono 2068 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 1.700.000 mieszkańców w wodę przeznaczoną do spożycia zaopatruje 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 Północny w Wieliszewie. Źródłem wody dla dwóch pozostałych zakładów ujmujących wodę infiltracyjną tj. Zakładu Centralnego SUW „Filtry" i Zakładu Centralnego SUW „Praga" 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 Centralnego SUW „Filtry" i uzupełniana z Zakładu Centralnego SUW „Praga" poprzez przepompownię znajdującą się na Marymoncie. Prawobrzeżna część Warszawy zaopatrywana jest przez Zakład Centralny SUW „Praga" i Zakład Północny 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 2017 r., poz. 328 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1261 z późn. zm.) 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). Liczba punktów pobierania próbek wody do celów monitoringowych w sieci wodociągów warszawskich wytypowano w zależności od wielkości produkcyjnej poszczególnych zakładów:

1) Zakład Centralny SUW „Filtry”– 3 punkty w sieci + 4 wyjścia;
2) Zakład Centralny SUW „Praga” – 3 punkty w sieci + 2 wyjścia;
3) Zakład Północny – 3 punkty w sieci + 1 wyjście;
4) Wodociąg Publiczny „Falenica” – „Radość” – 3 punkty w sieci;
5) Wodociąg Publiczny Warszawa Wesoła – 5 punktów w sieci.

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

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 i innych substancji wymienionych w/w rozporządzeniu.

W 2017 r. z wodociągu publicznego warszawskiego pobrano i zbadano wodę przeznaczoną do spożycia w ilości:

1) 559 próbek w zakresie oznaczeń mikrobiologicznych;

2) 559 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 2017 r. z ujęć głębinowych pobrano i zbadano wodę przeznaczoną do spożycia w ilości:

1) 306 próbek w zakresie oznaczeń mikrobiologicznych;
2) 306 próbek w zakresie oznaczeń fizyko-chemicznych.

Jakość wody w wodociągu warszawskim oraz z ujęć oligoceńskich kwestionowana była ze względu na ponadnormatywne zawartości związków żelaza, amoniaku 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 2017 r. roku pobrano 17 próbek z 6 obiektów służby zdrowia (szpitale, DPS-y, ZOL-e).

2.2. JEZIORKO CZERNIAKOWSKIE-MIEJSCE PRZEZNACZONE DO KĄPIELI

Stołeczne Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w terminie od 10.06.2017 r. do 10.09.2017 r., na wydzielonym fragmencie linii brzegowej Jeziorka Czerniakowskiego, zlokalizowanego przy ul. Jeziornej w Warszawie, organizowało miejsce wykorzystywane do kąpieli, na zlecenie Miasta Stołecznego Warszawa - Dzielnica Mokotów ul. Rakowiecka 25/27, 02-517 Warszawa.

W dniach 14.06.2017r. i 02.08.2017 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie wydał pozytywne oceny przydatności wody do kąpieli - na podstawie sprawozdań z badań prób wody pobranych z miejsca wykorzystywanego do kąpieli zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpieli (Dz. U. z 2011 r., Nr 86 poz.478).
W związku z przeprowadzoną kontrolą sanitarną oraz oceną wizualną

w dniu 16.08.2017 r. stwierdzono brak przydatności wody do kąpieli – powodem było podejrzenie zakwitu sinic.
W dniu 08.09.2017 r. na podstawie prawidłowych sprawozdań z badań wody pobranej w dniu 04.09.2017 r. wydana została pozytywna ocena przydatności wody do kąpieli.

2.3. USTĘPY PUBLICZNE I OGÓLNODOSTĘPNE W OBIEKTACH UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

W roku 2017 w ewidencji znajdowało się 80 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 ajenci 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 znajdowały się 82 pływalnie, w tym 76 to pływalnie kryte. W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. z 2015 r., 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 wydał roczne oceny jakości wody na pływalniach dla 75 obiektów - w tym jedna ocena stwierdzała nieodpowiednią jakość wody na basenie krytym.

2.5. DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

Przeprowadzono kontrolę w 16 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.

Jednakże, 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 znajdują się ogółem 182 obiekty hotelarskie – hotele skategoryzowane i inne świadczące usługi hotelarskie. Łącznie skontrolowano 140 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.

Niepokojącym wydaje się fakt zgłaszania interwencji dotyczącej zapluskwienia pokoi gościnnych w hotelach i hostelach oraz innych obiektach noclegowych niezależnie od standardu obiektu.

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

W ewidencji na koniec 2017 r. znajdowały się 1763 zakłady świadczące usługi fryzjerskie, fryzjersko-kosmetyczne, odnowy biologicznej oraz tatuażu, z czego skontrolowano 657. 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, brak sterylizacji narzędzi powodujących naruszenie ciągłości tkanki.

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

fryzjerskie i kosmetyczne posiadają w zakładach własne autoklawy bądź też korzystają z usług profesjonalnych firm w tym zakresie.

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 1 dworzec kolejowy, 56 autobusów komunikacji publicznej, 18 samochodów służących do przewozu zwłok i szczątków ludzkich wykorzystywanych przez zakłady pogrzebowe oraz 3 samochody do przewozu bielizny.

2.10. SŁUŻBA ZDROWIA

Działem wiodącym podczas prowadzonych kontroli obiektów służby zdrowia jest Oddział Epidemiologii (Nadzór Higieny Lecznictwa).

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 17 prób z 6 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 2017 r. nadzorem objętych było 931 takich obiektów, w tym skontrolowano 277.

2.12. WNIOSKI

Łącznie w 2017 r. przeprowadzono 2068 kontroli w obiektach objętych nadzorem oraz innych obiektach w związku z interwencjami od mieszkańców. Wydano: 565 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 131 decyzji płatniczych, 95 postanowień oraz 4 tytuły wykonawcze. W wyniku, stwierdzanych w trakcie kontroli, nieprawidłowości nałożono 95 mandatów karnych, na łączną kwotę 22 950 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 liczby interwencji wnoszonych przez mieszkańców, rozpatrywanych przez Oddział Higieny Komunalnej, co ma bezpośredni wpływ na zmniejszenie liczby 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 zawiadamiania przedsiębiorcy o kontroli – ma to wpływ ma możliwość skontrolowania faktycznego stanu obiektu. Z tego też powodu, w ostatnich latach spadła liczba mandatów nakładanych za uchybienia w tym zakresie.

Wyraźnie zauważalny jest wzrost liczby interwencji mieszkańców Warszawy dotyczący występowania pluskiew w obiektach hotelarskich i lokalach mieszkalnych, jak również w częściach wspólnych budynków. Zgłoszenia są odbierane z terenu całej Warszawy.

3. STAN SANITARNOHIGIENICZNY ZAKŁADÓW PRACY

Oddział Higieny Pracy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie wykonuje zadania składające się przede wszystkim z nadzoru nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy, kontrolą obrotu chemikaliami, prowadzeniem postępowań w sprawach chorób zawodowych oraz przestrzegania przepisów zakazu wprowadzania do obrotu środków zastępczych i/lub nowych substancji psychoaktywnych.

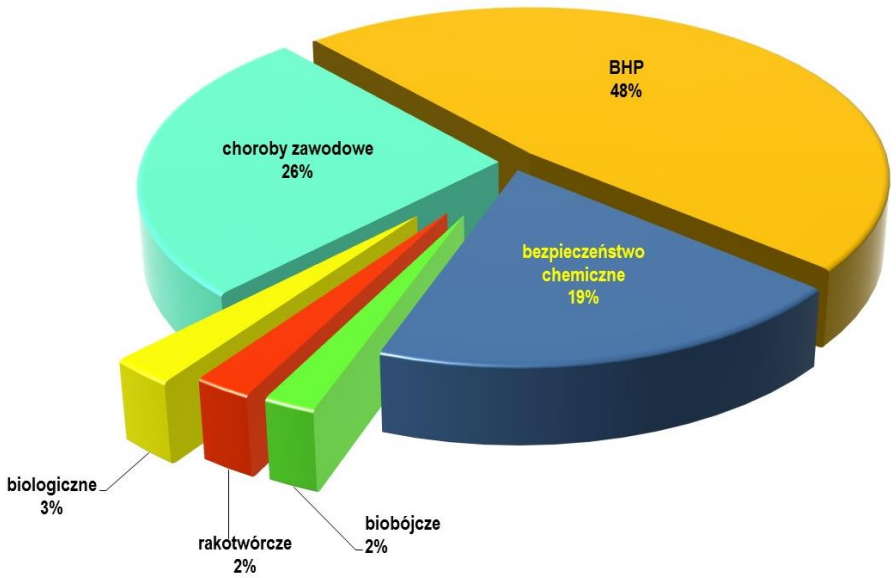
W 2017 r. w 614 zakładach pracy przeprowadzono ogółem 886 kontroli, w tym między innymi:

1) 360 w ramach nadzoru nad substancjami i mieszaninami chemicznymi (38 dotyczących nadzoru nad produktami biobójczymi);
2) 47 w ramach nadzoru nad czynnikami biologicznymi;
3) 42 dotyczących substancji chemicznych i ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.
4) 18 w ramach nadzoru nad detergentami

W ramach prowadzonego nadzoru bieżącego wydano ogółem 241 decyzji administracyjnych zawierających 309 nakazów zobowiązujących pracodawców do usunięcia uchybień stwierdzonych w trakcie kontroli.

Zakres działań Oddziału Higieny Pracy przedstawia poniższy wykres.

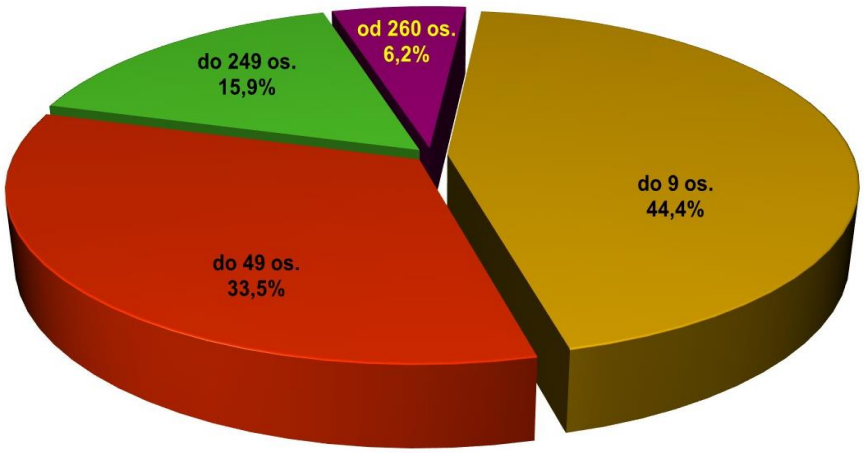
Wykres 1**.** Struktura działalności Oddziału Higieny Pracy.



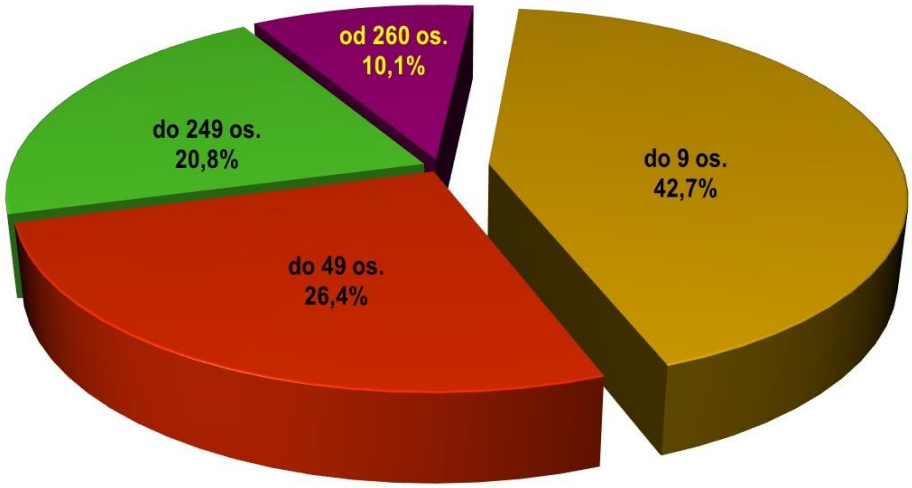
3.1. NADZÓR BIEŻĄCY NAD ZAKŁADAMI PRACY

Oddział Higieny Pracy Powiatowej Stacji Sanitarno–Epidemiologicznej w m. st. Warszawie w 2017 r. sprawował bieżący nadzór nad 4152 zakładami pracy, zatrudniającymi ponad 285 tyś. pracowników.

Strukturę tych zakładów przedstawia poniższy wykres: zakłady pracy zatrudniające do 9 pracowników stanowią 44,4%, od 10 do 49 - 33,5%, od 50 do 249–15,9% 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 2017 r.



Wykres 3. Struktura zatrudnienia w zakładach skontrolowanych w 2017 r.

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 dokonanej 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 51 nakazów zobowiązujących pracodawców do wykonania badań środowiskowych na wytypowanych stanowiskach pracy. W trakcie analizy wyników pomiarów w 10 zakładach stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia.

Liczba pracowników zatrudnionych w skontrolowanych w 2017 r. zakładach w warunkach przekroczenia NDN (najwyższe dopuszczalne natężenie) lub NDS (najwyższe dopuszczalne stężenie) wynosiła:

1) dla czynników chemicznych – 59 osób;
2) dla czynników fizycznych (głównie hałasu) – 233 osoby.

W stosunku do 2016 r. zaobserwowano znaczne obniżenie liczby osób zatrudnionych w warunkach przekroczenia NDN dla czynników fizycznych (głównie hałasu) z 772 osób na 233 osoby, odnotowano również spadek liczby pracowników zatrudnionych w narażeniu na pyły.

W związku z powyższymi uchybieniami wydano 15 nakazów polecających pracodawcom obniżenie stężeń i natężeń czynników szkodliwych na stanowiskach pracy, poniżej wartości NDS i NDN.

W ramach wykonywanych zadań przeprowadzono 42 kontrole w zakładach pracy, w których stosowane są substancje chemiczne i ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Decyzji w tym zakresie nie wydawano.

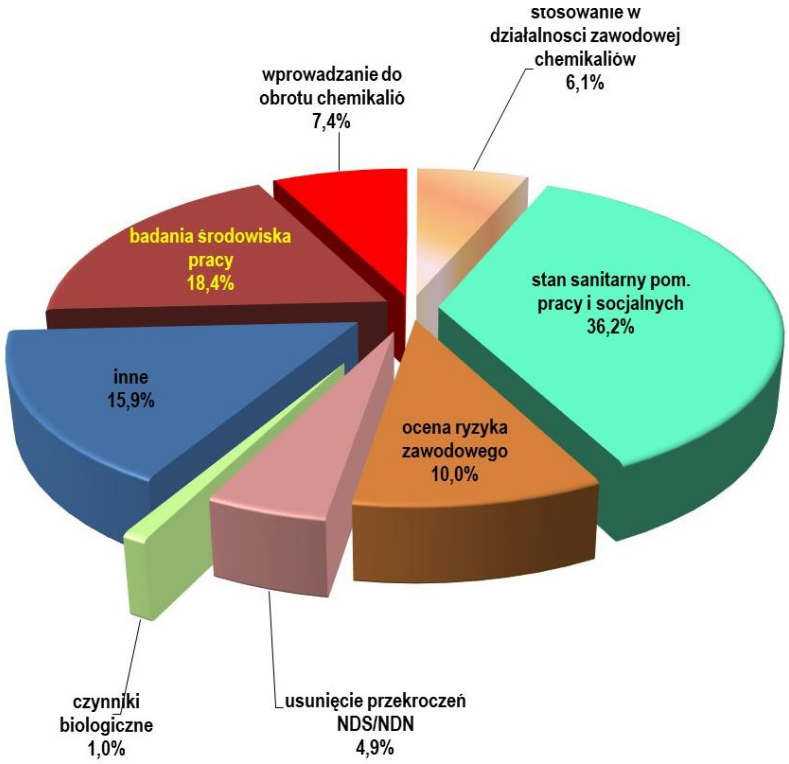
W 2017 r. przeprowadzono 27 kontroli firm zajmujących się usuwaniem i zabezpieczaniem wyrobów zawierających azbest. Oceniano je, m. in. pod względem posiadanych zezwoleń na prowadzenie ww. prac, wyposażenia pracowników w odzież

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 47, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne. Wydano 3 decyzje zobowiązujące 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 31 decyzji 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 10 i 62 nakazów. Ponadto, wydano 8 nakazów zobowiązujące pracodawców do przedstawienia aktualnych zaświadczeń lekarskich pracowników o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na danym stanowisku pracy.



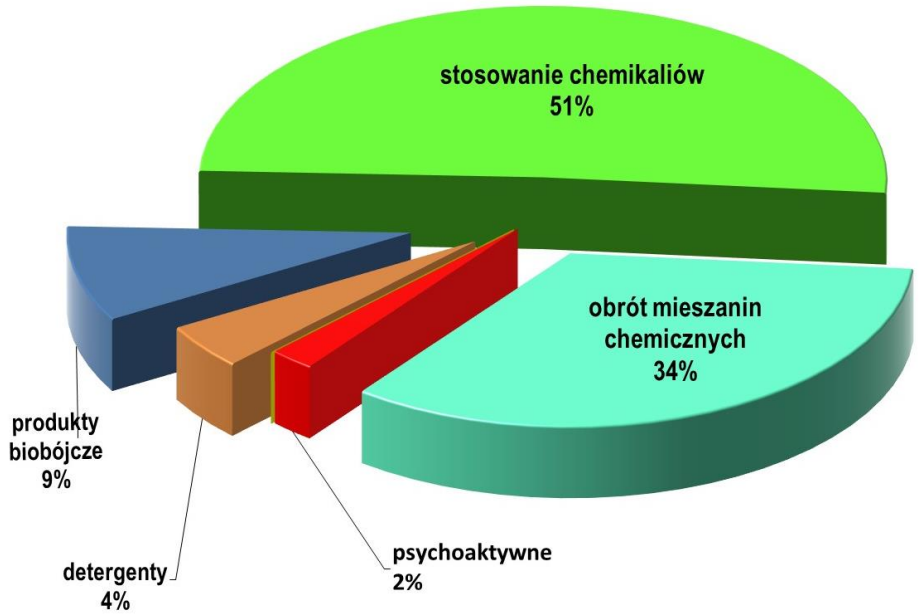
Wykres 4. Struktura nakazów wydanych w ramach nadzoru bieżącego w 2017 r.

3.2. NADZÓR CHEMICZNY

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

1) obrotu mieszaninami i substancjami chemicznymi na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
2) obrotu chemikaliami specjalnego przeznaczenia (produkty biobójcze, detergenty, prekursory narkotykowe, chemikalia podlegające procedurze pozwoleń i/lub ograniczeń, środki ochrony roślin, wyroby medyczne itp.);
3) importu i exportu 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);
6) obrotu paliwami w ramach koncesji Urzędu Regulacji Energetyki.

Poniżej przedstawiono strukturę kontroli w ramach nadzoru chemicznego.



Wykres 5. Tematyka kontroli w zakresie bezpieczeństwa chemicznego w 2017 r.

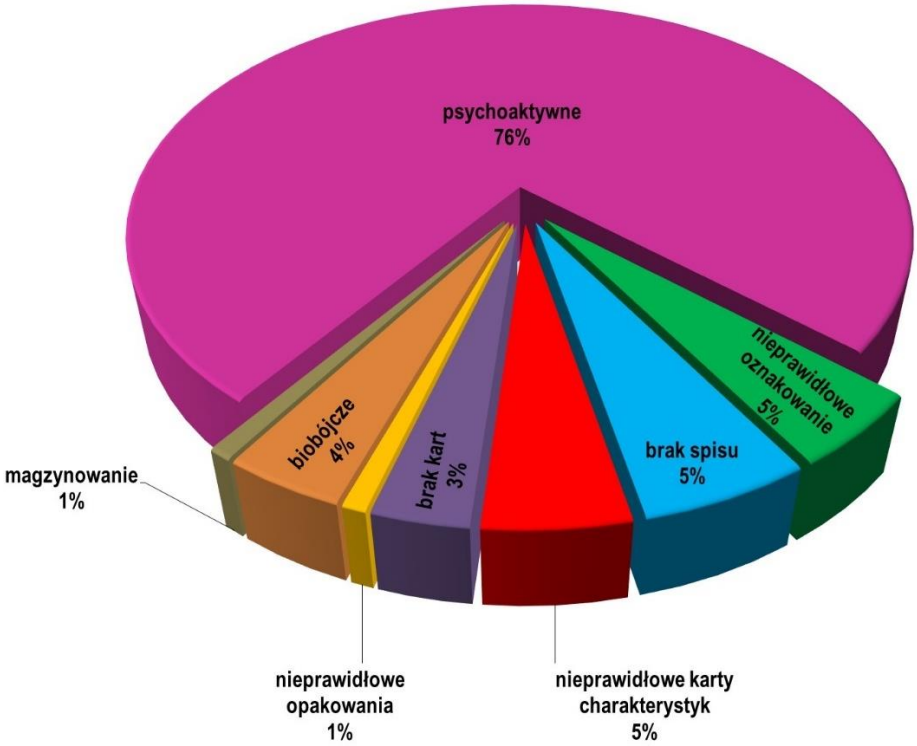
3.2.1. KONTROLA OBROTU MIESZANINAMI I SUBSTANCJAMI CHEMICZNYMI

W roku 2017 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 2017 r. w ewidencji Oddziału Higieny Pracy znajdowały się 703 zakłady zajmujące się wprowadzaniem do obrotu substancji i mieszanin chemicznych (w zakładach tych zatrudnionych było około 38 tyś. pracowników). Ogółem skontrolowano 329 zakłady zajmujące się dystrybucją i stosowaniem substancji i mieszanin chemicznych, w których przeprowadzono łącznie 360 kontroli. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie braku lub błędów w treści kart charakterystyki mieszanin i substancji chemicznych oraz nieprawidłowych oznakowań na etykietach opakowań. W przypadku 70 substancji/mieszanin chemicznych zakwestionowano karty charakterystyki, a w 47 oznakowanie. Wycofano z obrotu 2 produkty biobójcze, wprowadzane do obrotu bez stosownego zezwolenia. Stwierdzone uchybienia skutkowały wydaniem 124 nakazów i 39 zaleceń pokontrolnych.



Wykres 6. Struktura wydanych decyzji w zakresie bezpieczeństwa chemicznego w 2017 r.

3.2.2. KONTROLA OBROTU CHEMIKALIAMI 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, odstraszania, 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.
6) kontrolę posiadania koncesji na obrót paliwami;
7) kontrolę opakowań substancji i mieszanin chemicznych pod kątem trwałości i zamknięć utrudniających otwarcie przez dzieci.

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.

Kontrolowano również posiadanie koncesji na obrót paliwami oraz opakowania substancji i mieszanin chemicznych pod kątem trwałości i zamknięć utrudniających otwarcie przez dzieci.

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 oznakowanie miejsc składowania chemikaliów. W trakcie przeprowadzanych działań kontrolnych stwierdzono również brak zapewnienia pracownikom dostępu do informacji z kart charakterystyki.

3.2.5. KONTROLA OBROTU I/LUB WYTWARZANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (GŁÓWNIE 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.

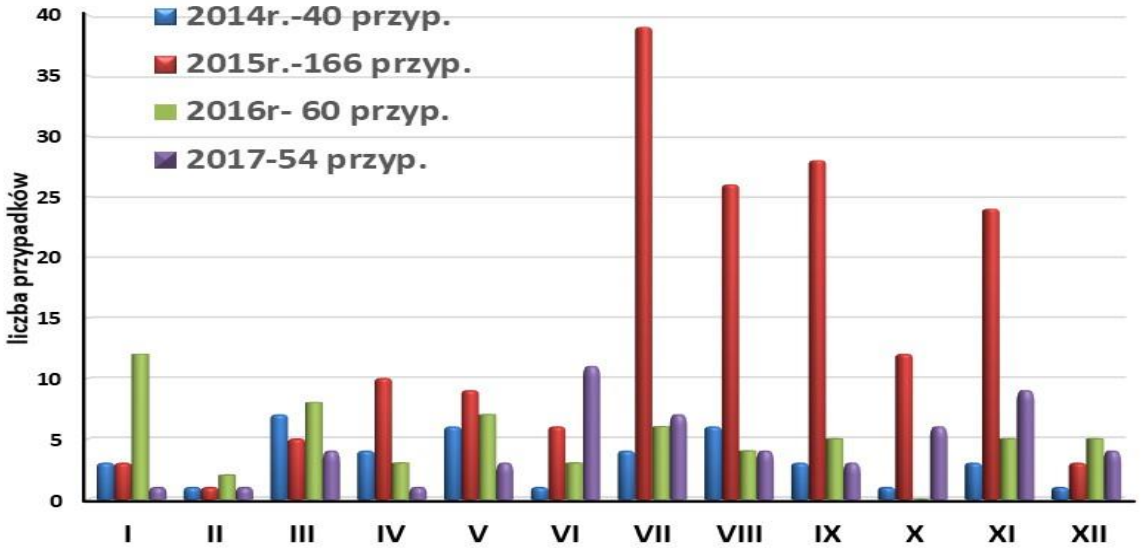
Liczba przeprowadzonych kontroli w stacjonarnych punktach sprzedaży dopalaczy	5
Liczba wydanych decyzji dotyczących środków zastępczych	94
Liczba zabezpieczonych opakowań produktów (saszetki do 1g)	584
Liczba pobranych próbek do badań	47
Liczba przebadanych próbek	36
Liczba podmiotów/osób fizycznych oferujących w sprzedaży środki zastępcze	12
Kwota nałożonych kar (w zł)	90.000
Liczba zatruć	54

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

1) monitoring zatruć środkami zastępczymi;
2) postępowanie wobec osób wprowadzających do obrotu środki zastępcze punktach stacjonarnych oraz poprzez inne kanały dystrybucji takie jak poczta, handel bezpośredni, itp.;
3) postępowanie wobec osób, które uległy zatruciu w celu wyjaśnienia okoliczności zdarzenia i sposobu nabycia środka zastępczego;
4) współudział w szkoleniach prowadzonych wspólnie z Oddziałem Promocji Zdrowia w ramach profilaktyki uzależnień.

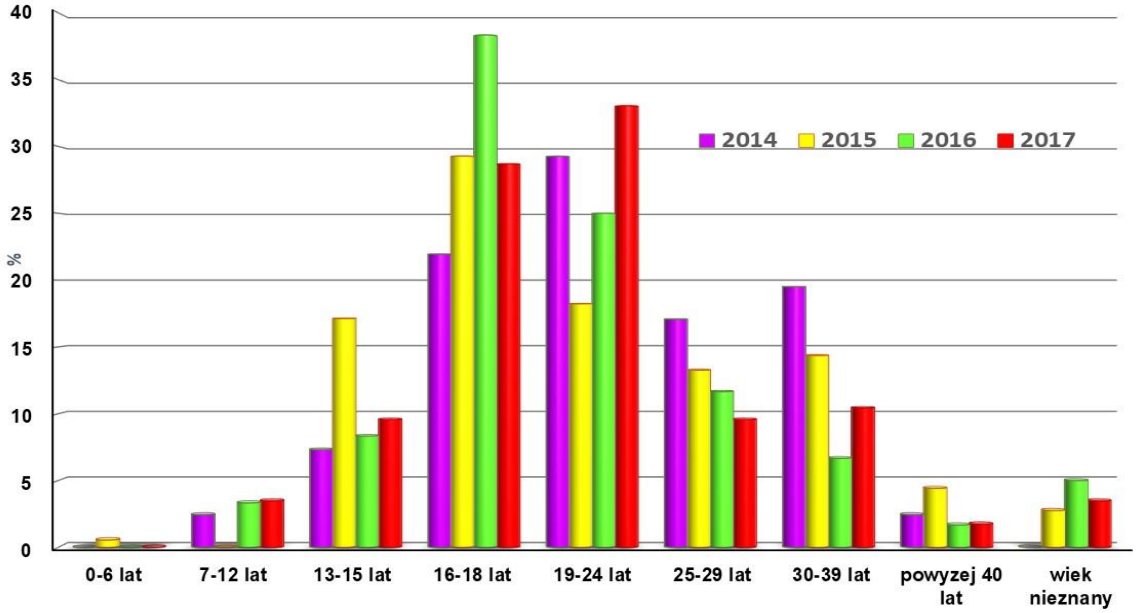
Analizując dane dotyczące liczby zatruć na przestrzeni kolejnych lat (2014-2017) po lawinowym wzroście zatruć w 2015 r. od 2016 r. na terenie poległym Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w m. st. Warszawie obserwuje się spadek

bezwzględniej liczby zatruć. W roku 2017 na terenie m. st. Warszawy zaobserwowano spadek liczby zatruć u tzw. „konsumentów” - o 10% w stosunku do roku poprzedniego



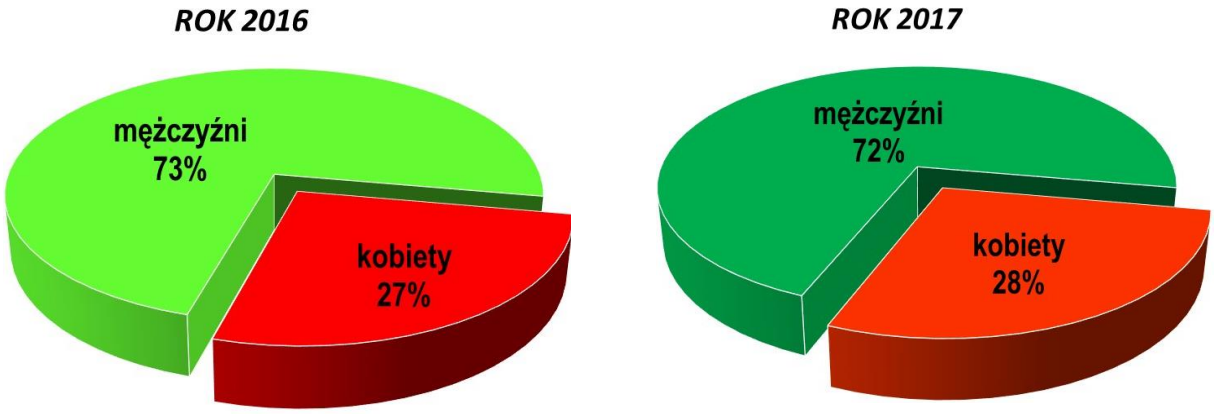
Wykres 7. Liczba podejrzeń zatruć środkami zastępczymi w latach 2014-2017.

Jak pokazują dane z lat 2014-2017, najczęściej po środki działające na ośrodkowy układ nerwowy sięgały osoby młode w wieku od 14 do 24 lat. (Wykres poniżej).

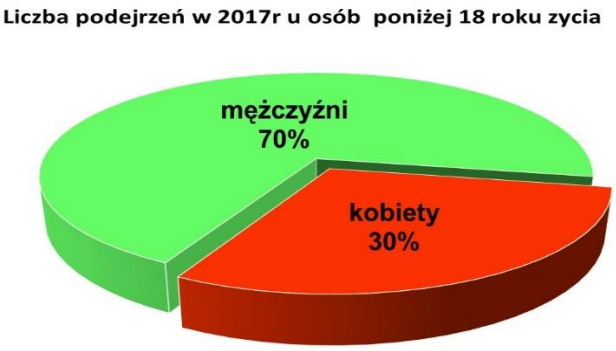


Wykres 8. Rozkład wiekowy osób, którym udzielono pomocy medycznej w związku z podejrzeniem zatrucia środkami zastępczymi na terenie kraju w latach 2014-2017.

Porównując wiek osób, którym udzielono pomocy medycznej w związku z podejrzeniem zatrucia środkami zastępczymi w Warszawie, w 2017 r. obserwuje się spadek liczby zatruć wśród młodzieży w wieku 16-18 lat w stosunku do roku 2016 i 2015, natomiast wzrost – w grupie 19-24 lata.



Wykres 9. Podział według płci i wieku osób poddanych hospitalizacji w związku z zatruciem środkami zastępczymi w 2016 r. i 2017 r.



Wykres 10 Liczba podejrzeń zatruciami u osób powyżej i poniżej 18 roku życia z podziałem na płeć

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 70% i 74%.

Można sądzić, że spadek bezwzględnej liczby podejrzeń zatruć w 2017 r. był spowodowany wzmożeniem nadzoru nad środkami zastępczymi we współpracy z organami ścigania.

Poza kontrolami związanymi z handlem środkami zastępczymi, prowadzono również akcje przesłuchiwania 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 584 opakowania produktów. Spośród przebadanych 36-ciu próbek we wszystkich przypadkach stwierdzono obecność substancji o działaniu psychoaktywnym.

Ponadto, w 2017 r. były prowadzone 212 postępowania w związku z wpływającymi do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie pismami/aktami spraw z Urzędów Celnych, jednostek prokuratury oraz innych Stacji Sanitarno - Epidemiologicznych dotyczących podejrzenia wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

W uzasadnionych przypadkach, występowano 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.

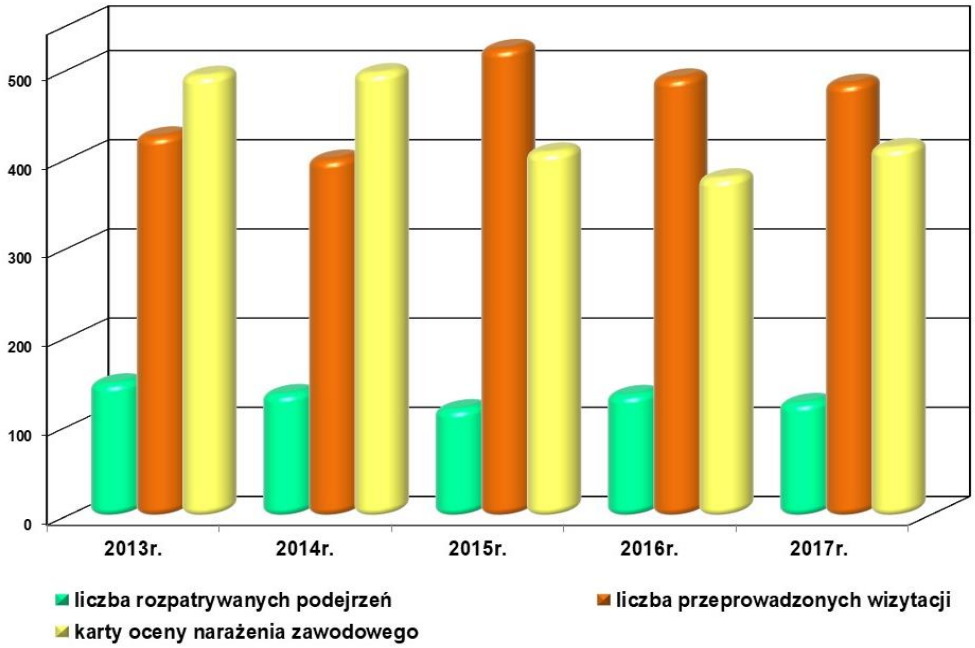
W 2017 r. przeprowadzone szkolenia dla pracowników placówek oświatowo-wychowawczych, opiekuńczo-wychowawczych, funkcjonariuszy policji, które miały na celu zwiększenie świadomości o zagrożeniach dla zdrowia i życia stwarzanych przez nowe substancje psychoaktywne oraz skutkach ich zażywania.

3.3. POSTĘPOWANIE W SPRAWACH CHORÓB ZAWODOWYCH.

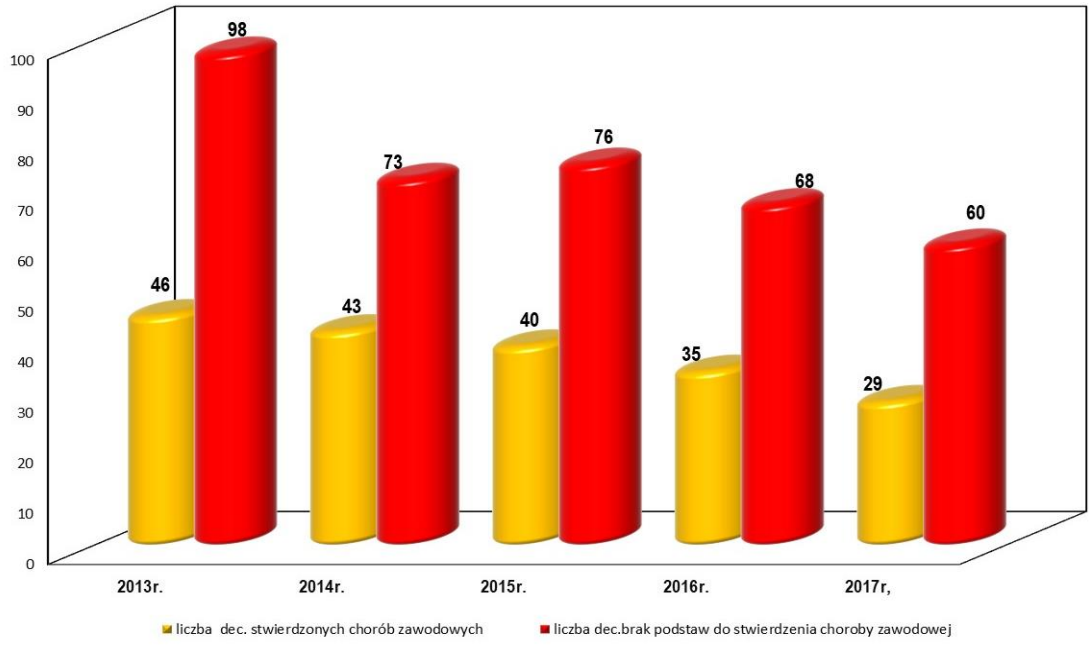
Zgodnie z art. 235^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy za chorobę zawodową uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”.

W roku 2017 do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie wpłynęło 128 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych. Pracownicy pionu higieny pracy, w ramach prowadzonych 392 postępowań wyjaśniających, zrealizowali 486 wizytacje sporządzając 414 kart oceny narażenia zawodowego. Na podstawie zebranego materiału wydano 29 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, 60 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej oraz 3 postanowienia 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 11. Działania w ramach postępowania w sprawach chorób zawodowych w latach 2013-2017.



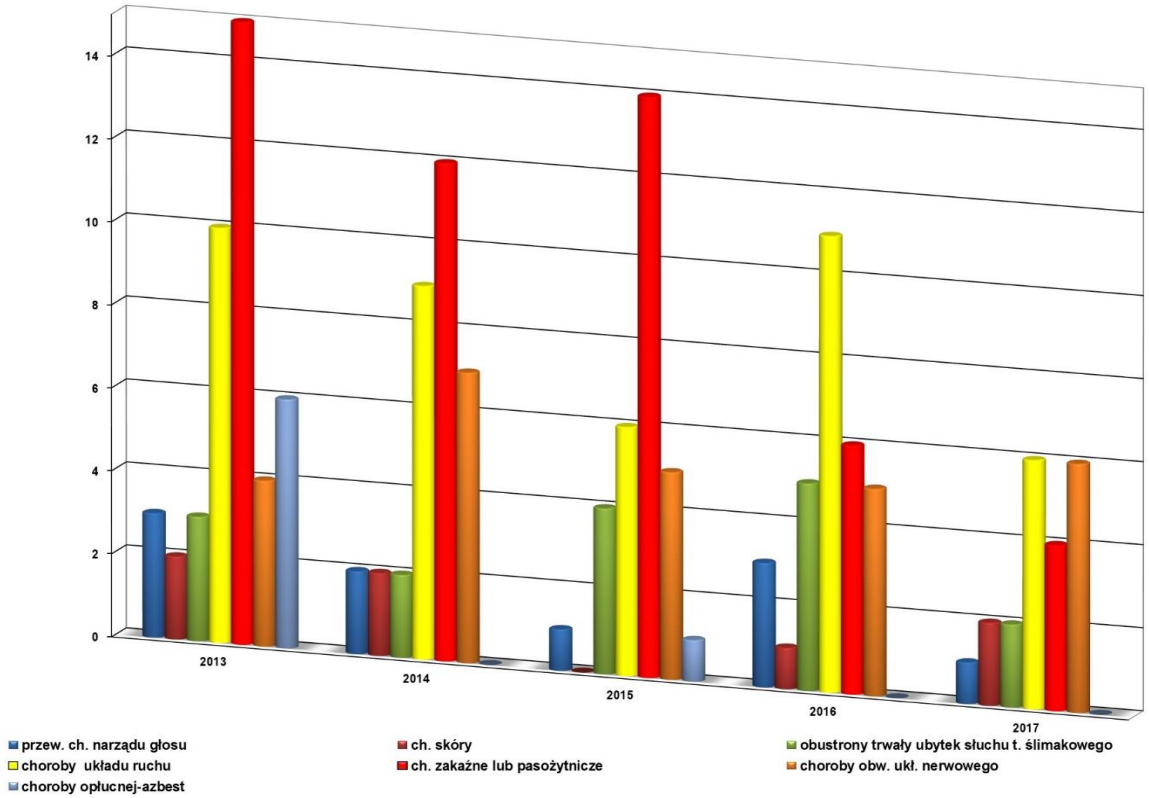
Wykres 12. Liczba decyzji w sprawach chorób zawodowych w latach 2013–2017.

Tabela 2.Choroby zawodowe stwierdzone w latach 2012-2017 z podziałem według wykazu chorób zawodowych.

Numer choroby zawodowej/nazwa z wykazu chorób zawodowych		2013r.	2014r.	2015r.	2016r.	2017
		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	1	3	–	2	1
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	–
6.	Astma oskrzelowa	–	–	1	–	-
12	**Alergiczny nieżyt nosa**	–	1	1	–	-

Numer choroby zawodowej/nazwa z wykazu chorób zawodowych		2013r.	2014r.	2015r.	2016r.	2017
		Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków	Liczba przypadków
1		2	3	4	5	6
14.	**Przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym**	–	–	–	–	-
15.	**Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat:**	3	2	1	3	1
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	1
18.	**Choroby skóry:**	2	2	2	1	2
19.	**Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy**	10	9	6	11	6
20.	**Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego** wywołane sposobem wykonywania pracy	4	7	5	5	6

Numer choroby zawodowej/nazwa z wykazu chorób zawodowych		2013r.	2014r.	2015r.	2016r.	2017
		Liczba przypadków	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 słyszącym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1, 2 i 3 kHz	3	2	4	5	2
22.	**Zespół wibracyjny:**	–	1	3	–	-
25.	**Choroby układu wzrokowego** wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi	–	–	1	–	1
26.	**Choroby zakaźne lub pasożytnicze** albo ich następstwa	15	12	14	6	4
Razem:		46	41	40	35	24



Wykres 13. Najczęściej występujące choroby zawodowe w latach 2012-2017.

Z przedstawionych danych wynika, że ogólna liczba wydanych w 2017 r. decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej zmniejszyła się o 11 w porównaniu z rokiem 2016 i jest najniższa od wielu lat.

Z ogółu stwierdzonych chorób zawodowych, na równi stanowiły przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy i **przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego** wywołane sposobem wykonywania pracy (poz. 19 i 20 wykazu chorób zawodowych), stwierdzono dwa przypadki obustronnego trwałego ubytku słuchu typu ślimakowego spowodowanego hałasem poz. 21. W porównaniu z rokiem poprzednim przestały dominować choroby zakaźne, nie odnotowano wśród nich WZW typu B lub C, jednakże stwierdzono 3 przypadki zachorowania na gruźlicę.

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 6 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 (486), 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 2011-2017 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 r., poprzez 60 w 2012 r. do 29 w 2017 r.
Od 2012 r. liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej przewyższa znacznie liczbę decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej. 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(rutyna, ignorowanie przez pracowników procedur) oraz niewłaściwy nadzór pracodawców nad przestrzeganiem zasad i przepisów BHP przez pracowników..

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

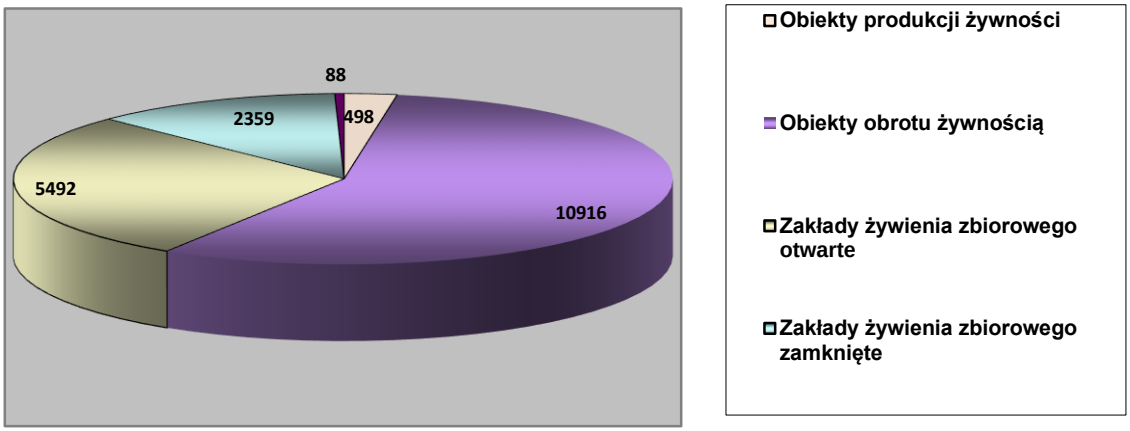
1. W roku 2017 w pionie higieny pracy przeprowadzono 886 kontroli w 614 zakładach pracy; ogółem wydano 241 decyzji administracyjnych z zakresu bieżącego nadzoru sanitarnego zawierających 309 nakazów.
2. W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem chemicznym w trakcie wprowadzania substancji i mieszanin chemicznych do obrotu oraz stosowania ich w działalności zawodowej, przeprowadzono 425 kontroli, wydano 124 nakazów i 39 zalecenia pokontrolne zobowiązujące do usunięcia stwierdzonych uchybień.
3. W ramach nadzoru nad zakazem wprowadzania do obrotu środków zastępczych przeprowadzono kontrole, w trakcie których zabezpieczono 584 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.
4. W roku 2017 do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie wpłynęło 128 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych, prowadzono 397 postępowań, wydano 24 prawomocnych decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej i 60 decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

4. OBIEKTY ŻYWNOŚCI, ŻYWIENIA i PRZEDMIOTÓW UŻYTKU

W roku 2017 r. na terenie miasta stołecznego Warszawy nadzorem sanitarnym Oddziału Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku objęte były obiekty prowadzące działalność żywnościowo-żywieniową 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 były zarejestrowane **19463** obiekty.



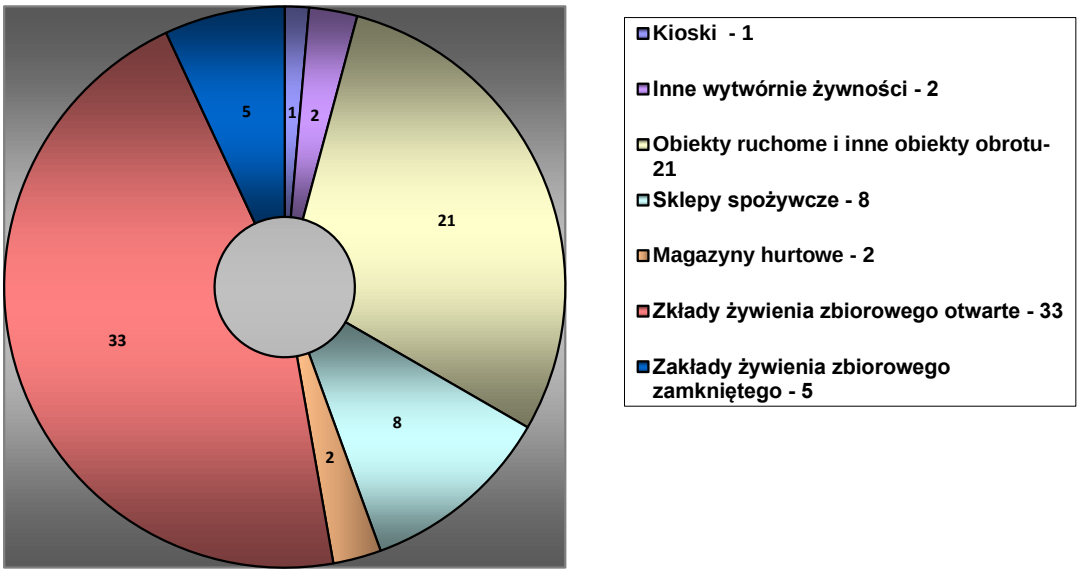
Wykres 1. Struktura obiektów w 2017 r.

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 2017 r. przeprowadzono **6207** kontroli sanitarnych, w tym **6179** w obiektach żywności, żywienia i obrotu przedmiotami użytku oraz **27** kontroli 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 **72** obiektach żywieniowo-żywnościowych.



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

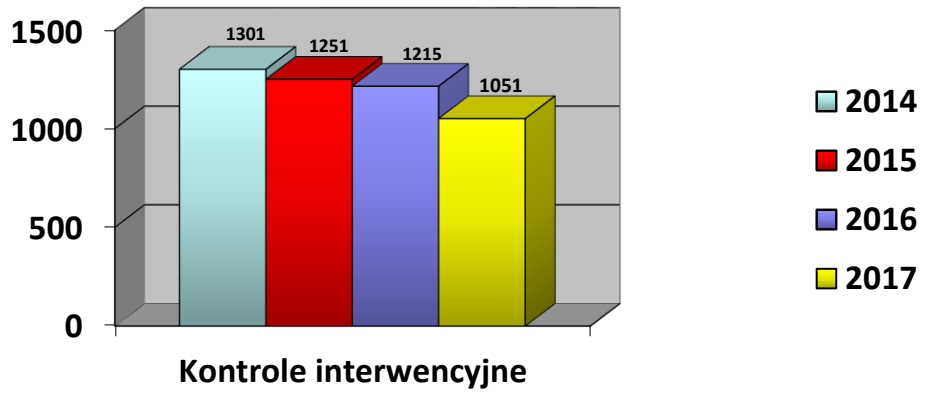
W innych przypadkach naruszenia przepisów prawa żywnościowego Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie (PPIS) wydał **515** decyzji nakazujących poprawę stanu sanitarnohigienicznego oraz **1683** decyzji finansowych.

W 2017 r. zgodnie z ustawowym obowiązkiem zatwierdzania obiektów, które produkują lub wprowadzają do obrotu żywność pochodzenia niezwierzęcego, PPIS wydał **2239** decyzji zatwierdzających i **8** decyzji odmowy zatwierdzenia ze względu na brak spełnienia wymaganych prawem warunków do produkcji/sprzedaży żywności. W 201 7r bieżącym nadzorem sanitarnym objęto między innymi nowe obiekty żywieniowe na terenie bulwarów nad Wisłą.

W ramach urzędowej kontroli żywności oraz monitoringu realizowano pobór próbek do badań laboratoryjnych. W roku sprawozdawczym pobrano **811** próbek żywności i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

W minionym roku przeprowadzono mniej niż w latach ubiegłych kontroli interwencyjnych podejmowanych w większości na wniosek mieszkańców stolicy (2017-1051, 2016 -1215).

Interwencje, których zasadność potwierdzono dotyczyły uciążliwości związanych z wadliwie działającą wentylacją w lokalach, sprzedaży w niehigienicznych warunkach środków spożywczych z samochodów i ulicznych straganów, sprzedaży artykułów spożywczych przeterminowanych, niewłaściwej jakości posiłków dostarczanych z zakładów cateringowych do szkół, przedszkoli, szpitali, przechowywania żywności w nieprawidłowych temperaturach, braku zachowania czystości w zakładach.
W ramach interwencji pobrano **60** prób środków spożywczych.



Wykres 3. Liczba rozpatrzonych interwencji w latach 2014-2017.

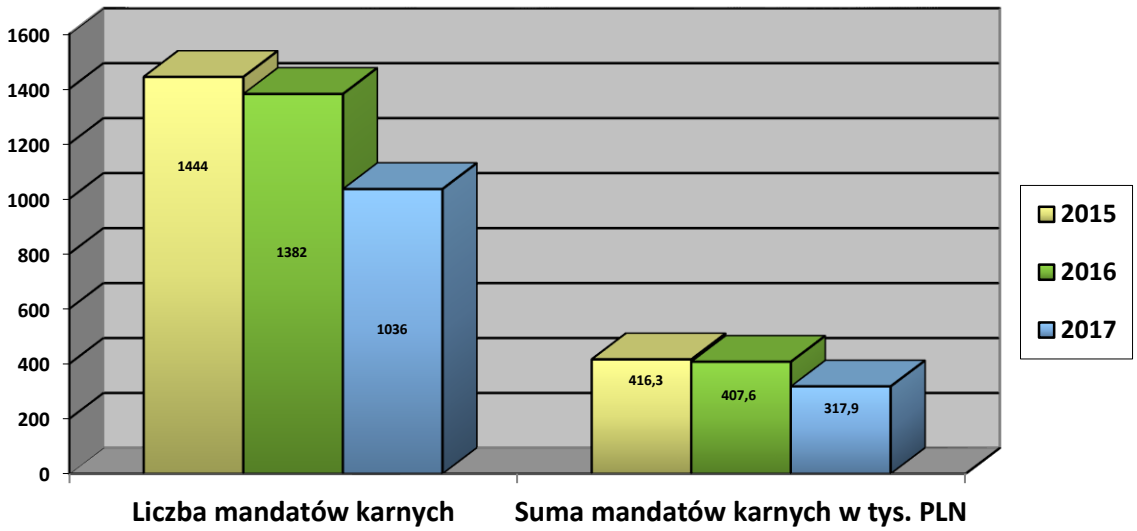
W 2017 r. skierowano **6** wniosków do Sądu oraz **10** zawiadomień do Prokuratury o popełnieniu przestępstwa.

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 **181** wniosków o nałożenie kary pieniężnej.

W 2017 r. nałożono **1036** mandatów na kwotę **317960** PLN.

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 2015- 2017 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;
4) nielegalnym handlem ulicznym.

W 2017 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 **84** powiadomieniami podejmowali działania kontrolne mające na celu wycofanie oraz nadzorowanie procesu wycofywania z obrotu ww. produktów. W toku prowadzonych działań wycofano z obrotu **34163** kg i **38958** szt. szkodliwych artykułów spożywczych oraz wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, które zostały przekazane do zniszczenia.

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.

W 2017 r. skontrolowano bloki żywienia w 43 szpitalach na terenie Warszawy, dokonano oceny jadłospisów w 19 stołówkach. W przypadku stwierdzenia niewłaściwego składu posiłków skierowano pisemne zalecenia do dyrekcji szpitali.

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

W 2017 r. prowadzono wzmożony nadzór w zakresie znakowania suplementów diety, żywności wzbogacanej i żywności specjalnego przeznaczeni, ze szczególnym uwzględnieniem prezentacji i reklamy suplementów diety w różnych przekazach medialnych: prasa, radio, telewizja i internet. W ramach prowadzonego bieżącego nadzoru nad suplementami diety, żywnością specjalnego przeznaczenia oraz żywnością wzbogacaną w 2017 r. wydano **35** decyzji nakazujących, w tym podmiotom

prowadzącym 4 sklepy, 10 magazynów z suplementami diety i 21 innych obiektów obrotu żywnością. Prowadzona jest współpraca z Policją w sprawach dotyczących podejrzenia popełnienia przestępstwa przez przedsiębiorców w zakresie prowadzenia sprzedaży produktów niewiadomego pochodzenia przez Internet.

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 2017 r. ważnym zadaniem Inspekcji Sanitarnej był udział w likwidacji nielegalnego handlu żywnością na ulicach Warszawy. Z udziałem Straży Miejskiej przeprowadzono **56** kontroli stoisk ze sprzedażą żywności nieopakowanej. Osoby odpowiedzialne za nieprzestrzeganie zasad higieny ukarano **54** grzywnami na kwotę **26100 PLN**, wydano 6 decyzji zamknięcia i skierowano 19 wniosków o ukaranie do WSSE.

W ramach stałej współpracy ze Strażą Miejską dokonano 15 oględzin środków spożywczych wycofanych ze stoisk ulicznych składowanych w kontenerze przy ul. Sołtyka 8/10.

W związku z wystąpieniem przypadków afrykańskiego pomoru świń, przeprowadzono 20 kontroli z udziałem Inspekcji Weterynaryjnej. Nałożono 3 grzywny na kwotę 400PLN.

W 2017 r. podjęto działania kontrolne w pracach przygotowawczych do Forum Młodych Profesjonalistów pod patronatem UNESCO. Skontrolowano 8 obiektów ujętych w programie pobytu gości w Warszawie w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem żywności i żywienia.

W ramach nadzoru nad sprzedażą świeżych grzybów pracownicy posiadający certyfikat grzyboznawcy wzięli udział w warsztatach edukacyjnych na Bulwarach

Wiślanych. Szkolono mieszkańców Warszawy w zakresie rozpoznawania i zbierania grzybów kapeluszowych oraz odróżniania grzybów jadalnych od niejadalnych i trujących. Działania te wzmocnione były prezentacją modeli grzybów, rozdawaniem materiałów edukacyjnych i wystawą plansz dydaktycznych.

W każdym przypadku podejmowania działań przez pracowników Oddziału Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku PSSE 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 CHORÓB ZAKAŹNYCH

5.1. SEKCJA HIGIENY LECZNICTWA

W 2017 r. Sekcja Higieny Lecznictwa Oddziału Epidemiologii Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie wykonała łącznie 369 kontroli sanitarnych wynikających z planu pracy, zgłoszonych interwencji, zgłoszenia podejrzenia lub wystąpienia ognisk epidemicznych i transmisji kolonizacji o etiologii K. pneumoniae MBL NDM oraz czynności kontrolnych przeprowadzonych na wniosek strony celem wydania opinii sanitarnych. Ponadto, przeprowadzano kontrole tematyczne w związku z wystąpieniem ostrego WZW B lub WZW C u pacjentów korzystających ze świadczeń placówek ochrony zdrowia.

Wydano ogółem:

- 14 decyzji nakazowych,
- 14 decyzji finansowych związanych z prowadzonym postępowaniem administracyjnym,
- 22 decyzje przedłużające termin wykonania nałożonych obowiązków,
- 3 decyzje wydane na podstawie art. 48 ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 2015r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. 2017 poz. 865) w związku z rejestracją banku komórek rozrodczych i zarodków i/lub ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji.

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.

Ponadto wydano 69 opinii sanitarnych w trybie sprzedaży usług zleconych, stosownie do art. 36 ust. 3b Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017r. poz.1261).

W roku sprawozdawczym w przypadku placówek lecznictwa zamkniętego i otwartego odnotowano:

Na podstawie danych przesłanych z Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, Pl. Bankowy 2 na terenie m.st. Warszawy powstały:

trzy szpitale niepubliczne:

1) II Oddział Kardiologiczny Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego Sp. z o.o. ul. Poznańska 22. Liczba łóżek – 28, niekontrolowany w 2017r.
2) Magodent Sp. z o.o. Szpital Elbląska, ul Szamocka 6, 01-741 Warszawa. Liczba łóżek – 167, niekontrolowany w 2017 r.
3) Salve Medica, Al. Wilanowska 365/2, 02-665 Warszawa. Liczba łózek – 2, niekontrolowany w 2017 r.

W roku sprawozdawczym 2017 zlikwidowano:

1) Zakład Opieki Zdrowotnej Aresztu Śledczego, ul. Rakowiecka 37A, 02-521 Warszawa, Szpital Publiczny;
2) Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego SZPZOZ, ul. Poznańska 22, 00-685 Warszawa likwidacja placówki 31.01.2017 r.

Ponadto w Instytucie Kardiologii Klinika Choroby Wieńcowej, ul. Spartańska 1, 02-537 Warszawa zlikwidowano Oddział Diagnostyki Jednodniowej oraz Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Oddział Zaburzeń Rytmu Serca został przeniesiony do Instytutu Kardiologii przy ul. Alpejskiej 42. Natomiast od dnia 01.05.2017 r. utworzono Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej.

Zlikwidowano dwie placówki lecznictwa zamkniętego niepublicznego:

1) Endoterapia Sp. z o.o., ul. Brzeska 12, 03-737 Warszawa;
2) NZOZ Praskie Centrum Chirurgii Jednego Dnia PRAG-MED, ul. Brzeska 12, 03-737 Warszawa.

Zlikwidowano cztery placówki lecznictwa otwartego niepublicznego:

1) Kosmetyczno-Lekarska Spółdzielnia Pracy IZIS, ul. Chmielna 4, 00-020 Warszawa;
2) Centrum Chirurgii Plastycznej s.c. M. Sowa - Molska, M. Molski, ul. Marszałkowska 84/92, 00-514 Warszawa;
3) SKIN Clinic, ul. Stawki 4b lok. 3, 00-193 Warszawa;
4) CM LUX MED., ul. Goleszowska 6, 01-249 Warszawa.

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 stwierdzane 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, braku myjni – dezynfektorów w brudownikach,

lecznictwo otwarte:

2) braku zapewnienia prawidłowego ciągu technologicznego oraz braku wydzielenia stanowiska higieny rąk poza blatem roboczym w pomieszczeniach sterylizacji, braku wyposażenia gabinetów lekarskich w umywalkę do mycia rąk, braku bezpośredniego połączenia gabinetów ginekologicznych lub urologicznych z pomieszczeniem sanitarnohigienicznym, wyposażonym w umywalkę, sedes i bidet, braku wydzielenia miejsca porządkowego lub jego niepełnego wyposażenia, brak lub nieaktualne procedury sanitarnohigieniczne obowiązujące w kontrolowanych placówkach, nieprowadzenia systematycznych kontroli wewnętrznych.

W roku sprawozdawczym 2017 na podstawie prowadzonych kontroli sanitarnych stwierdzono, iż w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa został zrealizowany program dostosowawczy. W pozostałych szpitalach, które nie zrealizowały programu dostosowawczego, nadal trwają prace remontowe oraz modernizacje, które są prowadzone etapami. Z placówek świadczących usługi w trybie ambulatoryjnym wykonano w całości program dostosowawczy Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe Zakład Lecznictwa Otwartego ul. Ateńska 4, 03 – 978 Warszawa.

Najczęstsze nieprawidłowości wymienianie w programach dostosowawczych dotyczyły: braku systemu wentylacji spełniającego obowiązujące normy, braku myjni - dezynfektorów w brudownikach, mebli wykonanych z materiałów uniemożliwiających ich mycie i dezynfekcję, braku wydzielonych pomieszczeń porządkowych, braku wydzielonych pomieszczeń sanitarnohigienicznych dla pacjentów i braku dostępu do łóżek chorych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Sprzątaniem placówek lecznictwa stacjonarnego, niebędących przedsiębiorcami zajmują się:

- firmy specjalistyczne,
- pracownicy (salowe),
- działy higieny szpitalnej,
- z użyciem systemów mieszanych.

Sprzątaniem placówek lecznictwa stacjonarnego, będących przedsiębiorcami zajmują się pracownicy firm specjalistycznych, w pozostałych placówkach zatrudniony personel zgodnie z opracowanym planem higieny.

Procesy sprzątania pomieszczeń prowadzone są z podziałem na strefy czystości. Placówki posiadają opracowane plany higieny oraz procedury dotyczące sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń i sprzętów. Sprzątanie wykonywane jest z użyciem maszyn myjących, wózków specjalistycznych do sprzątania wyposażonych w zestawy kolorowych ścierek i jednorazowych wymiennych płaskich nakładek na mopy. W części placówek lecznictwa stacjonarnego wprowadza się jednorazowe ściereczki. Większość placówek prowadzi rejestry prania nakładek na mopy i ściereczek. Tylko w jednym skontrolowanym w 2017r. szpitalu nie prowadzono takiego rejestru.

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.

W roku sprawozdawczym zwiększyła się ilość placówek wyposażonych w aparaturę do dezynfekcji powierzchni i powietrza za pomocą dyfuzji suchej i niewidocznej mgły opartej na nadtlenku wodoru. 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 sprzątaniem zajmuje się zatrudniony personel placówek, lub firmy zewnętrzne.

W większości placówek zapewniono profesjonalny sprzęt do sprzątania – wózki dwuwiadrowe, ściereczki wielorazowego użycia oraz nakładki na mopy płaskie. W części podmiotów leczniczych oraz gabinetów indywidualnej praktyki lekarskiej odnotowano również stosowanie jednorazowych nakładek 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 środków transportowych do wydzielonych pomieszczeń, w których odbywa się segregacja i liczenie bielizny. Następnie bielizna przekazywana jest z tych pomieszczeń do pralni zewnętrznych, za wyjątkiem Centrum Onkologii, przy ul. Roentgena 5 i ul. Wawelska 15, w których bielizna jest prana w pralni szpitalnej.

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 lub szatni, 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 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 211).

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

W placówkach, które posiadają sterylizatornie trzystrefowe, narzędzia przekazywane są bezpośrednio po użyciu do maszynowej dekontaminacji. W automatycznych myjniach narzędzi prowadzona jest kontrola procesów mycia przy użyciu wskaźników Load Check (jeden test na jedną myjnię). Kontrola skuteczności dezynfekcji termicznej w myjniach prowadzona jest przy użyciu testu Des-Check i/lub STF (jeden test na jedną myjnię). Procesy mycia są dokumentowane i archiwizowane. W placówkach, które nie posiadają trzystrefowej sterylizatorni, wykonuje jest manualne mycie narzędzi w oddziałach.

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. Pozostałe placówki, w których nie zapewniono ruchu jednokierunkowego, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny m. st. Warszawy wnioskował o dostosowanie pomieszczeń zgodnie z wymaganiami.

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

Dobór preparatów jest zgodny ze wskazaniami producenta, a preparaty stosowane zgodnie z kartami charakterystyki oraz opracowanymi i wdrożonymi procedurami postępowania. Stosowane środki dezynfekcyjne posiadają badania skuteczności w wymaganym zakresie.

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

W części 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 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 Attestu, rzadziej Sporali A. W przypadku szpitali w większości inkubowanie testów biologicznych następuje na miejscu przy użyciu cieplarek. Pozostałe placówki kontrolę przeprowadzają w warunkach laboratoryjnych.

Kontrola chemiczna wykonywana jest z zastosowaniem wskaźników chemicznych typu IV, V i VI, które umieszczane są wewnątrz pakietów z narzędziami. W Centralnych Sterylizatorniach dodatkowo do każdego wsadu stosowany jest zintegrowany test kontroli wsadu w urządzeniu PCR. Ponadto, przed rozpoczęciem pracy sterylizatorów, wykonywany jest test szczelności zgrzewu, test arkuszowy Bowie – Dicka, a także test symulacyjny Bowie – Dicka.

Kontrola skuteczności sterylizacji niskotemperaturowej prowadzona jest codziennie. Najczęściej wykorzystywany jest test ampułkowy EZ dla każdego wsadu oraz test chemiczny SPS Medical WH_2O_2.

W kontrolowanych placówkach lecznictwa zamkniętego na bieżąco prowadzona jest dokumentacja poprawności procesów sterylizacji oraz ich archiwizacja. 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 była przeprowadzana najczęściej raz w miesiącu. 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.

Centralne Sterylizatornie (3-strefowe) funkcjonują w następujących podmiotach:

1) Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie ul. Roentgena 5;
2) Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej ul. Karowa 2;
3) Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER" Sp. z o.o., Szpital Chirurgii Urazowej Św. Anny, ul. Barska 16/20;
4) Szpital Czerniakowski Sp. z o.o., ul. Stępińska 19/25;
5) Warszawski Szpital dla Dzieci, ul. Kopernika 43;
6) Centrum Medyczne „Żelazna" ul Żelazna 90;
7) Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" Al. Dzieci Polskich 20;
8) Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego, Al. Solidarności 67;
9) Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26;
10) Szpital Specjalistyczny „Inflancka" ul. Inflancka 6;
11) SP Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP, ul. Czerniakowska 231;
12) Szpital Grochowski im. dr n. med. R. Masztaka, ul. Grenadierów 51/59;
13) Medicover Al. Rzeczypospolitej 5;
14) NZOZ Carolina Medical Center ul. Pory 78;
15) Szpital Św. Elżbiety Mokotowskie Centrum Medyczne, ul. Goszczyńskiego 1;
16) Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie, ul. Kondratowicza 8;
17) Oddział szpitalny Fundacji Rozwoju Medycyny Sportowej ul. Wawelska 5;
18) Centrum Medyczne GAMMA Sp. z o. o., ul. Broniewskiego 3;
19) SP Kliniczny Szpital Okulistyczny ul. Sierakowskiego 13;
20) Warsaw Medical Center Warszawskie Centrum Medyczne, ul. Broniewskiego 3;
21) Szpital Solec Sp. z o.o., ul. Solec 93;
22) „Szpital Centrum"- CM ENEL-MED. S.A. Al. Solidarności 128;
23) NZOZ Magodent Szpital Onkologiczny ul. Św. Wincentego 103;
24) Szpital Specjalistyczny Św. Rodziny, ul. Madalińskiego 25;
25) Cito Net na terenie Samodzielny Publiczny Centralny szpital kliniczny, ul. Banacha 1a.

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.

Przeprowadzane zabiegi deratyzacji są skuteczne. Padłe gryzonie są zbierane przez przedstawicieli firm.

Niektóre placówki przeprowadzają deratyzację w zakresie własnym środkami dostępnymi na rynku.

Gospodarka opadami 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.

Odpady medyczne ostre składowane są w pojemnikach twardościennych, prawidłowo oznakowanych kodem odpadów, siedzibą wytwórcy, datą i godziną otwarcia. Od listopada 2017 roku wpisywany jest także numer księgi rejestrowej i REGON oraz data i godzina zamknięcia. Pozostałe odpady medyczne gromadzone są w pojemnikach wyłożonych czerwonymi workami foliowymi. Odpady medyczne po max. 72 godz. (przy zachowaniu warunku wypełnienia do 2/3 ich objętości)

z miejsca przewożone w zamkniętych środkach transportowych do pomieszczeń składowania odpadów medycznych, skąd odbierane są przez firmy utylizacyjne.

W ambulatoriach oraz w praktykach zawodowych, odpady medyczne gromadzone są najczęściej w pojemnikach twardościennych oraz w workach jednorazowego użytku z foli polietylenowej w kolorze czerwonym. W większości placówek są oznakowane kodem odpadów, siedzibą wytwórcy, datą i godziną otwarcia oraz datą i godziną zamknięcia. 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.

Zasady postępowania z wytworzonymi w placówkach odpadami ujęte zostały w wewnętrznych procedurach i instrukcjach. Segregacja odpadów prowadzona jest w miejscu powstawania, magazynowanie w pomieszczeniach/urządzeniach, które są monitorowane pod kątem spełnienia wymaganej temperatury składowania odpadów oraz na bieżąco sprzątane i dezynfekowane. Standard pomieszczeń do czasowego składowania odpadów medycznych jest zróżnicowany. Do transportu wewnętrznego odpadów wykorzystuje się środki transportu o zamkniętej przestrzeni ładunkowej.

Do najczęstszych nieprawidłowości odnoszących się do gospodarki odpadami medycznymi, stwierdzanych podczas kontroli sanitarnych w placówkach medycznych należą: brak wydzielonych miejsc lub pomieszczeń do gromadzenia odpadów medycznych służących do czasowego ich przechowywania, przechowywanie odpadów medycznych w miejscu wytworzenia ponad 72 godz.

Odbiorem odpadów medycznych ze szpitali, ambulatoriów, jak również z praktyk zawodowych zajmują się uprawnione, wyspecjalizowane firmy zewnętrzne, z którymi placówki mają podpisane umowy. Na terenie działania Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie nie funkcjonuje spalarnia odpadów.

Zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz.1866) we wszystkich szpitalach publicznych powołano Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w skład których wchodzą: lekarz epidemiolog i/lub mikrobiolog oraz pielęgniarki epidemiologiczne. Nadal w części nadzorowanych szpitali, podczas prowadzenia czynności kontrolnych, przedstawiciele Państwowego Powiatowego

Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie wskazywali na uchybienie wynikające z braku realizacji art. 15 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy, tj. zbyt małej liczby pielęgniarek epidemiologicznych w stosunku do liczby łóżek danej placówki. Nadal również kierownicy Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych pełnią tę funkcję w kilku jednostkach. 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.

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 przy dochodzeniach epidemiologicznych oraz opracowywaniu ognisk zakażeń.

W związku z rozprzestrzenianiem się patogenów z rodziny *Enterobacteriaceae*, wykazujących oporność na karbapenemy, w 2017 r. do Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w m. st. Warszawie przekazywano, na drukach stanowiących załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. 2011 nr 294), informację o wzroście liczby pacjentów skolonizowanych *K. pneumoniae* MBL-NDM, w związku z wystąpieniem transmisji wewnątrzoddziałowych. W związku z wystąpieniem ognisk epidemicznych podejmowano następujące działania:

1) Izolacja lub kohortacja pacjentów z zakażeniem o tej samej etiologii;
2) Szkolenia personelu medycznego i pomocniczego z zakresu dezynfekcji rąk, postępowania izolacyjnego, dekontaminacji pomieszczeń i sprzętu oraz nadzór nad wykonywaniem tych procedur, w tym również poprzez bezpośrednią obserwację;
3) Zwiększenie krotności sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń i sprzętów, w szczególności powierzchni dotykowych, w przypadku zakażeń o etiologii *C. difficile* stosowanie preparatów o spektrum sporobójczym;
4) Monitorowanie jakości sprzątania, w tym monitorowanie z wykorzystaniem wskaźników UV oraz wykonywanie posiewów środowiskowych;
5) Wydzielenie dla pacjenta z zakażeniem dedykowanego, drobnego sprzętu medycznego;

6) Zapewnienie środków ochrony osobistej dla personelu oraz osób odwiedzających;
7) Wydzielenie personelu medycznego do opieki nad pacjentami objętymi ogniskiem epidemicznym;
8) Ograniczenie lub wstrzymanie odwiedzin oraz wstrzymanie przyjęć do Oddziałów, w których wystąpiło ognisko epidemiczne.

Przedstawiciele Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie przeprowadzali kontrole sanitarne w związku ze zgłoszeniem wystąpienia ogniska epidemicznego.

W części z kontrolowanych obiektów wydawano zalecenia, dotyczące głównie:

1) Zapewnienia izolacji/ kohortacji pacjentów z zakażeniem o tej samej etiologii w wydzielonej sali/ odcinku oddziału;
2) Wydzielenia dla pacjentów objętych ogniskiem dedykowanego sprzętu medycznego, takiego jak: stetoskop, jednorazowe stazy, jednorazowe mankietu do aparatów do pomiaru ciśnienia;
3) Prowadzenia analizy zużycie środków do dezynfekcji;
4) Przeprowadzenia szkoleń personelu medycznego i/lub pomocniczego w zakresie obowiązujących w placówce procedur sanitarnohigienicznych oraz postępowania w ognisku epidemicznym;
5) Zapewnienia personelowi medycznemu odzieży roboczej z rękawem powyżej łokcia;
6) Prawidłowego przygotowania rąk do pracy, tj. nienoszenia biżuterii, niemalowania paznokci rąk.

Podczas prowadzenia czynności kontrolnych w oddziałach objętych ogniskiem epidemicznym stwierdzano również uchybienia dotyczące braku wymaganego wyposażenia pomieszczeń.

W większości podmiotów leczniczych procedury poekspozycyjne są zaktualizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 2013 r., 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.

W 2017 r. do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m.st. Warszawie wniesiono 61 interwencji. Interwencje były wnoszone osobiście, pisemnie, telefonicznie, a także za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Interwencje dotyczyły między innymi: złego stanu higienicznego, złych warunków sanitarno-technicznych obiektów służby zdrowia, nieprzestrzegania zasad sterylizacji narzędzi, braku kontroli procesów sterylizacji, nieprawidłowego postępowania z odpadami medycznymi, nieprzestrzegania zasad higienicznego mycia i dezynfekcji rąk przez personel, braku rozdzielczości czasowej przyjęć dzieci chorych i zdrowych w przychodni, zastrzeżeń do postępowania z pacjentem podejrzanym o chorobę zakaźną, zakażeń świerzbem.

W związku z rozprzestrzenianiem się pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae*, wytwarzających karbapenemazy (CPE), w tym *K. pneumoniae* NDM w szpitalach warszawskich prowadzony jest wzmożony nadzór nad pacjentami z nosicielstwem i zakażeniami CPE/NDM, poprzez wykonywanie badań przesiewowych u pacjentów podczas przyjęcia do szpitala oraz w trakcie hospitalizacji. Zgodnie z wytycznymi prowadzone są badania u pacjentów z 4 gryp ryzyka, tj. pacjentów hospitalizowanych w przeciągu pół roku, bez względu na lokalizację szpitala, pacjentów przebywających wcześniej w placówkach opieki długoterminowej (ZOL, ZPO, DPS), pacjentów z wcześniejszym zakażeniem/ kolonizacją szczepem NDM/MBL/KPC/OXA-48, pacjentów, którzy mieli kontakt z opieką medyczną w krajach o wysokiej zapadalności na zakażenia wywołane przez szczepu CPE.

W 2017 r. w szpitalach będących pod nadzorem Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w m. st. Warszawie wystąpiło 11 ognisk epidemicznych (w tym 2 rozpoczęte w 2016 r.) oraz 31 transmisji wewnątrzoddziałowych o etiologii *K. pneumoniae* MBL/NDM, w większości dotyczące pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Internistycznych, Neurologicznych oraz OIT. Kliniczne postacie zakażeń to m. in. zakażenia układu moczowego oraz zakażenia ran.

Pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w m.st. Warszawie każdorazowo po zgłoszeniu ogniska epidemicznego/transmisji wewnątrzoddziałowej przeprowadzali kontrole sanitarne w placówkach. Podczas

kontroli dokonywano oceny warunków sanitarnohigienicznych oddziałów, obowiązujących w placówce procedur sanitarnohigienicznych oraz procedur w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz przeglądu dokumentacji prowadzonej w związku z wystąpieniem ogniska epidemicznego.

Pacjenci z zakażeniem/ kolonizacją o etiologii *K. pneumoniae* MBL/NDM hospitalizowani byli w izolatkach lub salach jednoosobowych. W przypadku braku izolatek lub niewystarczającej ich ilości stosowano izolację kontaktową, a także kohortację pacjentów. Sale, w których przebywali pacjenci, najczęściej posiadały własny węzeł sanitarny. W miarę możliwości, w związku z zaistniałą sytuacją, wydzielano: personel pielęgniarski do opieki nad pacjentami objętymi ogniskiem epidemicznym oraz personel sprzątający przypisany wyłącznie do sal reżimowych. W przypadku zbyt małej liczby personelu, po zachowaniu zasad ostrożności, personel pielęgniarski zajmował się pacjentami z ogniska, natomiast sale izolacyjne sprzątane były jako ostatnie. Każdorazowo natomiast zwiększano częstotliwość sprzątania i dezynfekcji sal, w szczególności powierzchni dotykowych. Przed salami izolacyjnymi zapewniano środki ochrony osobistej oraz preparaty dezynfekcyjne. W części placówek podejmowano decyzję o ograniczeniu odwiedzin i/lub wstrzymaniu przyjęć do oddziału.

W związku z wystąpieniem ogniska epidemicznego/ transmisji kolonizacji Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych prowadziły szkolenia personelu medycznego i pomocniczego w zakresie dezynfekcji rąk, postępowania izolacyjnego, dekontaminacji pomieszczeń i sprzętu oraz nadzór nad wykonywaniem tych procedur, w tym nadzór poprzez: codzienne kontrole izolacji pacjentów, bezpośrednią obserwacją higieny rąk, monitorowanie jakości sprzątania, w tym monitorowanie z wykorzystaniem wskaźników UV oraz wykonywanie posiewów środowiskowych.

Czas trwania ognisk epidemicznych w szpitalach wahał się od 1 miesiąca do 6-7 miesięcy. Najczęstszymi przyczynami utrudniającymi wygaszenie ogniska epidemicznego był długi czas hospitalizacji pacjentów przewlekle chorych.

Zgodnie z podjętymi ustaleniami w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno–Epidemiologicznej w Warszawie, ul. Żelazna 79 z dnia 29.06.2017 r. dotyczącymi rozprzestrzeniania szczepów CPE/NDM Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie, ul. Kochanowskiego 21 informuje, że do dnia 31.01.2018 r. odbyło się 13 spotkań z Dyrektorami/Prezesami Szpitali oraz Zespołami Kontroli Zakażeń Szpitalnych w szpitalach na terenie m. st. Warszawy. Każdorazowo,

w trakcie spotkań dokonywano analizy sytuacji epidemiologicznej danej placówki leczniczej w dążeniu do minimalizacji występowania zakażeń Klebsiella pneumoniae. Omówiono sposób raportowania zgłoszeń zachorowań i kolonizacji wykrytych u pacjentów hospitalizowanych w placówkach. Wskazano potencjalne krytyczne punkty mogące mieć wpływ na rozprzestrzenianie się szczepów CPE/NDM. Wspólnie przedyskutowano sposób wypracowania działań zmierzających do poprawy stanu w przedmiotowej sprawie. Głównymi problemami wskazanymi przez przedstawicieli podmiotów leczniczych były m.in.:

1) outsourcing firm sprzątających;
2) przepełnienie oddziałów zachowawczych;
3) brak możliwości wydzielenia izolatek;
4) czynnik ludzki (p*omimo prowadzonego* zintensyfikowanego systemu szkoleń w zakresie przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, nadal obserwuje się brak przestrzegania higieny rąk);
5) zbyt duża liczba osób odwiedzających w Szpitalach;
6) czas pracy i zbyt mała liczba pielęgniarek oraz pielęgniarek epidemiologicznych (poruszono temat zmianowości godzin pracy).

Dyrektorzy/Prezesi szpitali zobowiązali się do: prowadzenia odpraw służbowych poświęconych zagadnieniom zakażeń patogenami alarmowymi, szkoleń personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, administracyjnego, dotyczących omawianych zagadnień, zwiększenia częstotliwości roboczych kontaktów z pracownikami Oddziału Epidemiologii PSSE w m. st. Warszawie.

Ponadto, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie informuje, że dnia 10.01.2018 r. wysłał pismo przypominające (w związku z doniesieniami dotyczącymi rozprzestrzeniania się na terenie kraju oraz niektórych szpitali na terenie m. st. Warszawy) pałeczek jelitowych *Enterobacteriaceae* produkujących karbapenemazy, w tym szczepów *Klebsiella pneumoniae* NDM. Posługując się obszerną wiedzą (międzynarodowe wytyczne w liczących się publikacjach) przypomniał jednocześnie o potrzebie wykonywania badań przesiewowych zwłaszcza u pacjentów hospitalizowanych.

Jednocześnie informuję, że Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie w roku 2018 planuje kolejne spotkania z Dyrektorami/Prezesami Szpitali na terenie m. st. Warszawy.

5.2. NADZÓR NAD CHOROBAMI ZAKAŹNYMI

Sekcja Zwalczania Chorób Zakaźnych, będąca komórką merytoryczną w strukturze Oddziału Epidemiologii, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie zatrudnia 13 - tu pracowników merytorycznych sprawujących nadzór w zakresie chorób zakaźnych.

W roku 2017 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 (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz.1866 z późn. zm.).

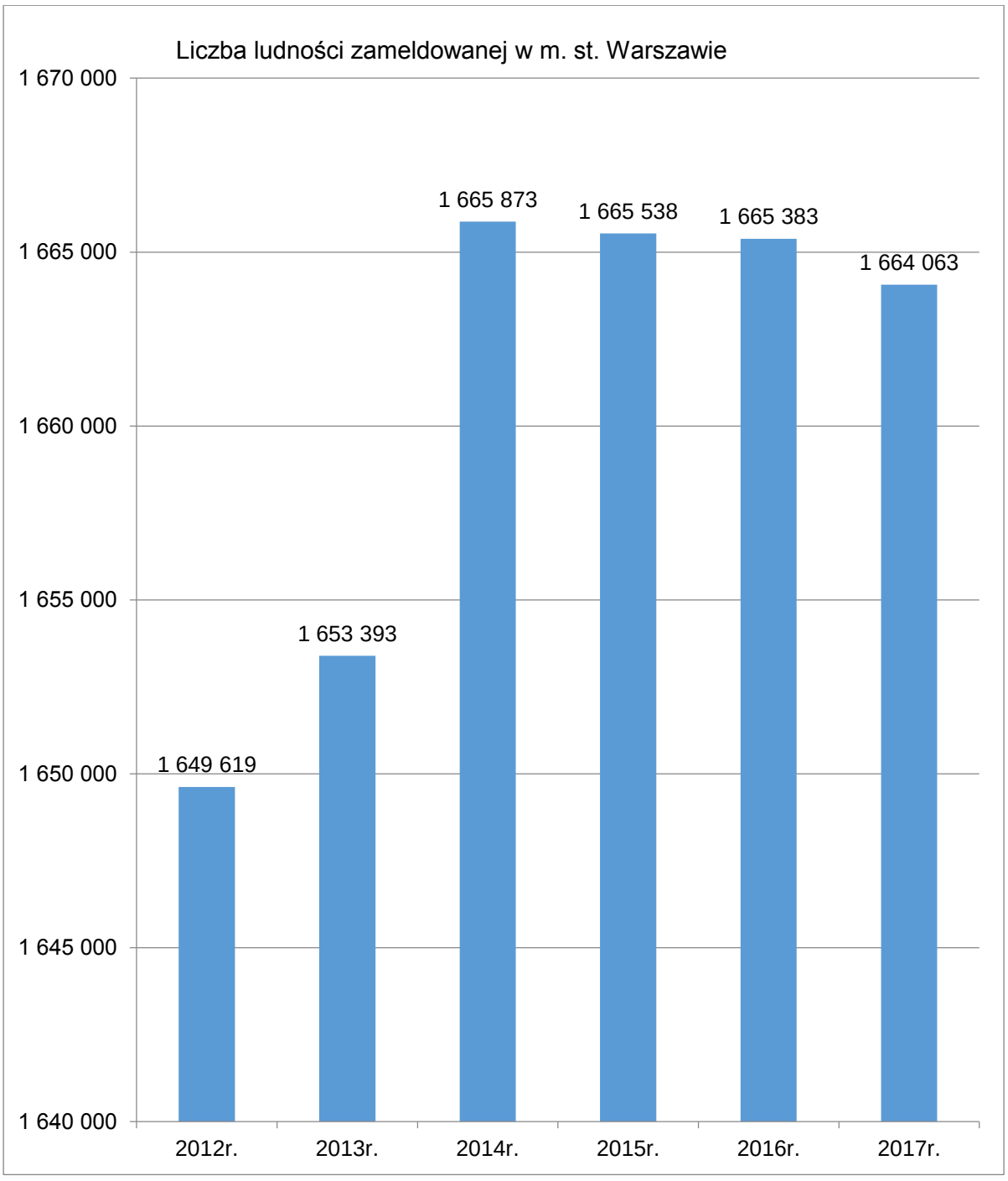
W roku sprawozdawczym prowadzono nadzór i rejestrację chorób zakaźnych na podstawie zgłoszeń wpływających z placówek ochrony zdrowia i laboratoriów, zlokalizowanych na terenie m. st. Warszawy.

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 przybrał wartości wzrostowe w stosunku do lat poprzednich. Obserwowano niemal dwukrotny wzrost zachorowań na salmonelozy i istotny epidemiologicznie wzrost zakażeń wirusem HAV.

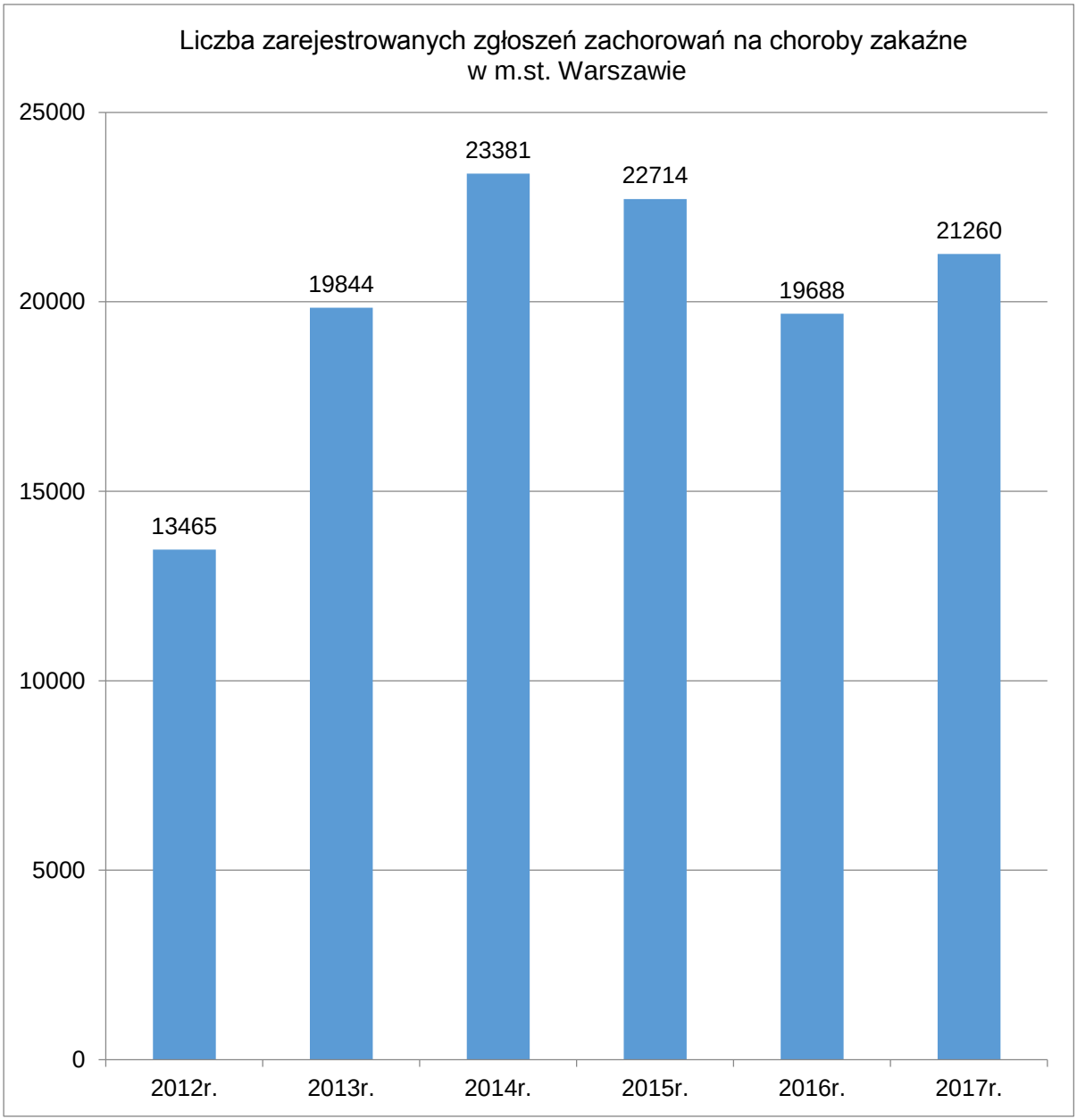
Ogólna liczba zarejestrowanych przypadków zachorowań według sprawozdania MZ-55 to (156.009 zgłoszeń) i MZ-56 (21.260 zgłoszeń) co daje ogólną sumę 177 269 zgłoszeń chorób o szczególnym znaczeniu epidemiologicznym w roku 2017.

5.2.1. LICZBA LUDNOŚCI MIASTA ST.WARSZAWY

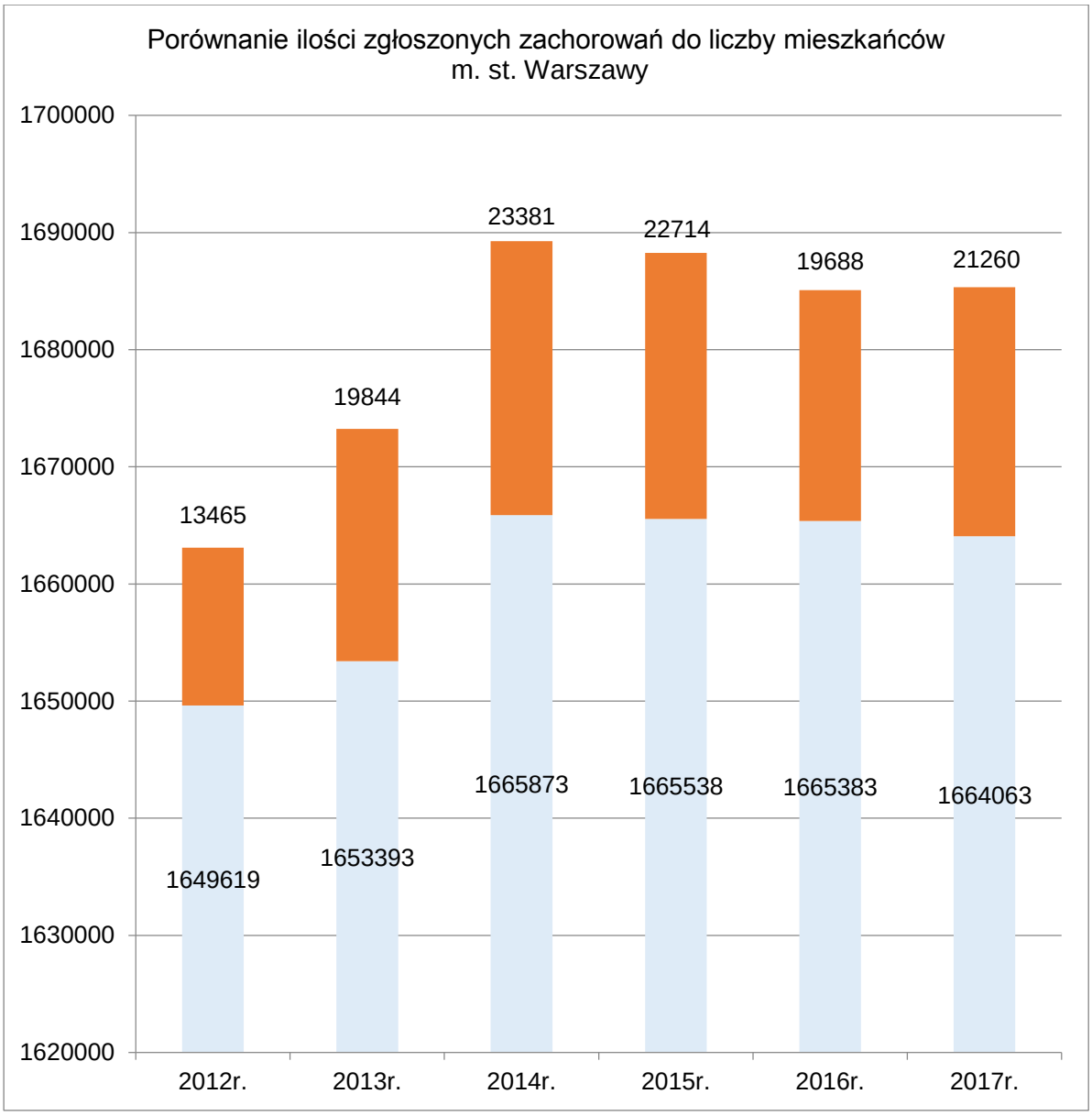


Wykres 1. Liczba ludności zameldowanej na terenie m.st. Warszawy w latach 2012 – 2017

5.2.2. LICZBA ZGŁOSZONYCH ZACHOROWAŃ



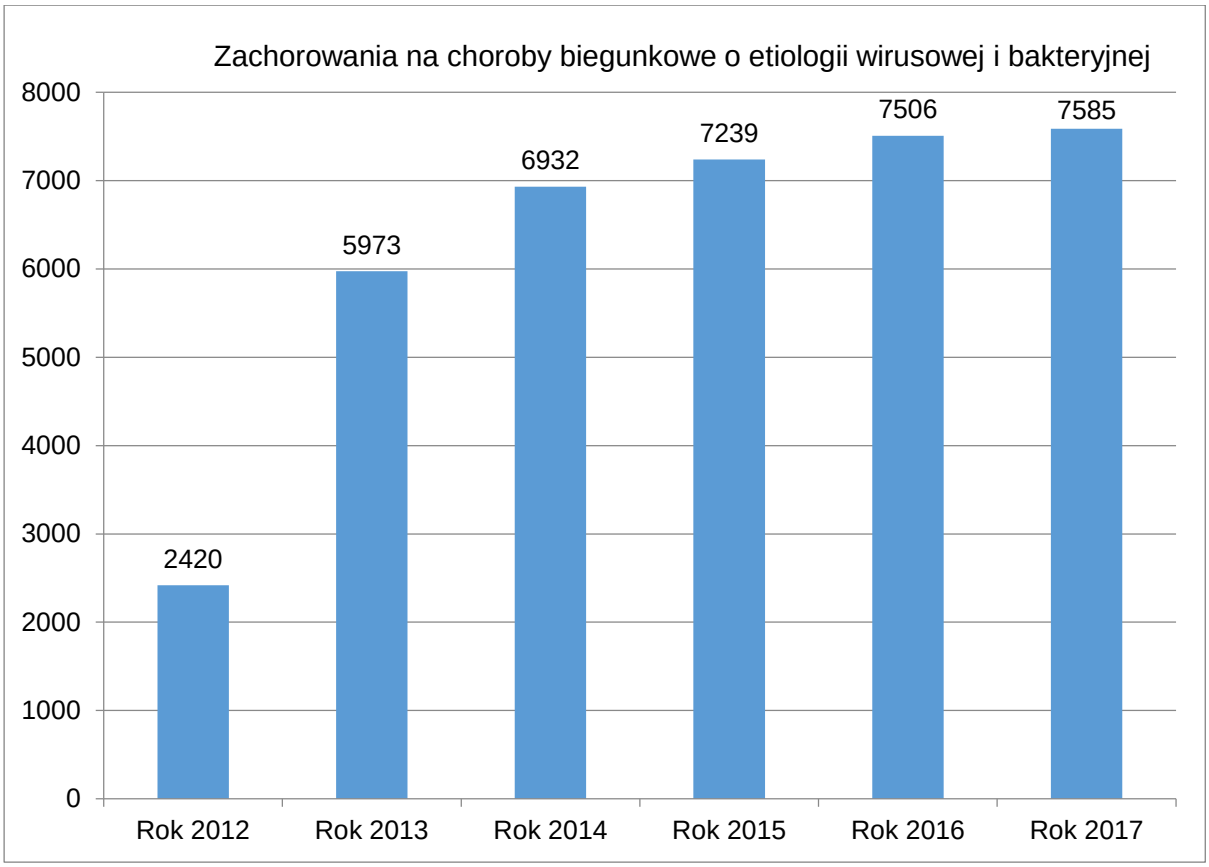
Wykres 2. Liczba zarejestrowanych zgłoszeń zachorowań na choroby zakaźne w latach 2012 - 2017 zgłoszonych przez placówki ochrony zdrowia zlokalizowane na terenie m. st. Warszawy wg druku MZ-56.



Wykres 3. Ilość zgłoszonych zachorowań w stosunku do liczby mieszkańców m.st. Warszawy w latach 2012 -2017.

5.2.3. CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ POKARMOWĄ.

W roku sprawozdawczym 2017 zarejestrowano 7585 przypadków biegunek o etiologii wirusowej i bakteryjnej. Ogółem z powodu zakażeń jelitowych hospitalizowanych było 1382 pacjentów.



Wykres 4. Zachorowania na choroby biegunkowe o etiologii wirusowej i bakteryjnej zdiagnozowane w latach 2012-2017 na terenie m.st. Warszawy.

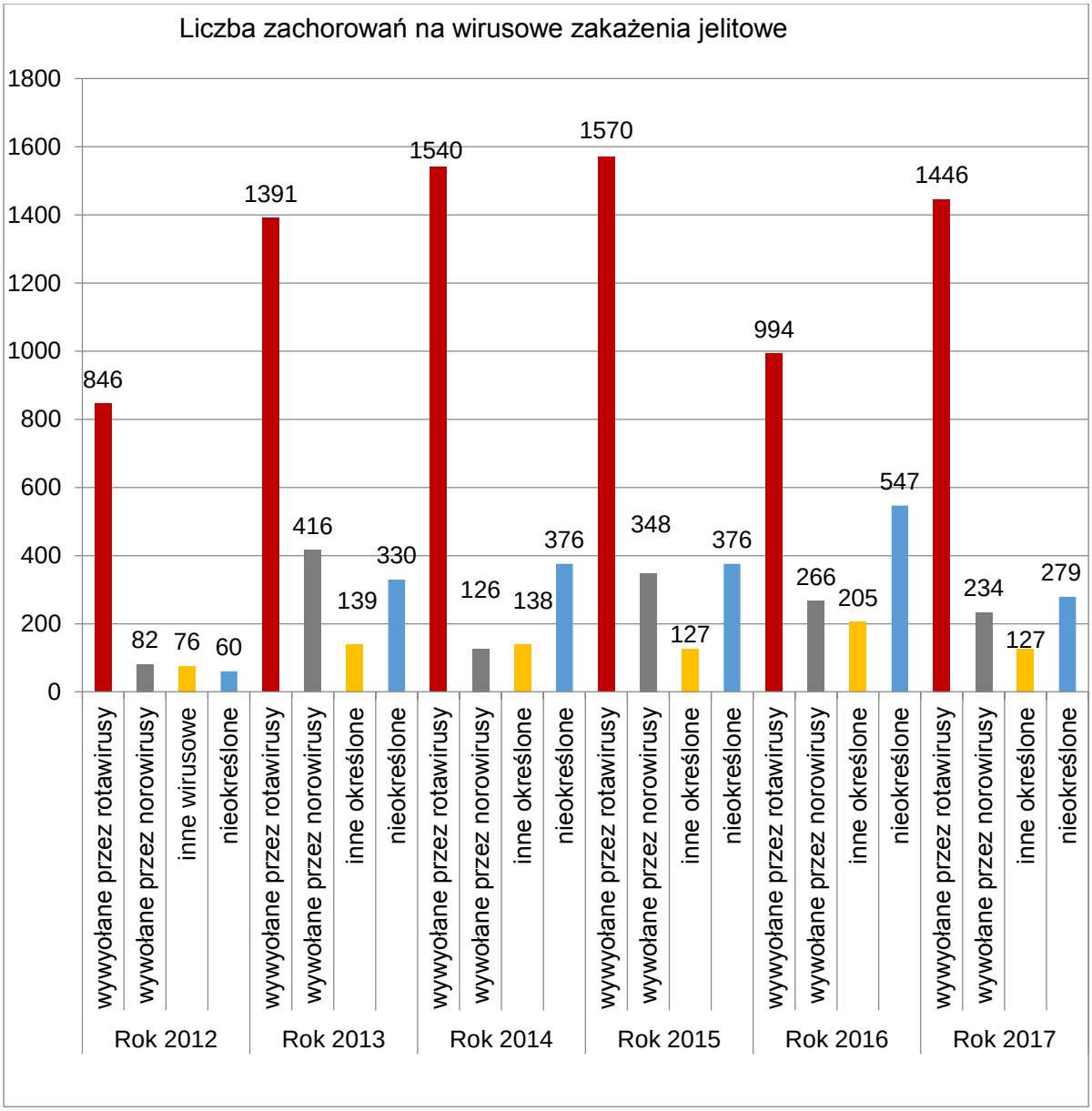
Jak wynika z przedstawionych danych, podobnie do lat poprzednich obserwowana jest stabilizacja liczby zachorowań na choroby przebiegające z objawami ze strony układu pokarmowego, głównie z objawami biegunki za wyjątkiem salmonelloz. Podobnie do lat poprzednich najmniej zachorowań wystąpiło w III kwartale 2017 r.

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.

5.2.3.1. WIRUSOWE ZAKAŻENIA JELITOWE 2017

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-1446 zarejestrowanych przypadków, norowirusy - 234 zarejestrowane przypadki, inne zakażenia wirusowe określone stanowiły 127 - przypadków i nieokreślone – 279 przypadków zachorowań.



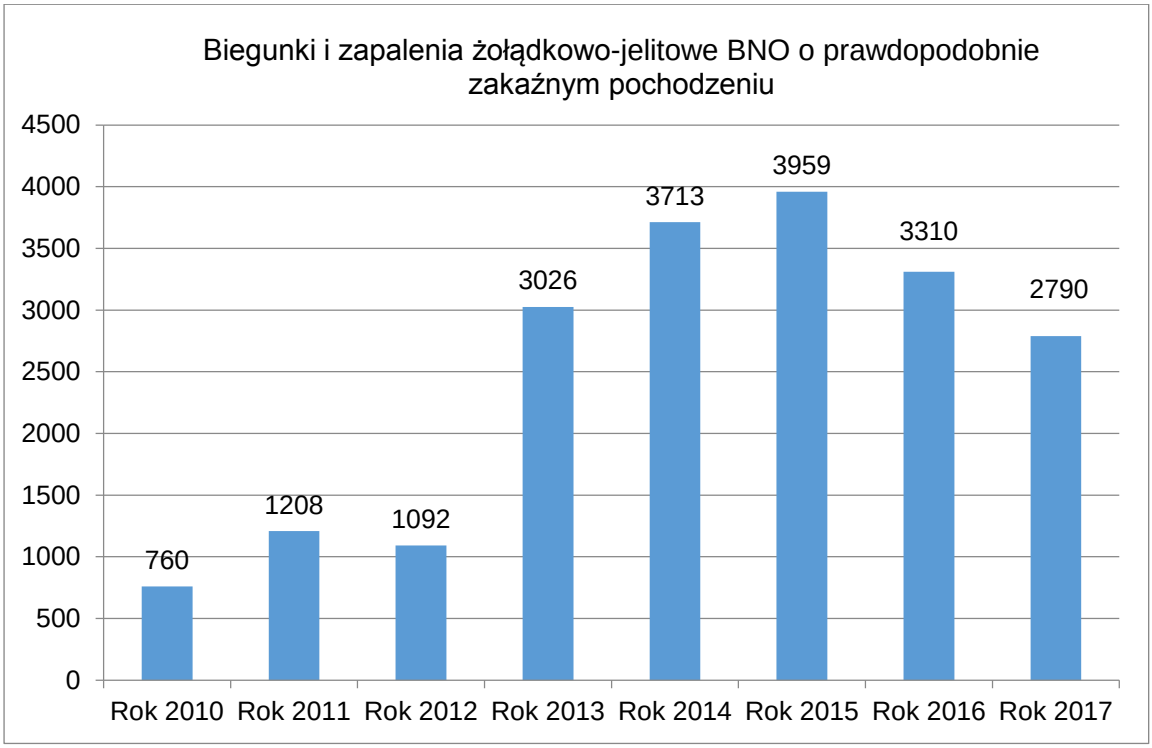
Wykres 5. Liczba zachorowań na wirusowe zakażenia jelitowe w latach 2012-2017 na terenie m. st. Warszawy.

5.2.3.2. BIEGUNKI I ZAPALENIA ŻOŁĄDKOWO - JELITOWE BNO O PRAWDOPODOBNIE ZAKAŹNYM 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 2017 zarejestrowano ogółem 2790 przypadków tych zachorowań w tym 760 zachorowań dotyczyło grupy dzieci do lat dwóch.

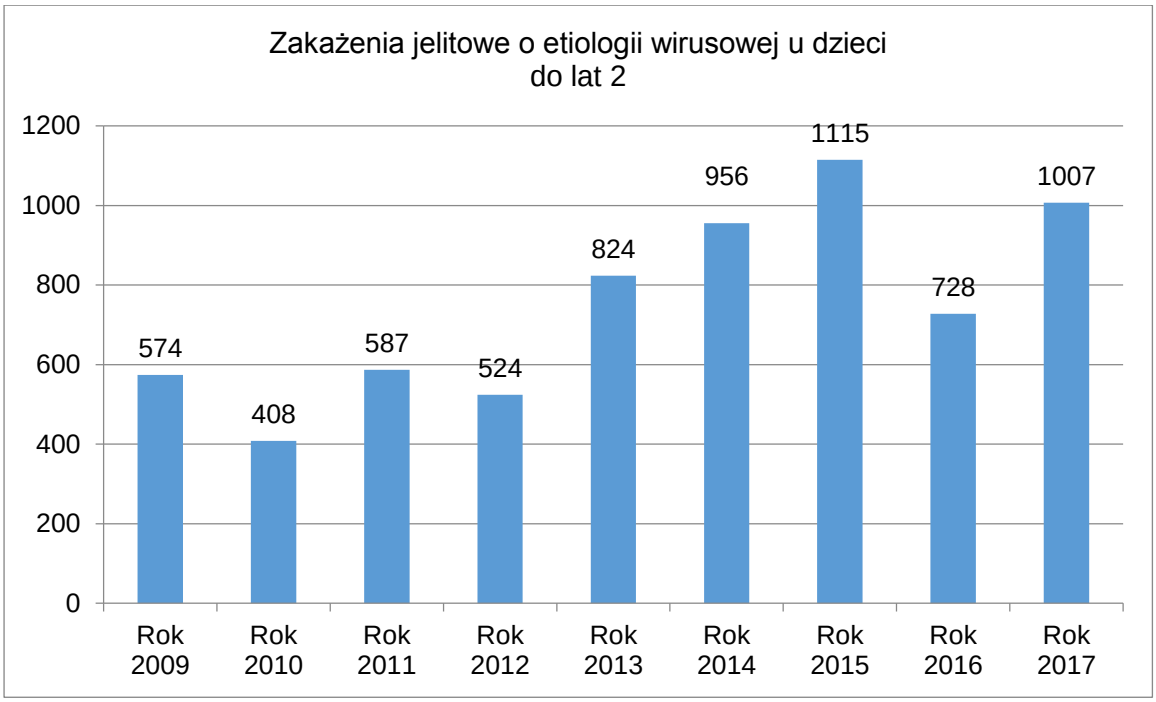


Wykres 6. Biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe BNO o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu zarejestrowane w latach 2010-2017.

5.2.3.3. BIEGUNKI O ETIOLOIGII WIRUSOWEJ DZIECI DO LAT 2

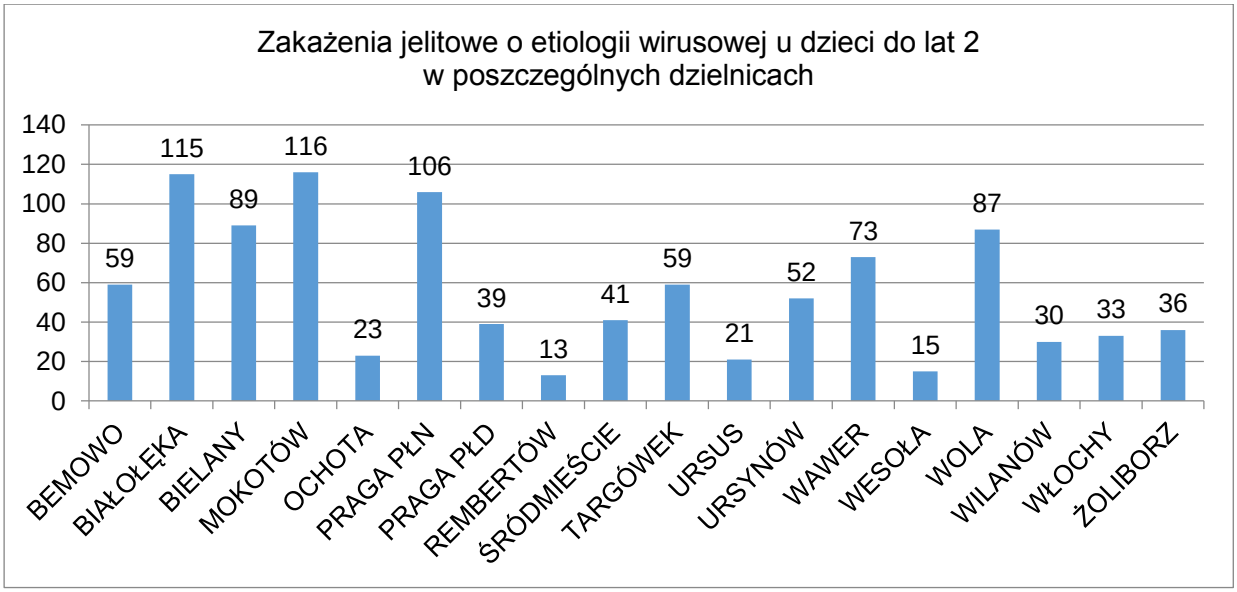
W roku 2017 podobnie jak w latach poprzednich, rejestrowane były biegunki, które wystąpiły u dzieci do lat 2. Jest to grupa schorzeń, która ze względu na szczególne cechy osobnicze pacjentów, podlega wzmożonemu nadzorowi epidemiologicznemu. Wymóg zgłaszania zachorowań u dzieci dotyczył wszystkich zakażeń w tym zakażeń jelitowych o etiologii wirusowej, bakteryjnej jak i biegunek o nieokreślonej etiologii.

Wirusowe zakażenia jelitowe u dzieci do lat 2, to ogółem 1007 przypadków zachorowań, w których to 167 dzieci w konsekwencji poddano hospitalizacji. Jak wynika z przedstawionych na wykresie danych, liczba zachorowań w tej grupie wiekowej w roku 2017 uległa zwiększeniu w stosunku do roku poprzedniego.



Wykres 7. Zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej u dzieci do lat 2 w latach 2009-2017.

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 8 Zakażenia jelitowe o etiologii wirusowej u dzieci do lat 2 w 2017 r. w poszczególnych dzielnicach m.st. Warszawy.

5.2.3.4. BAKTERYJNE ZAKAŻENIA JELITOWE U DZIECI DO LAT 2

W roku 2017 zarejestrowano ogółem 58 przypadków bakteryjnych zakażeń jelitowych u dzieci do lat 2. W stosunku do roku poprzedniego i lat ubiegłych nie stwierdza się zmiany epidemiologicznej w tym zakresie.

5.2.3.5. SALMONELOZY

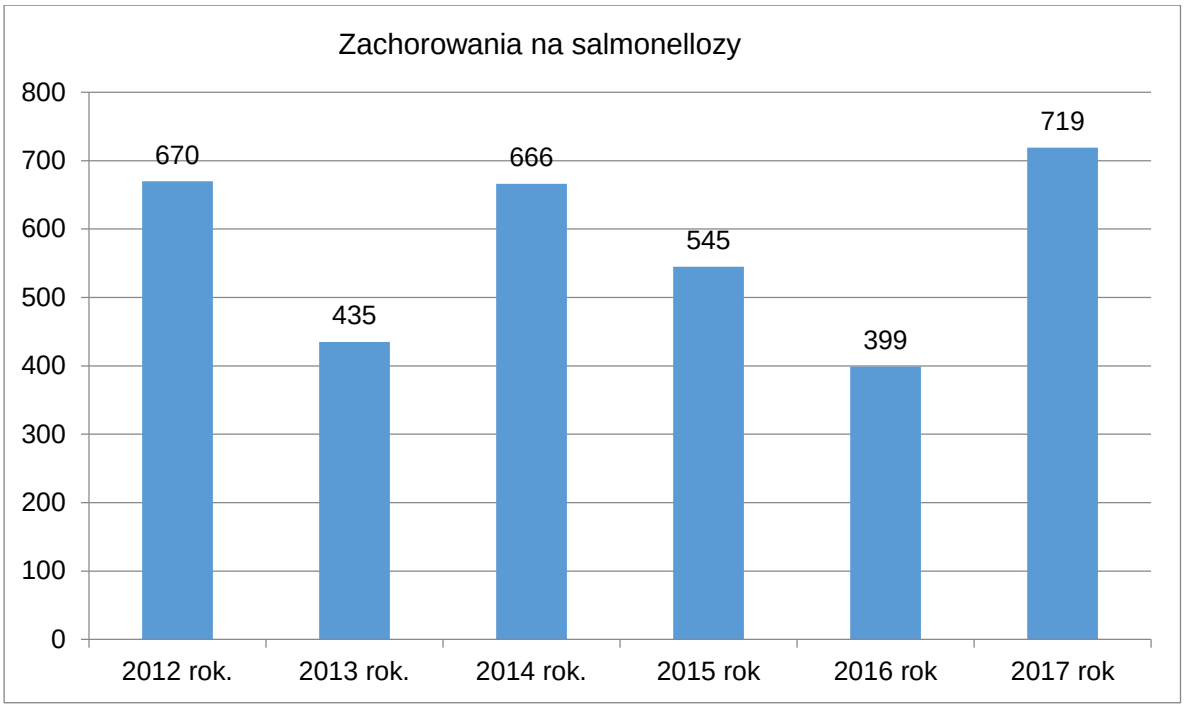
Pałeczki Salmonella są chorobotwórcze dla człowieka i zwierząt, wywołują ostre zatrucia pokarmowe. Objawy chorobowe, występujące zwykle po 18-24 godzinach od zakażenia, to: bóle brzucha, gorączka, biegunka, czasami nudności wymioty.

Po przebyciu choroby, pałeczki mogą być wydalane z kałem przez kilka tygodni lub miesięcy bez jakichkolwiek objawów chorobowych.

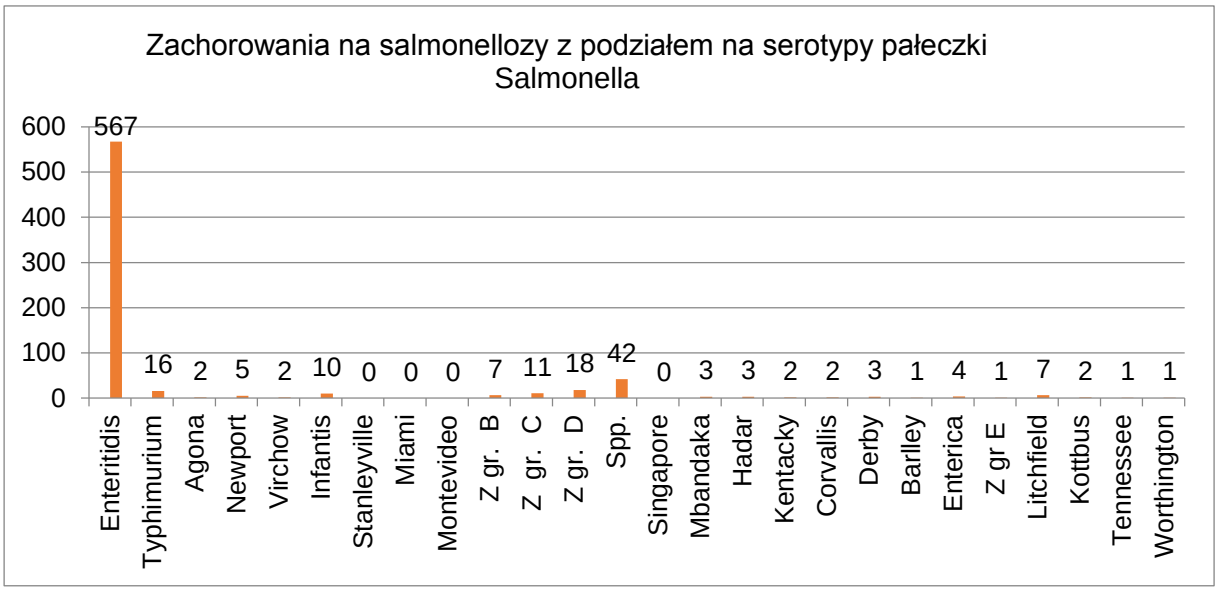
Do zakażenia dochodzi poprzez żywność zanieczyszczoną odchodami zakażonych zwierząt (najczęściej drobiu, myszy, szczurów), przez produkty żywnościowe pochodzące od zwierząt zakażonych (jaja, mięso, mleko) i ludzi wydalających pałeczki z kałem, zarówno chorych, jak i zdrowych nosicieli.

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

W roku 2017 odnotowano istotny z punktu widzenia epidemiologii wzrost zachorowań o etiologii salmonellozowej. Ogółem zarejestrowano 719 przypadków zachorowania w tym 9 przypadków posocznicy spowodowanej pałeczką Salmonella i 4 przypadki salmonellozy zgłoszonej jako inne zakażenia pozajelitowe.

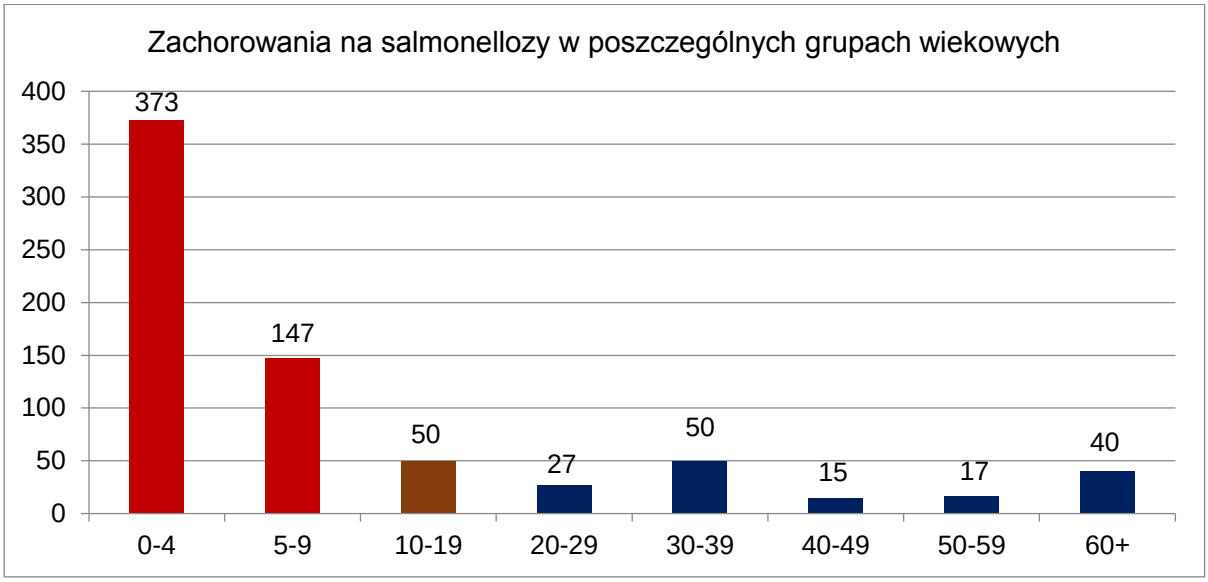


Wykres 9. Zachorowania na salmonellozy w latach 2012 – 2017



Wykres 10. Zachorowania na salmonellozy z podziałem na poszczególne serotypy pałeczki Salmonella w roku 2017

Najczęściej izolowanym serotypem jest Salmonella z gr. D Enteritidis, (567 przypadków), na drugiej pozycji znajduje się Salmonella spp., która została zdiagnozowana w 42 przypadkach zgłoszonych zachorowań w roku sprawozdawczym.



Wykres 11. Zachorowania na salmonellozy w 2017 roku w poszczególnych grupach wiekowych

Największą populację, w której doszło do zachorowań na salmonellozy stanowią dzieci w wieku od 0 do 4-lat.

5.2.3.6. INNE ZAKAŻENIA JELITOWE O ETIOLOGII BAKTERYJNEJ

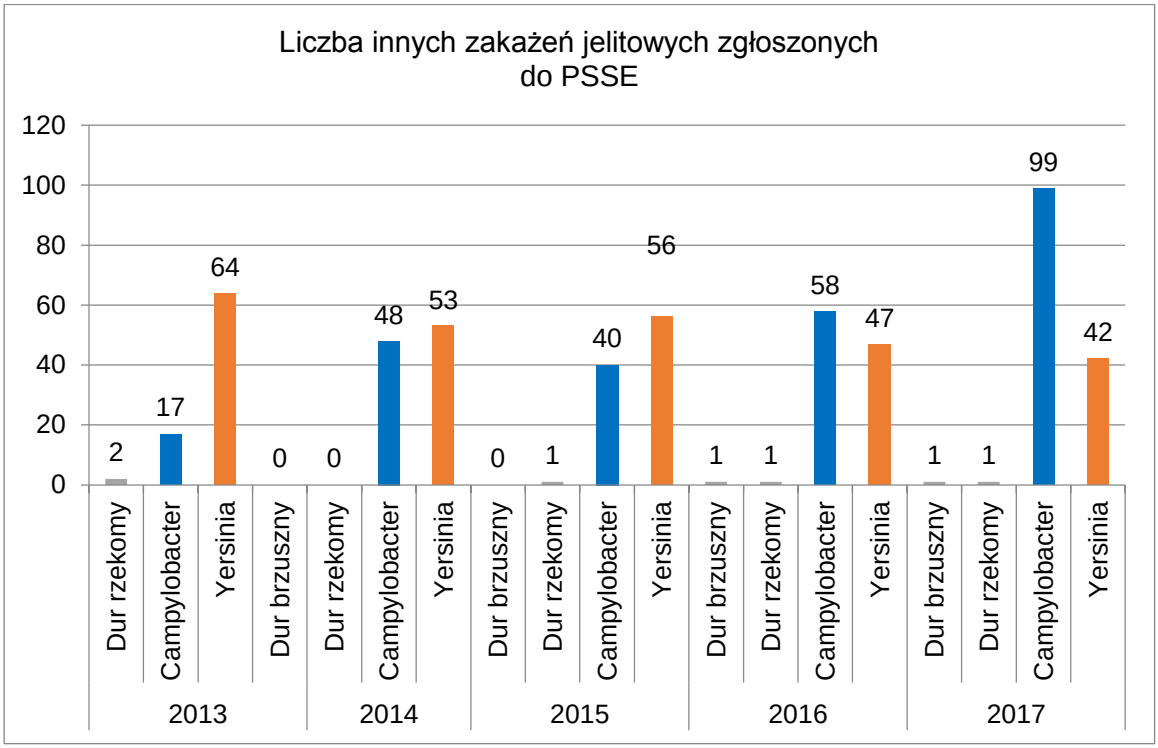
Wykrywanie drobnoustrojów innych niż pałeczki Salmonella, świadczy o wciąż poprawiającej się diagnostyce laboratoryjnej zakażeń i zatruć pokarmowych pozwalającej na ustalenie czynnika etiologicznego odpowiedzialnego za wystąpienie zakażenia lub zatrucia pokarmowego.

5.2.3.7. 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 2017 zarejestrowano 99 przypadków zachorowania spowodowanego tym patogenem. W odniesieniu do poprzednich lat obserwujemy ciągły wzrost ilości zdiagnozowanych przypadków zachorowań.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie prowadzi rejestr i nadzór nad nosicielami duru brzusznego. Na terenie miasta, mieszka 16-ciu nosicieli, którzy są pod stałym nadzorem epidemiologicznym Inspekcji Sanitarnej.

W roku sprawozdawczym zarejestrowano 1 przypadek zachorowania na dur brzuszny i 1 przypadek duru rzekomego.



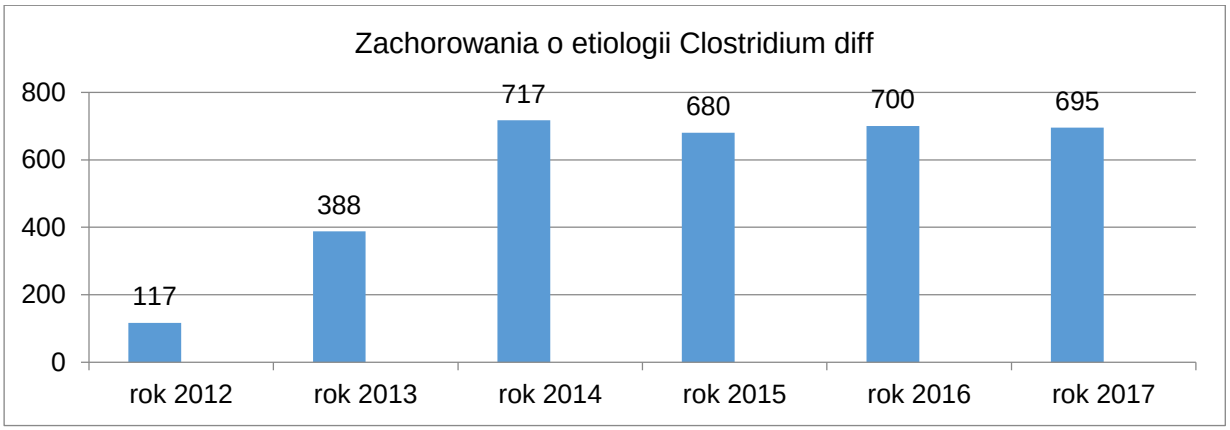
Wykres 12. Liczba innych zakażeń jelitowych zgłoszonych do PSSE w latach 2013 - 2017

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 rzekomowyrostkowe.

W roku 2017 zarejestrowano 42 przypadki zachorowań o etiologii Yersinia.

5.2.3.8. CLOSTRIDIUM DIFFICILLE

W 2017 r. odnotowano 695 przypadków zachorowań o etiologii Clostridium difficile tj. liczba wykrytych zakażeń od roku 2014 utrzymuje się na stałym poziomie względem liczby mieszkańców nadzorowanego terenu.
Najwięcej zachorowań notuje się w grupie wiekowej pow.75 roku życia.



Wykres 13. Zachorowania o etiologii Clostridium diff. w latach 2012 – 2017

5.2.4. WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY

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

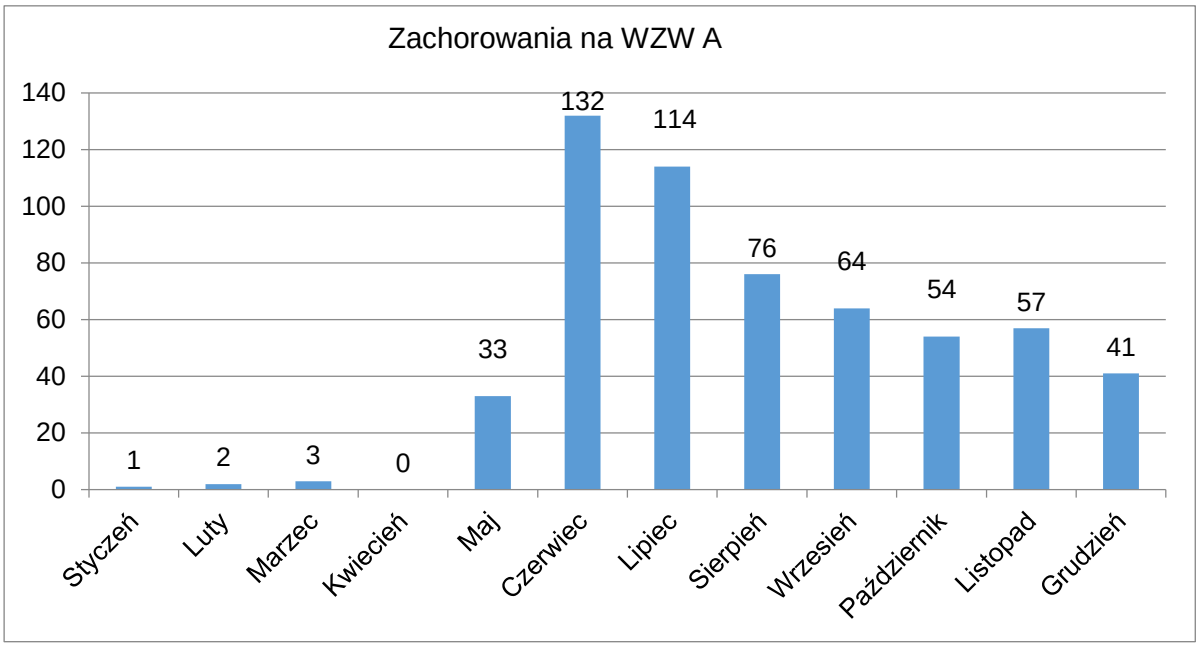
5.2.4.1. WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU A

W roku 2017 na terenie m. st. Warszawy zarejestrowano 577 przypadków zapalenia wątroby typu A.

W 2017 r. do PSSE w m. st. Warszawie ogółem wpłynęły 674 zgłoszenia zachorowań na WZW A (zgłoszenia dokonane na druku ZLK i ZLB). Różnica między liczbą zgłoszeń, które wpłynęły do PSSE, a liczbą wykazanych przypadków w MZ-56 wynika z:

- zgłoszenia dotyczyły osób zamieszkałych na terenie nadzorowanym przez inne PSSE;

– braku adresów zamieszkania i braku numerów PESEL pacjentów – co nie pozwoliło na ustalenie miejsca zamieszkania pacjenta, a co za tym idzie brakiem możliwości skontaktowania się z pacjentami, których dotyczyły zgłoszenia ZLB-1 w kierunku wykrycia zakażenia HAV.

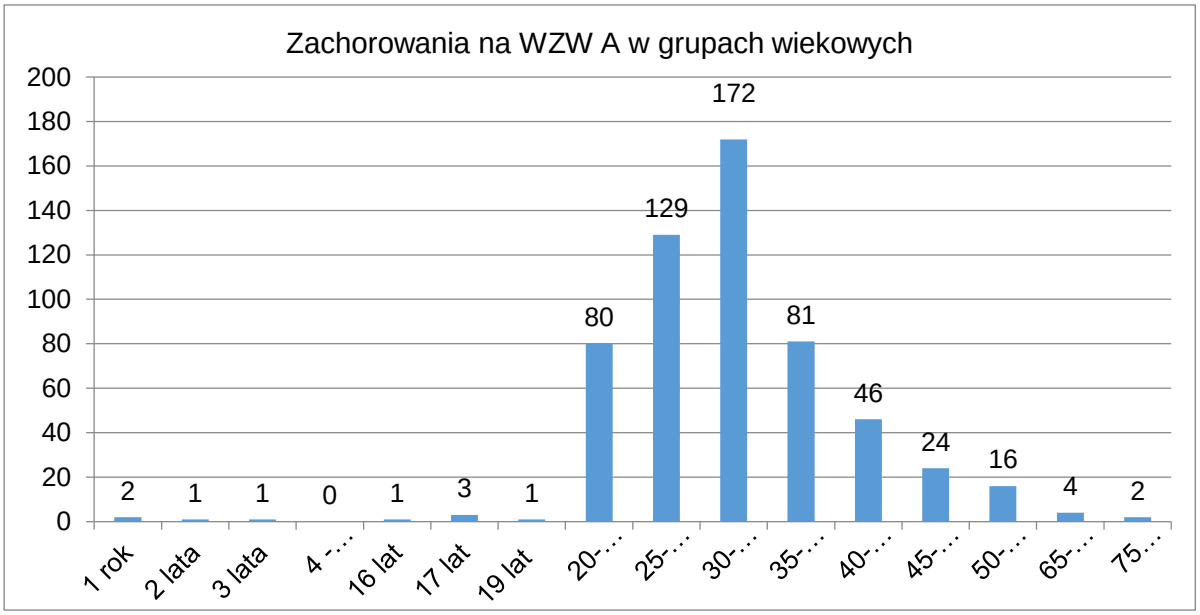


Wykres 14. Zachorowania na WZW A w poszczególnych miesiącach roku 2017

Podział na grupy wiekowe:

– 1 rok: 2 dzieci (M) (zachorowania z ognisk);
– 2 lata: 1 dziecko (M) (zachorowanie z ogniska);
– 3 lata: 1 dziecko (M);
– 16 lat: 1 osoba (M);
– 17 lat: 3 osoby (M);
– 19 lat: 1 osoba (M);
– 20-24 lat: 80 osób (66 M; 14 K);
– 25-29 lat: 128 osób (114 M; 14 K);
– 30-34 lat: 172 osób (162 M; 10 K);
– 35-39 lat: 81 osób (73 M; 8 K);
– 40-44 lat: 46 osób (44 M; 2 K);
– 45-49 lat: 24 osoby (22 M; 2K);
– 50-54 lat: 16 osób (14 M; 2 K);
– 55-59 lat: 14 osób (10 M; 4 K);
– 60-64 lat: 0;

- 65 -74 lat: 4 osoby (3 M; 1K);
- 75 lat i więcej: 2 osoby (M);
- (M-mężczyzna, K-kobieta).



Wykres 15. Zachorowania na WZW A w grupach wiekowych w roku 2017r.

Źródło/droga zakażenia:

- 111 osób przyznało, że miało kontakt z osobą chorą na WZW A;
- Do zakażenia drogą kontaktów seksualnych mogło dojść w 243 przypadkach. Pacjenci przyznawali, że przed zachorowaniem mieli ryzykowne kontakty seksualne (seks z przypadkowymi osobami, seks bez zabezpieczeń, seks z więcej niż jednym partnerem);
- 198 mężczyzn przyznało, że w ciągu 2 miesięcy przed zachorowaniem miało kontakty homoseksualne (MSM);
- 14 mężczyzn przyznało, że w ciągu 2 miesięcy przed zachorowaniem miało kontakty biseksualne.

Należy zaznaczyć, że przyznanie się do zakażenia drogą kontaktów seksualnych jest dobrowolne i nie każdy pacjent był skłonny się do tego przyznać.

1) 32 osoby przed zachorowaniem zażywało narkotyki, zarówno podawane dożylnie jak i aplikowane innymi drogami;
2) 35 osób przyznało, że przed zachorowaniem piło z jednej butelki z innymi osobami, paliło wspólne papierosy, korzystało z tych samych ustników lub dochodziło do pocałunków z przypadkowymi osobami;

3) 15 osób przyznało, że przed zachorowaniem korzystali z sauny. Z racji powtarzania się nazwy tego samego ośrodka, Sekcja Higieny Komunalnej przeprowadziła w w/w ośrodku kontrolę;
4) 8 osób jako jedyną drogę zakażenia wskazało korzystanie z toalet publicznych;
5) 121 osób w ciągu 2 miesięcy przed zachorowaniem podróżowało poza granice Polski do takich krajów jak: Albania (1 osoba), Austria (1 osoba), Belgia (1 osoba), Bułgaria (1 osoba), Chiny (4 osoby), Chorwacja (2 osoby), Dominikana (1 osoby), Dubaj (2 osoby), Egipt (2 osoby- zachorowania wykazane jako ognisko), Emiraty Arabskie (1 osoba), Francja (2 osoby), Grecja (4 osoby), Gruzja (2 osoby), Hiszpania (11 osób), Holandia (1 osoba), Irlandia (1 osoba), Izrael (1 osoba), Japonia (1 osoba), Kambodża (1 osoba), Kolumbia (1 osoba), Kuba (1 osoba), Malta (1 osoba), Niemcy (3 osoby), Tajlandia (1 osoba), Peru (1 osoba), Portugalia (1 osoba), Rosja (1 osoba), RPA (1 osoba), Hiszpania - Teneryfa (2 osoby), Tunezja (2 osoby), Turcja (3 osoby), Ukraina (6 osób), Wietnam (2 osoby), Włochy (4 osoby);
6) W 268 przypadkach nie udało się ustalić drogi ani źródła zakażenia.
   Powodem było:
   - pacjenci negowali pytania zawarte w formularzu wywiadu do zachorowania na WZWA,
   - odmówili udzielenia odpowiedzi,
   - brak możliwości skontaktowania się z pacjentem.

Ogniska:
W 2017 r. wykazano 36 ognisk zachorowań na WZWA.
W ogniskach tych zachorowało 80 osób:

- 30 ognisk 2 osobowych;
- 5 ognisk 3 osobowych;
- 1 ognisko 5 osobowe.

Podjęte przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego działania:
W momencie zaobserwowania zmiany sytuacji epidemiologicznej związanej ze wzrostem zachorowań na WZW A umieszczono informację na temat WZW A, dróg zakażenia, sposobach zapobiegania zakażeniu na internetowej stronie PSSE w m. st. Warszawie ul. Kochanowskiego 21, którą aktualizowano po otrzymaniu nowych informacji,

- informowanie pacjentów podczas zbierania wywiadu epidemiologicznego o etiologii wirusa i dróg jego przenoszenia, zasadach sanitarnohigienicznych zachorowania na WZWA;
- informowanie pacjentów o możliwości odpłatnych szczepień p/WZWA dla osób z otoczenia;
- dnia 11.05.2017 r. wysłano do dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego pismo przypominające o obowiązku zgłaszania zachorowań i wykrycia dodatnich czynników biologicznych, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- dnia 22.05.2017 r. wysłano pismo do wszystkich podmiotów leczniczych oraz laboratoriów na terenie m. st. Warszawy przypominające o obowiązku zgłaszania wykrycia dodatnich czynników biologicznych oraz zachorowań, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- dnia 06.06.2017 r. ponownie przesłano pismo przypominające o obowiązku zgłaszania wykrycia lub podejrzenia wykrycia zachorowania na WZWA do podmiotów leczniczych na terenie Warszawy oraz zwrócono się z prośbą o informowanie pacjentów przy okazji konsultacji lekarskich o objawach Wirusowego Zapalenia Wątroby typu A, sposobach zapobiegania zakażeniu, zwłaszcza zachowywania odpowiedniej higieny rąk i przygotowywania posiłków oraz o możliwości odpłatnego szczepienia p/WZW A, ze zwróceniem szczególnej uwagi na edukowanie osób należących do grup podwyższonego ryzyka, do których należą:
- homoseksualiści;
- osoby podróżujące na tereny o wysokiej endemiczności;
- osoby z bliskiego kontaktu z chorymi na WZWA;
- pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy zakładów oczyszczania i kanalizacji;
- osoby zatrudnione w zakładach produkujących i dystrybuujących żywność i wodę pitną oraz przygotowujących posiłki;
- pacjenci z przewlekłymi chorobami wątroby, chorzy leczeni preparatami krwiopochodnymi;
- osoby uzależnione od środków psychoaktywnych.

Dnia 29.09.2017 r. oraz 02.10.2017 r. do kierowników Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych do spraw HIV oraz AIDS wysłano pismo z prośbą o informowanie pacjentów przy okazji konsultacji w w/w punktach o objawach WZWA, sposobach zapobiegania zakażeniu, zwłaszcza zachowania odpowiedniej higieny rąk i przygotowywanych posiłków, przenoszeniu zakażania drogą kontaktów seksualnych (szczególnie poprzez stosunki oralno-analne oraz kontakty oralne z częściami ciała, które mogą być zanieczyszczone wirusem HAV).

W odniesieniu do zapobiegania zakażeniom WZW A, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny prowadzi również akcję edukacyjną skierowaną do dzieci i młodzieży w warszawskich placówkach oświatowo- wychowawczych.

W ostatnim czasie, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę warunków sanitarnohigienicznych w obiekcie basenowym z częścią saun, który był wskazywany przez osoby chore na WZWA, jako miejsce, z którego korzystały przed zachorowaniem. Nieustanie przeprowadza się również analizę lokali gastronomicznych, podawanych przez pacjentów w trakcie wywiadów co skutkowało przeprowadzeniem kontroli we wskazanych obiektach gastronomicznych.

W ramach nadzoru nad zachorowaniami prowadzono stałą współpracę z Inspekcją MSW i A i WOMP. Jeśli chodzi o współpracę z WOMP niestety była ona utrudniona, czas oczekiwania na odpowiedzi na zapytania wysłane do Inspekcji był znacznie wydłużony co powodowało niemożność terminowego zarejestrowania przypadku zachorowania.

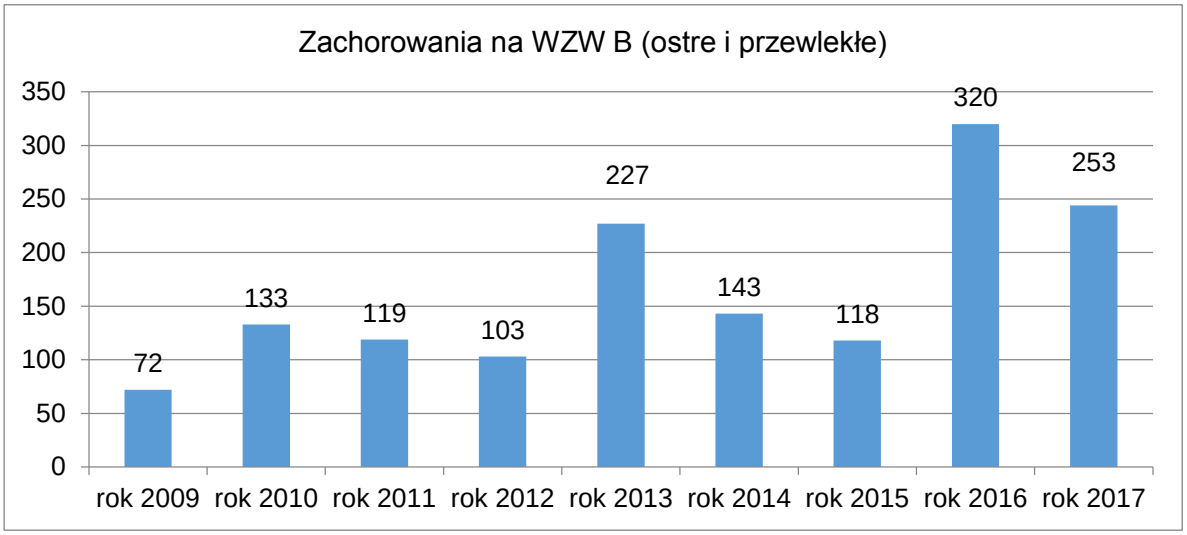
Wysłano pisma do Centrum Personalizacji Danych z prośbą o ustalenie adresu zamieszkania osób zgłoszonych na druku ZLB bez wskazania adresu.

Ponadto prowadzono stałą i bieżącą współpracę z pracownikami WSSE w odniesieniu do nadzoru epidemiologicznego nad osobami z zakażeniem HAV.

5.2.4.2. 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 2017 r., odnotowano 244 przypadki przewlekłego WZW B i 9 przypadków ostrego WZW B.



Wykres 16. Zachorowania na WZW typu B (ostre i przewlekłe) w latach 2009 – 2017

Liczba zachorowań na ostre WZW B – 9, wszystkie osoby były hospitalizowane, żadna z tych osób nie była szczepiona p/wzw B:

- Kobiety – 0;
- Mężczyźni – 9.

Okoliczności wykrycia:

- Diagnostyka szpitalna – 3;
- Poradnia/oddział chorób zakaźnych – 3;
- POZ (diagnostyka) – 3.

Narażenie w ciągu ostatnich 6 miesięcy:

- Leczenie: stomatolog – 3;
- Kontakty homoseksualne – 2;
- Tatuaż – 1;
- Narażenie zawodowe (zacięcie nożyczkami – fryzjer) – 1;
- Narażenie seksualne (kontakt heteroseksualny z 2 partnerkami z zabezpieczeniem) - 1;
- Kontakt domowy z chorym na WZW B/C – 1;
- Inne: pacjent pracuje przy przewozie osób, często ma do czynienia z osobami krwawiącymi, pobitymi, przez co często musi sprzątać własny samochód,

którym świadczy usługi; dodatkowo pacjent ma onychofagie (chorobliwą potrzebę obgryzania paznokci);

- Brak danych – 1.

Czynności nadzorowe w odniesieniu do wydania skierowania na szczepienia ochronne dla osób z otoczenia chorego dotyczyły 8 osób, jedno dochodzenie prowadzone było na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta, nie skierowano jego otoczenia na szczepienia.

W każdym przypadku wykrycia ostrego WZW B prowadzone jest dochodzenie epidemiologiczne w celu wykrycia źródła zakażenia oraz wdrożone zostają czynności nadzorowe. 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. Ponadto wszystkie osoby z wykrytym zakażeniem informowani byli o konieczności przestrzegania zasad higieniczno - sanitarnych oraz kierowano osoby z najbliższego otoczenia na szczepienia p/ WZW B w ramach obowiązującego PSO jako szczepienie nieodpłatne.

5.2.4.3. WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

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

W roku 2017 liczba zachorowań jest porównywalna do roku poprzedniego. Na terenie m. st. Warszawy zarejestrowano 243 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.

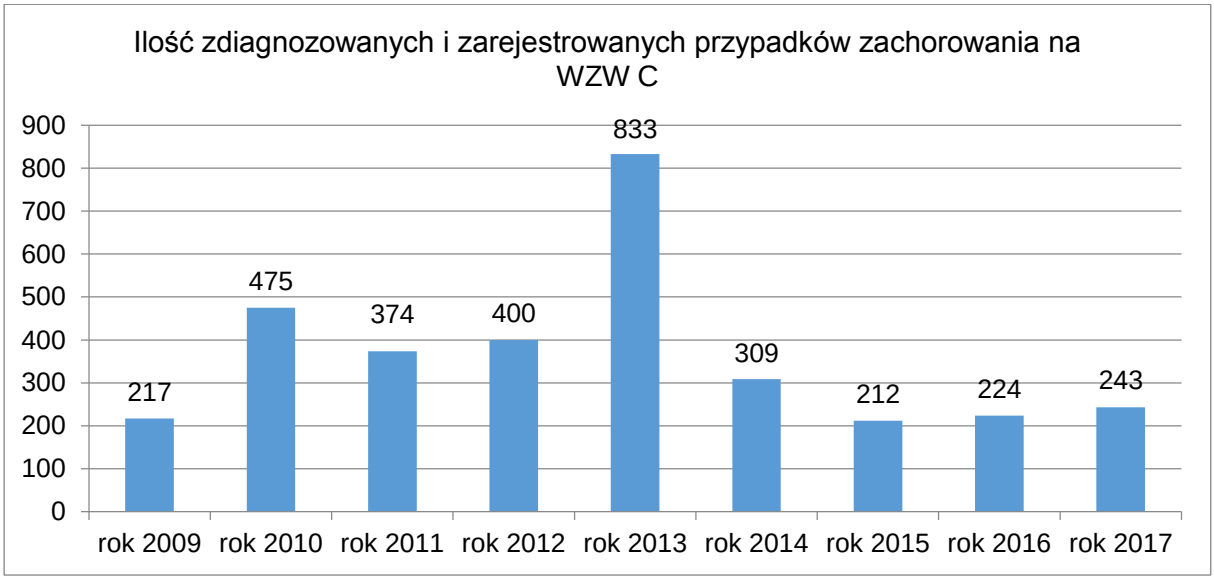
Faktem jest, że zarejestrowane przypadki zakażeń mają związek ze świadczeniem usług, w trakcie których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek.

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:

- zabiegi operacyjne wykonywane kilka lat wcześniej;
- transfuzja krwi przed - 1993 rokiem;
- przyjmowanie narkotyków drogą dożylną;
- zabiegi stomatologiczne;
- wykonanie tatuażu w nieprofesjonalnych warunkach.



Wykres 17. Ilość zdiagnozowanych i zarejestrowanych przypadków zachorowania na WZW typu C w latach 2009-2017 na terenie m. st. Warszawy.

5.2.5. NEUROINFEKCJE

5.2.5.1. ZACHOROWANIA NA INWAZYJNĄ CHOROBĘ MENINGOKOKOWĄ

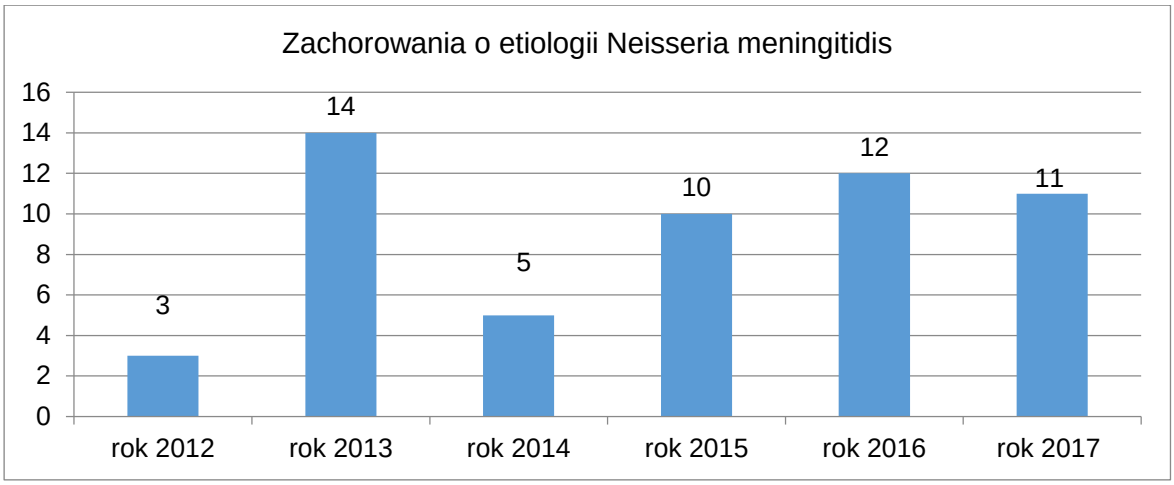
Neisseria meningitidis (dwoinka zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) jest jednym z najczęstszych czynników etiologicznych pozaszpitalnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i posocznicy, określanych wspólnie mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (IChM). Zjawisko kolonizacji N. meningitidis u ludzi 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.

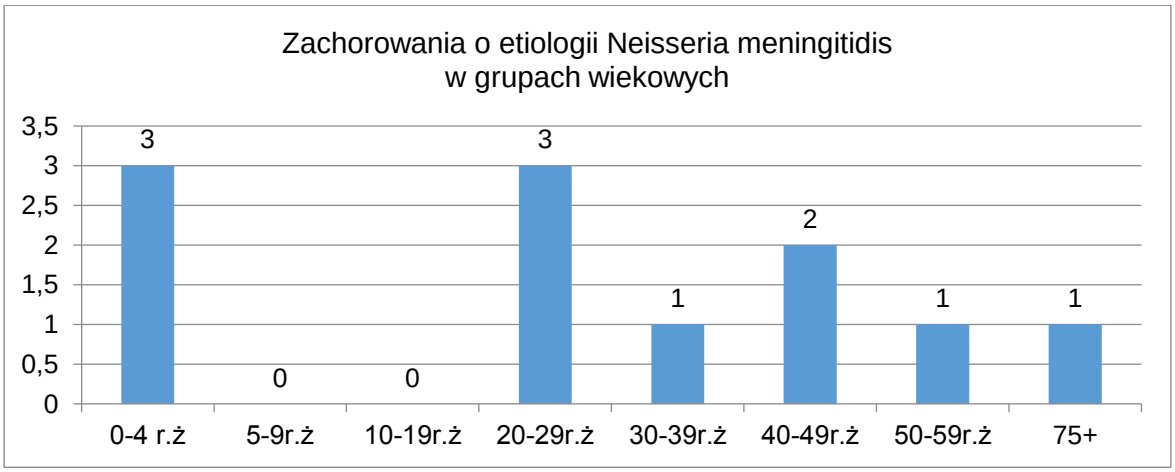
Na terenie m. st. Warszawy w roku 2017 zarejestrowano ogółem 11 przypadków zakażenia o etiologii Neisseria meningitidis. Zachorowania te przebiegały pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i/lub posocznicy, w dwóch przypadkach zarejestrowano zakażenie jako postać inna określona/nieokreślona.

W roku 2017 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 18. Zachorowania o etiologii Neisseria meningitidis w latach 2012 - 2017



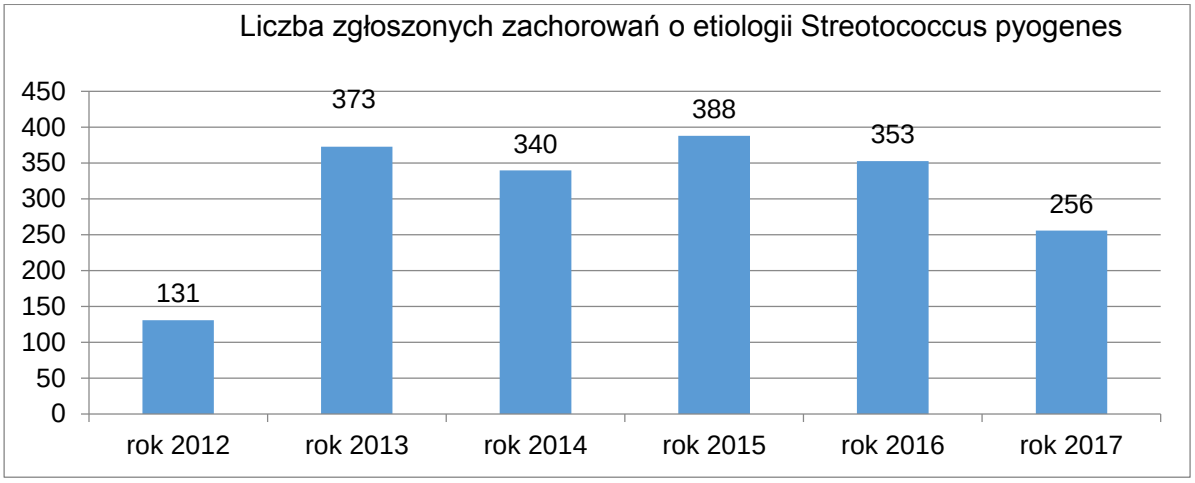
Wykres 19. Zachorowania o etiologii Neisseria meningitidis w poszczególnych grupach wiekowych w roku 2017

5.2.5.2. 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.

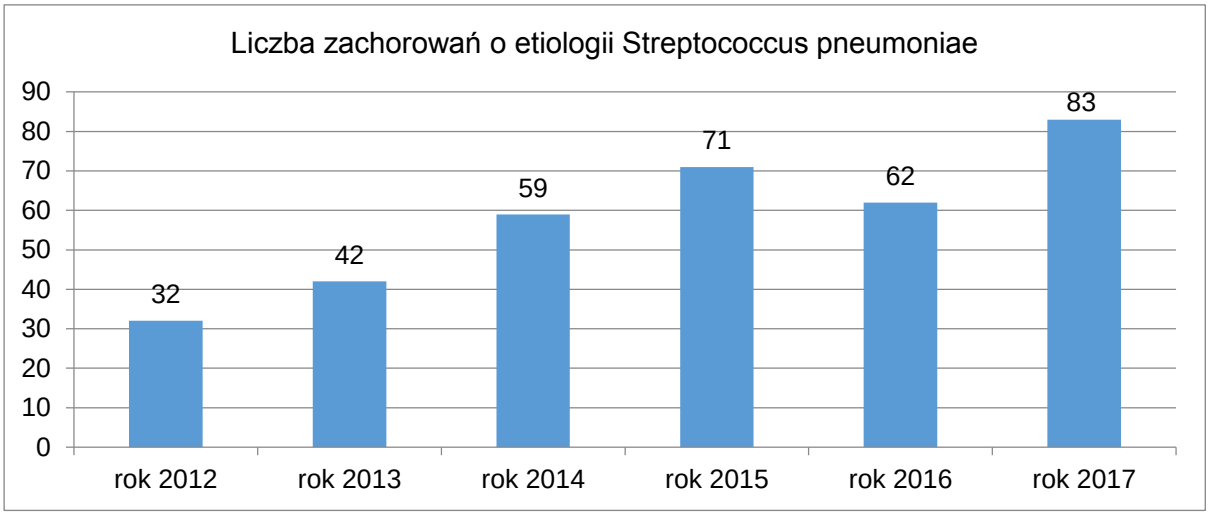
W roku sprawozdawczym ogółem zarejestrowano 256 przypadków wykrycia patogenu w tym 243 zachorowania przebiegały pod postacią róży, zarejestrowano 13 przypadków innej określonej i nieokreślonej choroby inwazyjnej, nie rejestrowano przypadków wstrząsu toksycznego spowodowanego tym patogenem.



Wykres 20. Liczba zgłoszonych zachorowań o etiologii Streptococcus pyogenes w latach 2012-2017.

5.2.5.3. STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

W roku 2017 do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie zgłoszono ogółem 83 przypadki zachorowań wywołanych tym patogenem. Zachorowania przebiegały pod postacią zapalenia opon mózgowych i/lub mózgu 10 przypadków, posocznicy 62 przypadki oraz zachorowania zarejestrowane jako przypadki inne określone i nieokreślone 54 zgłoszenia.



Wykres 21. Liczba zachorowań o etiologii Streptococcus pneumoniae w latach 2012-2017

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.

5.2.5.4. HAEMOPHILUS INFLUENZAE

W roku 2017 zarejestrowano ogółem 14 przypadków zachorowań o etiologii Haemophilus influenzae. Zgłoszone zachorowania były zakażeniami, które spowodowały posocznicę – 5 przypadków oraz inne zachorowania określone jako choroba inna i nieokreślona choroba inwazyjna – 11 przypadków oraz 2 przypadki posocznicy z zapaleniem płuc.
Liczba zachorowań o wskazanej etiologii na nadzorowanym terenie w roku sprawozdawczym wzrosła ponad 3-krotnie.

.

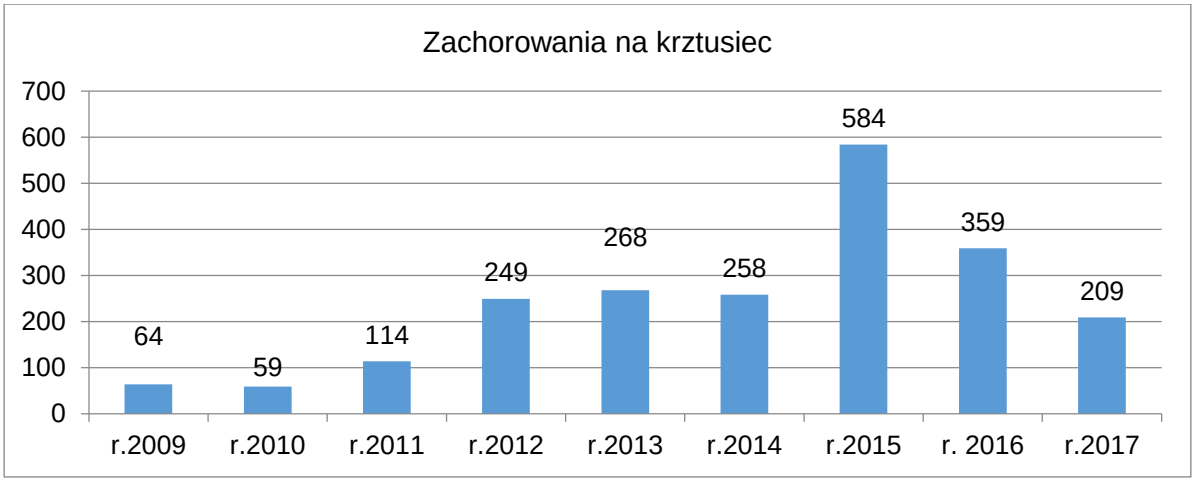
Wykres 22. Liczba zgłoszonych zachorowań o etiologii Haemophilus influenzae w latach 2010 – 2017

5.2.6. 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 krztuśca 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 2017 w meldunkach epidemiologicznych prowadzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie zarejestrowano 209 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).

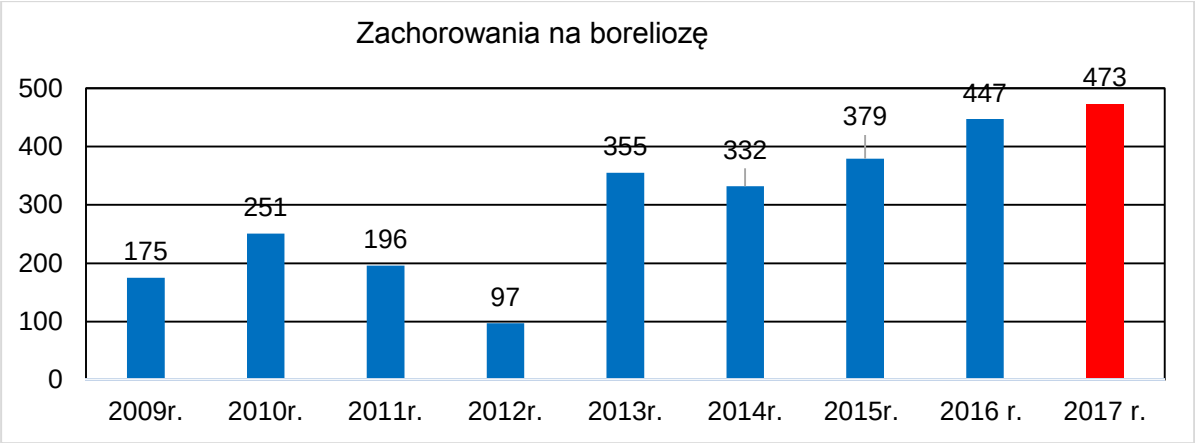


Wykres 23. Zachorowania na krztusiec w latach 2009-2017

5.2.7. BORELIOZA I KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU

W roku 2017 zarejestrowano 473 przypadki zachorowania na boreliozę. Liczba zachorowań na boreliozę przybiera wartości wzrostowe (poniżej wykres).
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.

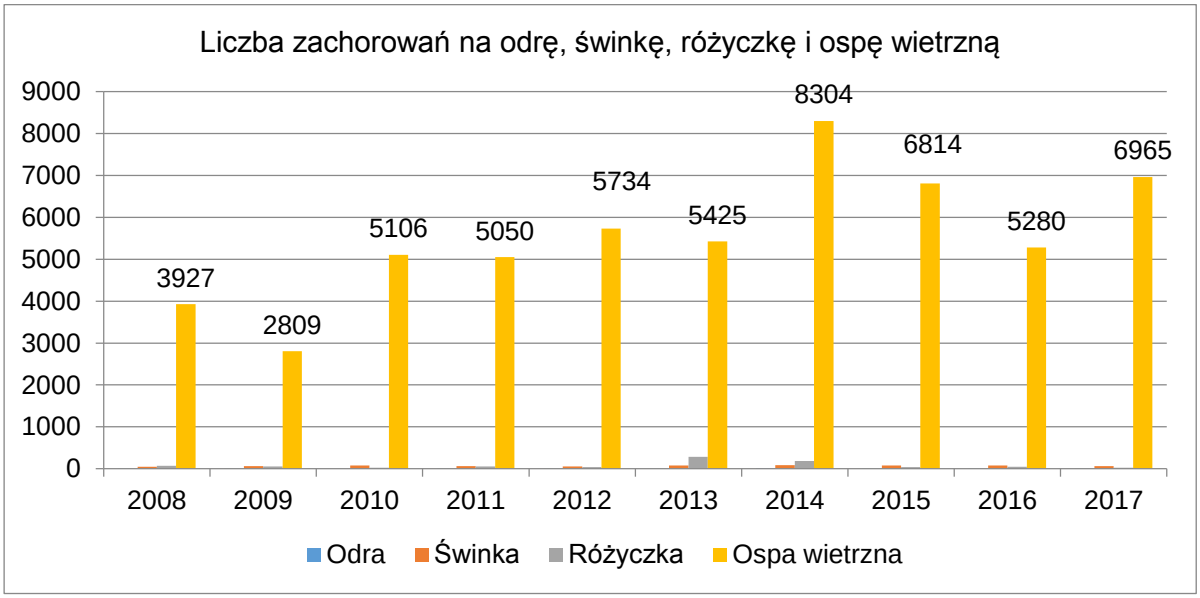


Wykres 24. Zachorowania na boreliozę w latach 2009-2017.

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 9 pacjentów.

5.2.8. ODRA, OSPA WIETRZNA, ŚWINKA, RÓŻYCZKA



Wykres 25. Liczba zachorowań na odrę, świnkę, różyczkę i ospę wietrzną w latach 2008 - 2017 na terenie m. st. Warszawy

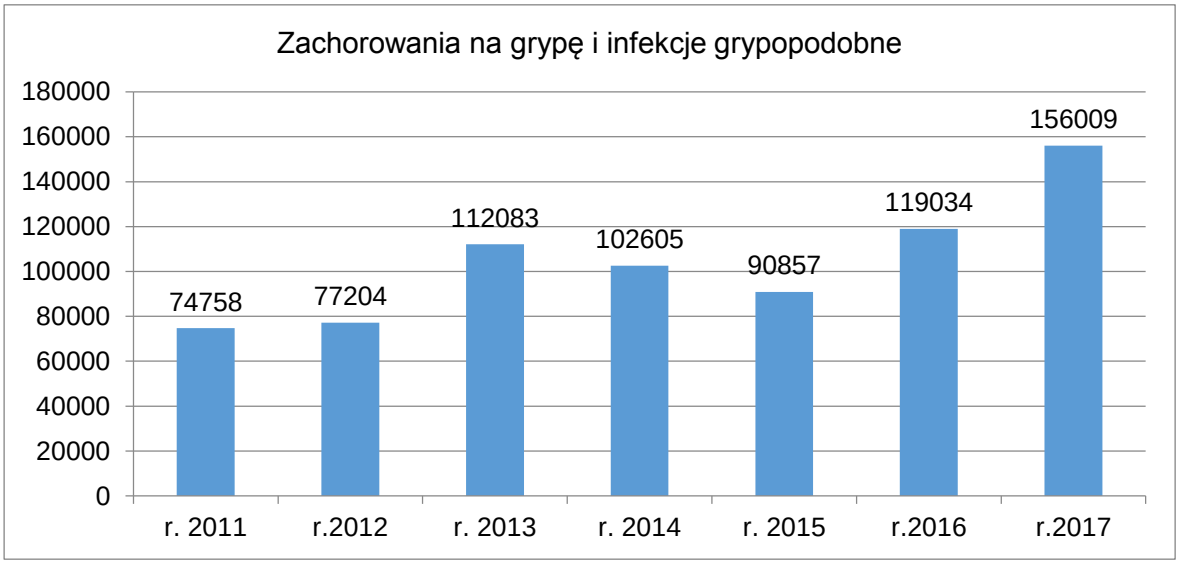
Od końca 2003 r. prowadzone są obowiązkowe szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trzyskładnikowej (MMR), wykonywane u dzieci w 13-15 miesiącu życia, a od 2005 roku również szczepienia przypominające w 12 roku życia z użyciem potrójnej szczepionki (MMR), które obecnie są wykonywane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

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

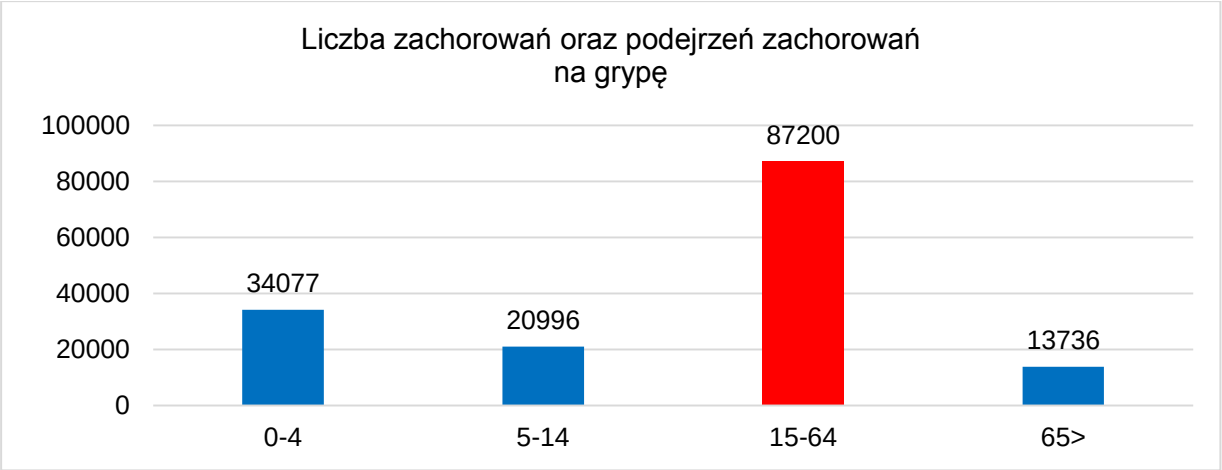
W porównaniu do roku ubiegłego w roku sprawozdawczym zaobserwowano wzrost zachorowań na ospę wietrzną.

5.2.9. GRYPA SEZONOWA

W roku 2017 zachorowania na grypę i zakażenia grypopodobne to 156.009 zgłoszonych przypadków. Prowadzone rejestry wskazują na zwiększenie się ilości zachorowań na grypę i zakażenia grypopodobne w stosunku do roku 2016.Rejestracji dokonuje się w meldunkach MZ-55 w systemie tygodniowym.



Wykres 26. Zachorowania na grypę i infekcje grypopodobne w latach 2011-2017.



Wykres 27. Liczba zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę wg wieku w roku 2017.

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 2017 r. to 147 przypadków zachorowań. W roku 2016 było to tylko 47 przypadków.

Próby materiału klinicznego 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. W roku sprawozdawczym zarejestrowano 1 zgon z powodu grypy.

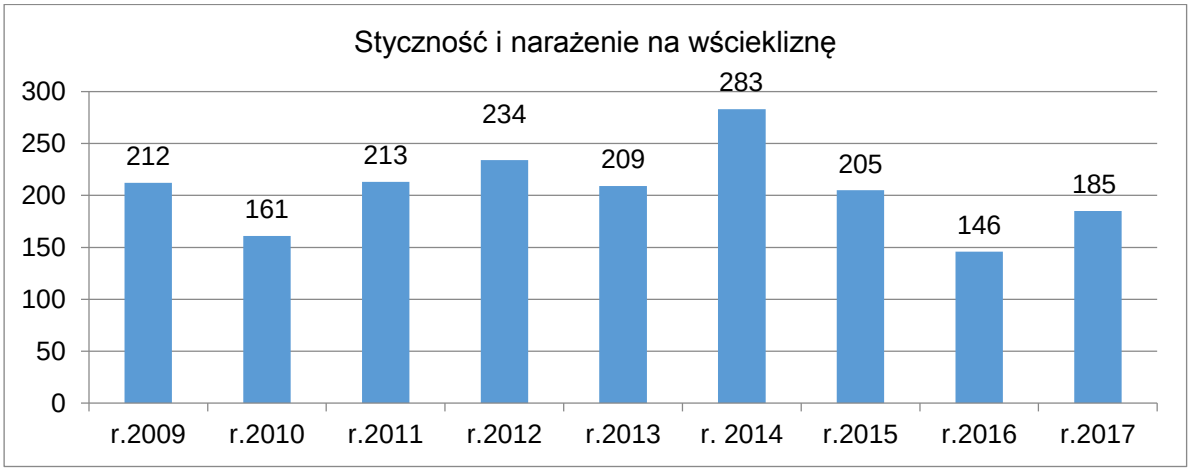
5.2.10. STYCZNOŚĆ I NARAŻENIE NA WŚCIEKLIZNĘ

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 lub wyniku ujemnym badania

w kierunku wścieklizny (dotyczy padłych zwierząt lub uśpionych ze względów humanitarnych).

W roku 2017 zarejestrowano 185 przypadków narażenia na wściekliznę, nie zarejestrowano natomiast żadnego przypadku wścieklizny u człowieka. Sezonowość oraz wiek w przypadku narażenia na wściekliznę nie ma znaczenia.



Wykres 28. Styczność i narażenie na wściekliznę w latach 2009 – 2017

5.2.11. AIDS I ZAKAŻENIA HIV

Obecnie obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie „Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV" (Dz. U. Nr 189, poz. 1590, z późn. zm.), na podstawie, którego ustalony został Krajowy Program Zwalczania 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 z 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 2017 r. zarejestrowano 260 nowych zakażeń wirusem HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności AIDS wystąpił u 1 osoby.

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

- homo-biseksualista;
- stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach;
- kontakt seksualny;
- 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.

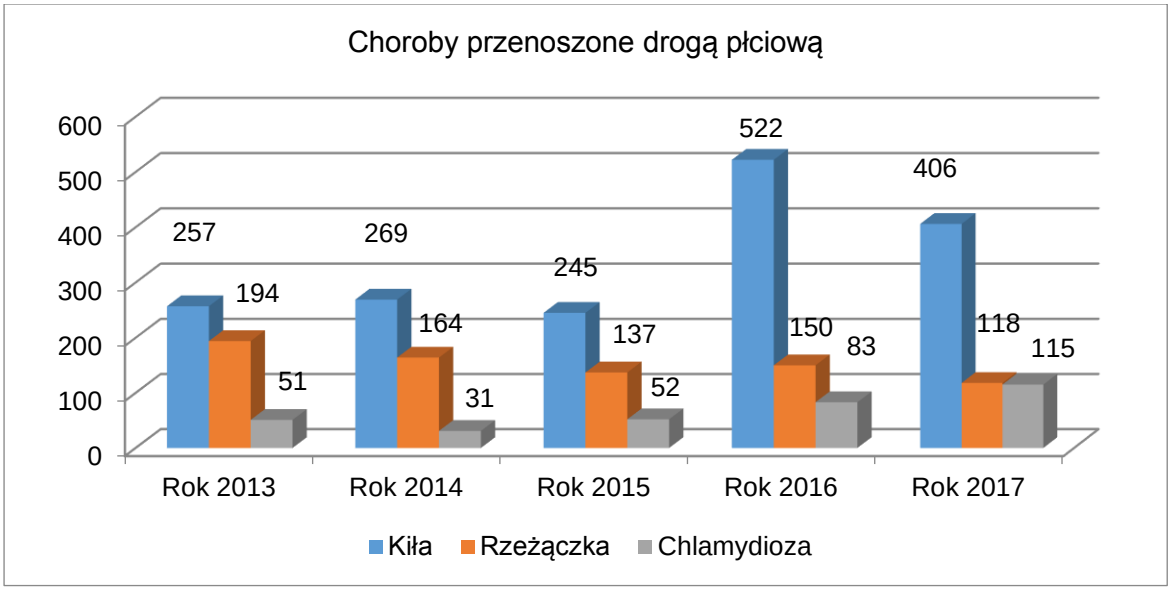
Zmniejszająca się zapadalność w zakresie HIV, nie świadczy o mniejszej ilości zakażeń, ale tak jak w przypadku np. WZW, objawy są niespecyficzne i rozciągnięte w czasie, co może mieć wpływ na niedoszacowanie ilości zgłoszeń.

5.2.12. CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

Zgodnie z powyżej przytoczonym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r., 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.

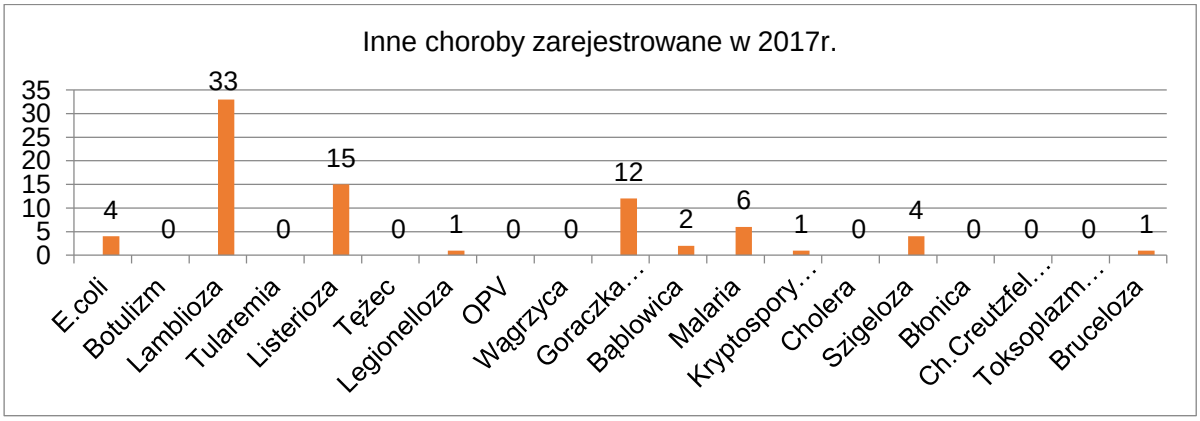
W roku sprawozdawczym nastąpił wzrost chorób przenoszonych drogą płciową, a w szczególności wzrost zachorowań na kiłę.



Wykres 29. Choroby przenoszone drogą płciową zarejestrowane w latach 2013-2017

5.2.13. INNE CHOROBY ZGŁOSZONE DO PSSE W ROKU SPRAWOZDAWCZYM

W roku 2017, do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m.st. Warszawie zgłoszone były przypadki pojedynczych zachorowań na choroby rzadko występujące lub przywleczone z innych stref klimatycznych.

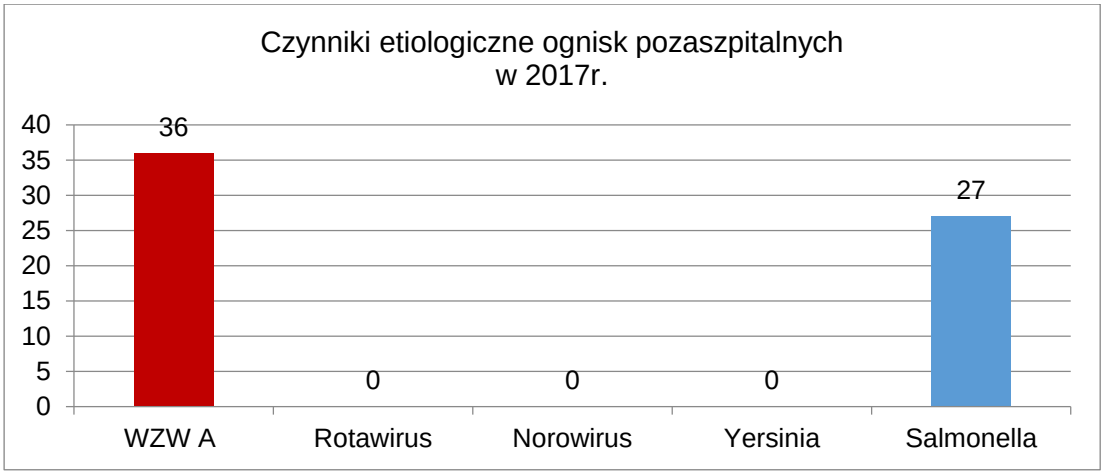


Wykres 30. Inne choroby zarejestrowane w roku 2017

5.2.14. OGNISKA EPIDEMICZNE

W roku 2017 Sekcja Zwalczania Chorób Zakaźnych zarejestrowała i opracowała 69 pozaszpitalnych ognisk epidemicznych, które wystąpiły na terenie m. st. Warszawy.

Czynnikiem etiologicznym, który był odpowiedzialny za wystąpienie zakażeń w ogniskach pozaszpitalnych, w roku sprawozdawczym był wirus HAV (36-ognisk), na drugim miejscu podobnie do roku poprzedniego była pałeczka Salmonella. W roku 2017, nie odnotowano zatruć pokarmowych po spożyciu posiłków serwowanych przez duże restauracje sieciowe zlokalizowane na terenie m. st. Warszawy.



Wykres 31. Czynniki etiologiczne ognisk pozaszpitalnych w roku 2017.

5.2.15. GRUŹLICA

W roku sprawozdawczym zarejestrowano:

- Zgłoszenia ogółem – 432 przypadki zachorowania na gruźlicę;
- Mężczyźni - 271 chorych;
- Kobiety - 161.

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. 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.

5.2.16. 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.

5.2.17. 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 dwukrotny wzrost zachorowań. Serotypem niezmiennie dominującym jest Salmonella enteritidis;
3) Obserwuje się wzrost zachorowań na WZW A.
4) Nie zmienia się sytuacja epidemiologiczna w zakresie ilości zachorowań i wykrywania WZW B i C;
5) Zachorowania inwazyjne o etiologii Neisseria meningitidis, za sprawą szybkich działań pracowników Sekcji Zwalczania Chorób Zakaźnych i skutecznej chemioprofilaktyki nie stanowiły zagrożenia epidemicznego dla mieszkańców m. st. Warszawy;
6) Analiza zgłoszonych przypadków Bordetella pertussis (krztusiec) dowodzi, że liczba zachorowań przybiera wartości spadkowe;
7) Odra nie stanowiła zagrożenia epidemiologicznego wśród mieszkańców m.st. Warszawy;
8) Liczba nowo wykrytych zakażeń wirusem HIV i zdiagnozowanie zespołu nabytego upośledzenia odporności (AIDS), wśród mieszkańców Warszawy również utrzymywała się na stałym poziomie;
9) Choroby zakaźne przywleczone z terenów ich endemicznego występowania były pod szczególnym nadzorem Sekcji Zwalczania Chorób Zakaźnych i nie stanowiły zagrożenia dla mieszkańców m. st. Warszawy;
10) Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w m.st. Warszawie w 2017 r. należy uznać za zmienną. Obserwowano nagły i niekontrolowany wzrost ilości chorób zakaźnych, w odniesieniu do WZW A i Salmonelloz.
11) Notowane fluktuacje, podobnie jak w latach ubiegłych, miały charakter sezonowy lub są kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich;
12) Problem stanowi również wdrożenie nadzoru epidemiologicznego nad chorymi na gruźlicę bezdomnymi, przebywającymi na terenie m. st. Warszawy.

5.3. SZCZEPIENIA OCHRONNE

Szczepienia ochronne będące jednym z istotnych elementów profilaktyki chorób zakaźnych zgodnie z ustawą o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1261) podlegają nadzorowi, który jest sprawowany przez personel Sekcji Szczepień Ochronnych będącej komórką Oddziału Epidemiologii w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej m.st Warszawy.

Szczepienia ochronne są realizowane na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz.1866 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U z 2016 r. poz. 846) oraz Program Szczepień Ochronnych (PSO) ogłaszany corocznie w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia. PSO zawiera szczegółowe wskazówki odnośnie realizacji obowiązkowych szczepień u dzieci i młodzieży do 19 roku życia oraz wykaz szczepień zalecanych.

5.3.1. NADZÓR NAD SZCZEPIENIAMI

Pracownicy Sekcji Szczepień Ochronnych sprawują nadzór nad szczepieniami w oparciu o powyżej wymienione podstawy prawne oraz wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące realizacji zadań dla poszczególnych komórek.

W sekcji zatrudnionych jest 7 osób, które zgodnie z wytycznymi prowadzą nadzór nad szczepieniami ochronnymi.

W ramach sprawowanego nadzoru przeprowadzane są kontrole w punktach szczepień. Zakres kontroli obejmuje nadzór:

- nad prawidłowym realizowaniem Programu Szczepień Ochronnych z uwzględnieniem przestrzegania wytycznych dotyczących zachowania terminów i odstępów między szczepieniami;
- prawidłową gospodarką szczepionkami zakupionymi do realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych;
- zachowaniem zasad łańcucha chłodniczego podczas transportu oraz przechowywania szczepionek;
- sporządzaniem sprawozdań z wykonanych szczepień oraz z osób uchylających się od szczepień;

- prawidłowym prowadzeniem dokumentacji szczepień ochronnych w tym nad sposobem przekazywania kart uodpornienia;
- nad zachowaniem zasad higieny podczas wykonywania szczepień;
- nadzór nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi.

Do zadań Sekcji Szczepień Ochronnych należy również przygotowanie zamówienia na preparaty szczepionkowe służące do realizacji obowiązkowych szczepień oraz ochronnych, a także przechowywanie i dystrybucja szczepionek do podmiotów leczniczych.

5.3.2. PUNKTY SZCZEPIEŃ

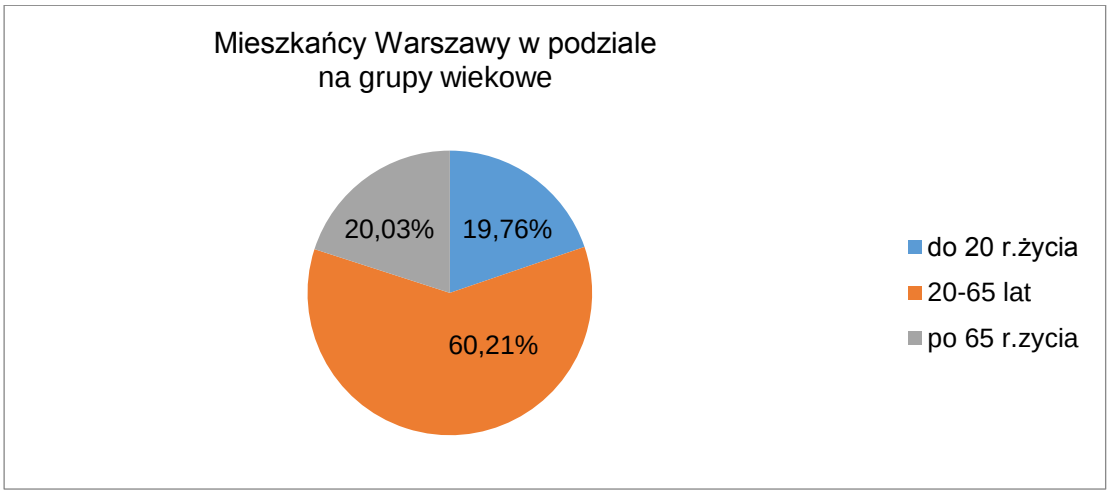
Na terenie miasta Warszawy w bazie danych Sekcji Szczepień Ochronnych zarejestrowanych jest 656 punktów szczepień objętych nadzorem. Są to:

- oddziały noworodkowe;
- poradnie podstawowej opieki zdrowotnej realizujące szczepienia w ramach kontraktu z NFZ (punkty szczepień dla dzieci i dorosłych);
- szpitalne oddziały ratunkowe- gdzie są wykonywane szczepienia przeciwko tężcowi w zakresie profilaktyki po ekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie (w wyniku zranienia);
- punkty szczepień komercyjne, w których są realizowane szczepienia zalecane (w tym punkty szczepień specjalizujące się w medycynie podróży, oferujące szczepienia dla osób wyjeżdzających za granicę z uwzględnieniem szczepień przeciw żółtej gorączce;
- poradnie medycyny pracy, w których są wykonywane szczepienia ochronne.

W roku 2017 przeprowadzono 173 kontrole w punktach szczepień w tym 12 kontroli poza zaplanowanym harmonogramem. Kontrole nieplanowane dotyczyły między innymi: zgłoszonych błędów podczas wykonywania szczepień, zgłoszenia nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji szczepień oraz w związku z awariami w urządzeniach chłodniczych i utylizacją szczepionek

5.3.3. LUDNOŚĆ WARSZAWY

Na podstawie informacji uzyskanych z Urzędów dzielnic miasta st. Warszawy uzyskano dane o liczbie ludności m.st. Warszawy. Wykres poniżej przedstawiony prezentuje rozkład procentowy mieszkańców Warszawy z podziałem na trzy kategorie wiekowe.



Wykres 32. Procentowy udział mieszkańców Warszawy z podziałem na grupy wiekowe

Osoby objęte obowiązkiem szczepień w grupie do 19 lat stanowią około 1/5 wszystkich osób zameldowanych w Warszawie. Podobnie wygląda liczba osób powyżej 65 roku życia (którym od kilku lat miasto oferuje bezpłatne szczepienia przeciw grypie). Największą grupę stanowią ludzi aktywni zawodowo (tj. 20-65 lat) jest to ok 60 % ludności.

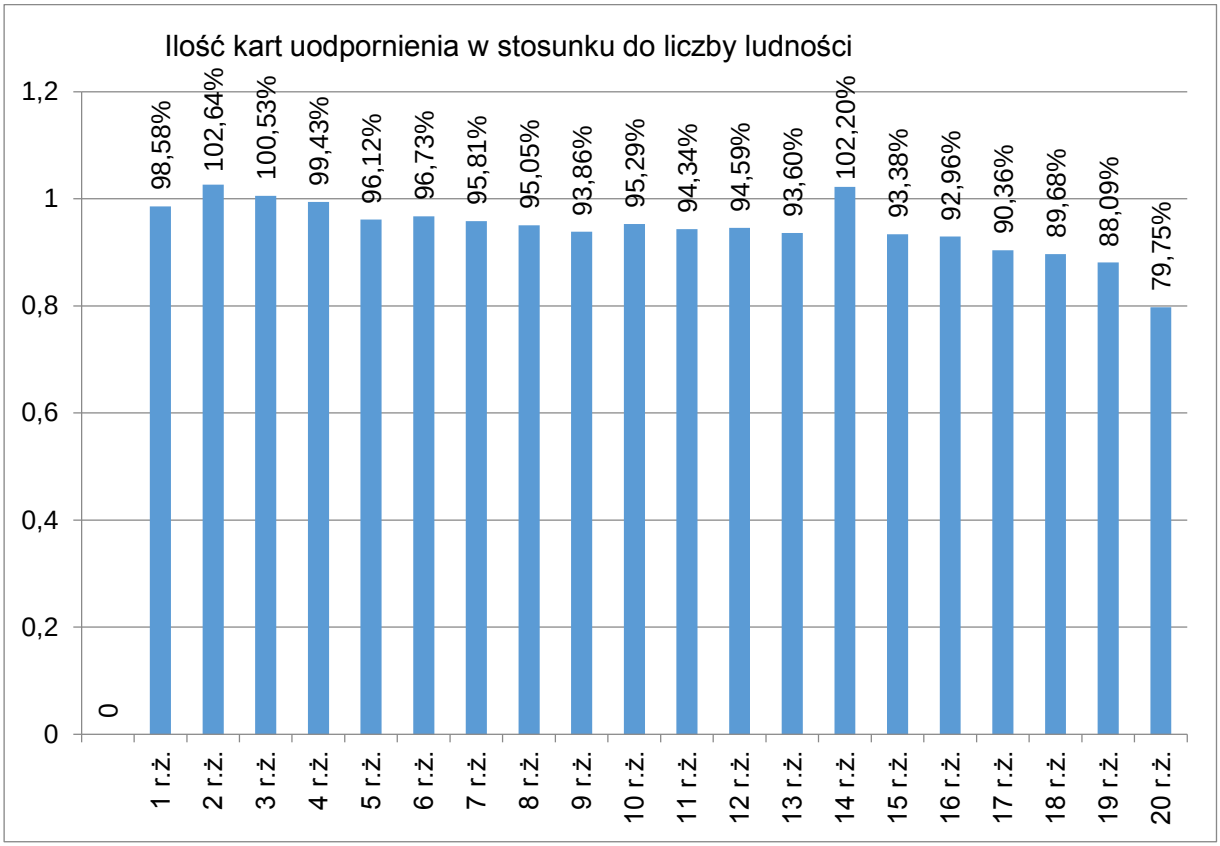
Ocena stanu zaszczepienia ludności w zasadniczej części odnosi się do szczepień obowiązkowych realizowanych u dzieci i młodzieży do 19 lat. Podstawą do dokonania oceny jest dokumentacja prowadzona w punktach szczepień. Szczepienia dzieci i młodzieży zgodnie z obowiązującymi przepisami należy dokumentować w kartach uodpornienia. Sprawozdanie roczne punkty szczepień sporządzają w oparciu o przechowywane karty uodpornienia. Ilość kart uodpornienia odbiega od liczby ludności. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest dowolność wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, możliwość korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej. W większości ilość kart jest mniejsza niż liczba dzieci, wśród dzieci najmłodszych waha się w granicach 95- 98% natomiast wśród dzieci i młodzieży

ten spada. Najmniejsza ilość osób, które zostały ujęte w sprawozdaniu dotyczy młodzieży w 20 rok życia - 79,75%. Niemniej jednak w stosunku dla lat poprzednich liczba kart uodpornienia osób powyżej 14 roku życia, stale wzrasta. Przyczyną jest uszczelnienie systemu przekazywania kart uodpornienia. Kontrole w punktach szczepień i egzekwowanie przekazywania kart wyłącznie do innego podmiotu za potwierdzeniem odbioru systematycznie wpływa na poprawę sytuacji.

Pewne obawy zaczyna budzić przekazywanie kart z oddziałów noworodkowych do podstawowej opieki zdrowotnej. Niestety nadal część oddziałów neonatologicznych przekazuje karty uodpornienia rodzicom tłumacząc to tym, że rodzice jeszcze nie wybrali lekarza POZ do którego dziecko zostanie zapisane (nie wskazali poradni do której należy przekazać kartę uodpornienia).

W punktach szczepień brakuje 4,5% kart uodpornienia w stosunku do ogólnej liczby osób i co za tym idzie brak też informacji o ich stanie zaszczepienia.

Poniższy wykres przedstawia ilość kart szczepień w podmiotach leczniczych w stosunku do liczby ludności Warszawy



Wykres 33. Ilość kart uodpornienia w stosunku do liczby ludności m.st. Warszawy

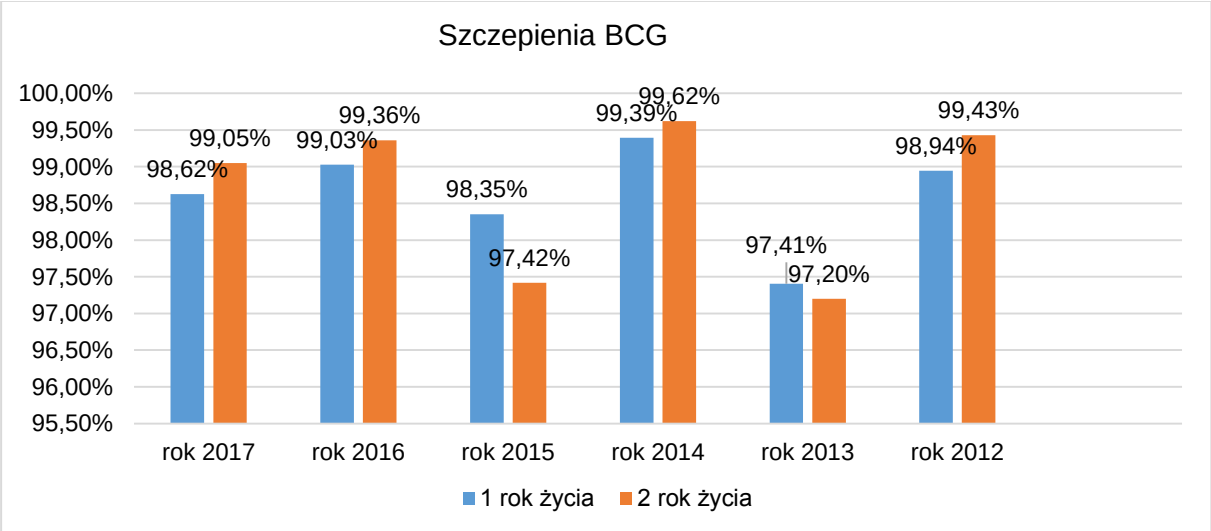
5.3.4. SZCZEPIENIA OBOWIĄZKOWE

Szczepienia obowiązkowe przede wszystkim dotyczą dzieci i młodzieży. Rozpoczynają się już w pierwszej dobie życia dziecka. Zgodnie z zapisami w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 849) po urodzeniu obowiązkowo wszystkie dzieci są szczepione przeciwko gruźlicy i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Wykaz obowiązkowych szczepień obejmuje 13 chorób:

1) gruźlica;
2) WZW typ B;
3) błonica;
4) tężec;
5) krztusiec;
6) poliomyelitis;
7) haemophilus influenzae typ B;
8) pneumokoki;
9) odra;
10) świnka;
11) różyczka;
12) ospa wietrzna;
13) wścieklizna.

5.3.5. SZCZEPIENIA PRZECIW GRUŹLICY

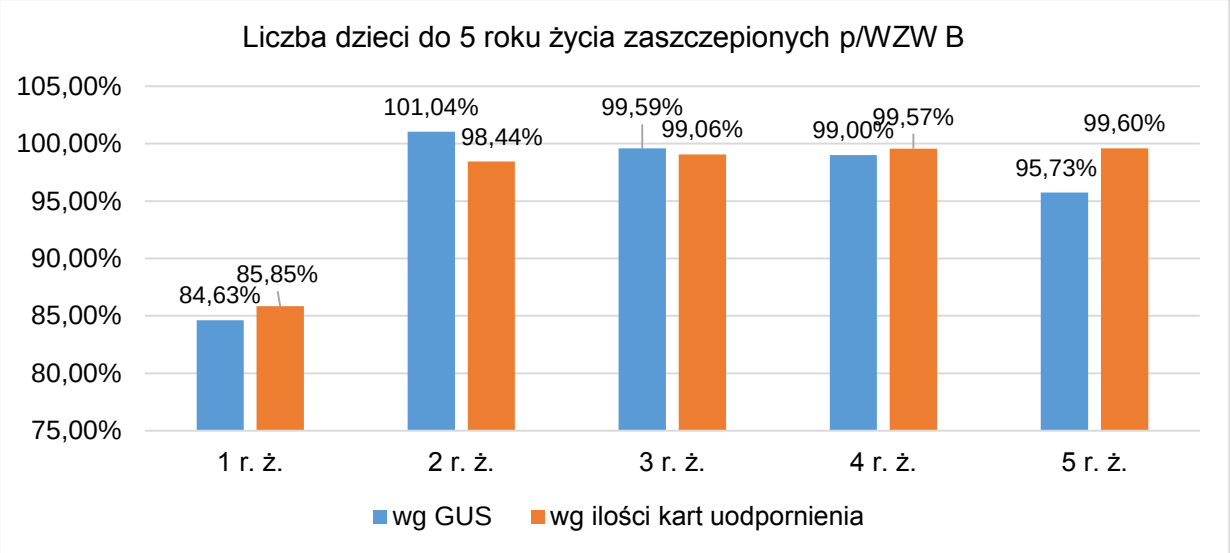


Wykres 34 Liczba noworodków zaszczepionych na gruźlicę w latach 2012-2017 wyrażona w procentach

Przedstawiony wykres ilustruje stan zaszczepienia przeciwko gruźlicy w latach 2012-2017. odsetek dzieci u których wykonano szczepienie utrzymuje się na podobnym poziomie w granicach 98-99%. Wśród dzieci, które nie zostały zaszczepione są zarówno te, których rodzice nie wyrazili zgody na szczepienie jak dzieci, które z racji przeciwwskazań są zwolnione ze szczepień. Jedną z przyczyn okresowego zwolnienia ze szczepień jest niska waga urodzeniowa poniżej 2500 g. Po ustąpieniu przeciwwskazań szczepienia te są zwykle uzupełniane, przesunięte są jednak na kolejny rok sprawozdawczy. Obowiązkowym szczepieniem przeciw gruźlicy objęte są dzieci do 15 roku życia.

5.3.6. WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYP B

Szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B jest kolejnym szczepieniem obowiązkowym, które obejmuje dzieci od 1 doby życia. Rocznym sprawozdaniem ze szczepień objęte są dzieci do 5 roku życia.



Wykres 35. Liczba dzieci do 5 roku życia zaszczepionych przeciwko WZW typ B

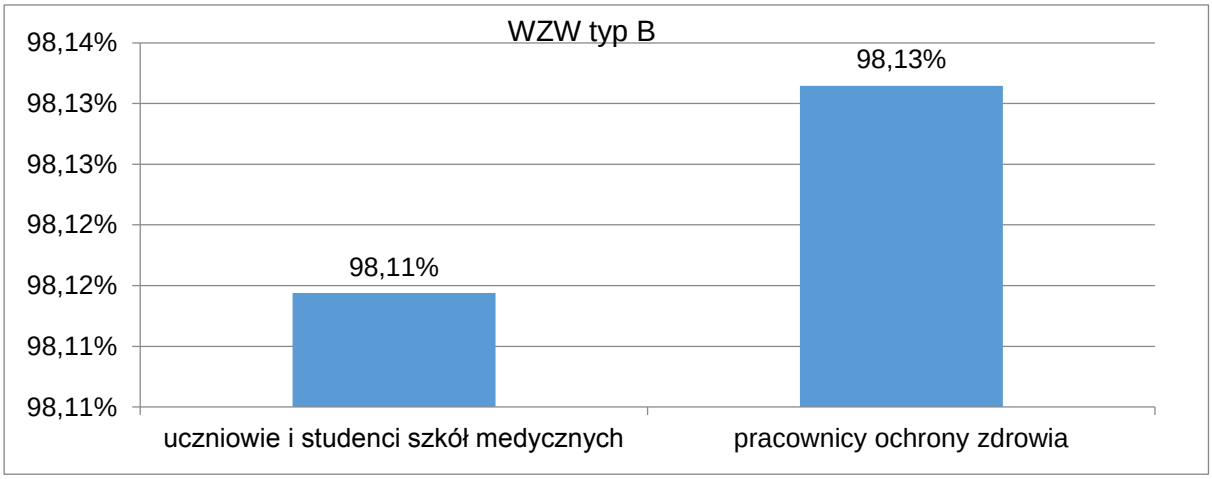
Stan zaszczepienia dzieci przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B utrzymuje się na stabilnym poziomie od wielu lat. Liczba dzieci zaszczepionych wynosi powyżej 98% w stosunku do posiadanej dokumentacji szczepień. Różnice widoczne na wykresie odnoszą się do liczby dzieci posiadających meldunek warszawski. I o ile w odniesieniu do dzieci w 5 roku życia odsetek ten wynosi 95,7 % w stosunku do mieszkańców Warszawy to w przypadku dzieci w 2 roku życia procent

zaszczepionych wynosi 101 %. Przyczyną takiego stanu jest wcześniej sygnalizowany fakt dowolnego wyboru lekarza POZ (bez rejonizacji).

Oprócz szczepień w grupie dzieci do dzieci i młodzieży do 19 roku życia przeciwko WZW B obowiązkiem szczepień są objęte tzw. grupy ryzyka. Zgodnie z rozporządzeniem MZ do bezpłatnych obowiązkowych szczepień zaliczane są osoby:

- uczniowie i studenci kształcący się na kierunkach medycznych;
- osoby wykonujące zawody medyczne ;
- osoby z bliskiego otoczenia osób zakażonych HBV;
- osoby zakażone wirusem HCV;
- osoby z chorobami nerek i dializowane.

W roku 2017 wykazano 46864 osób objętych obowiązkiem szczepień w tym 9627 uczniów/studentów szkół medycznych i 35482 osób wykonujących zawody medyczne.



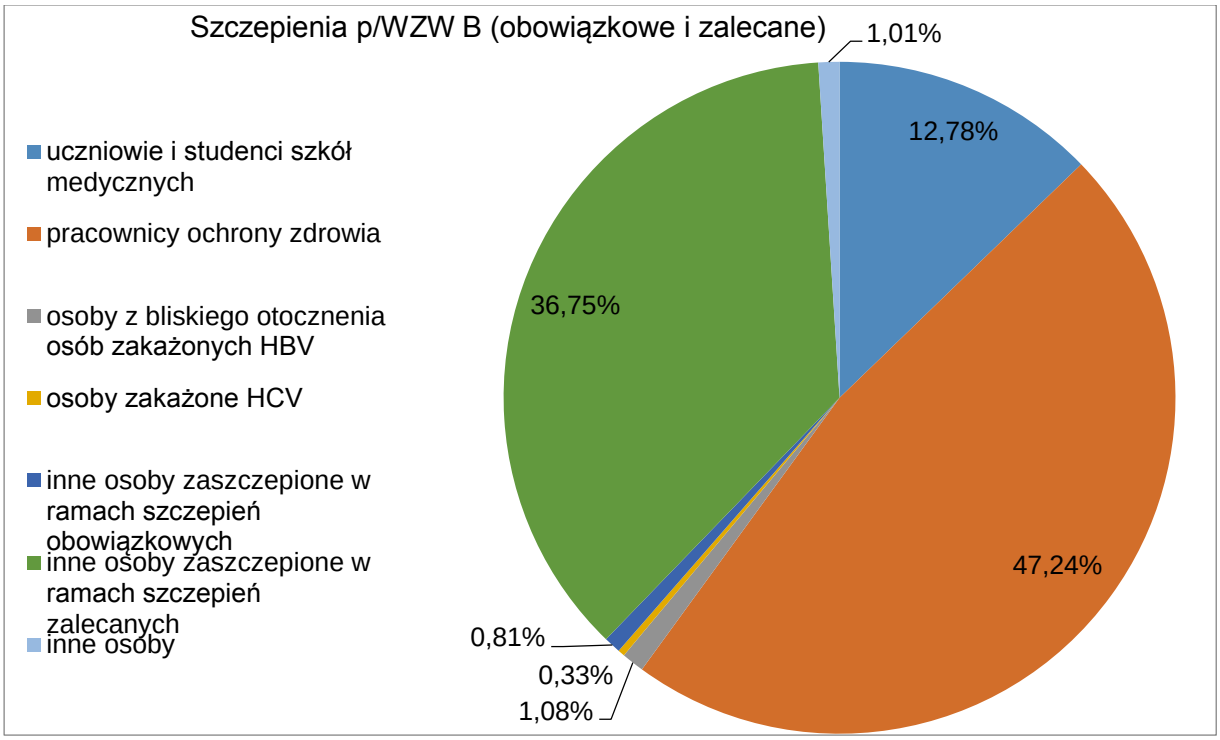
Wykres 36. Stan zaszczepienia personelu medycznego i słuchaczy szkół medycznych

Ponadto szczepienie przeciwko WZW typ B jest szczepieniem zalecanym osobom:

- które ze względu na tryb życia lub wykonywane zajęcia są narażone za zakażenie związane z uszkodzeniem ciągłości tkanek lub przez kontakt seksualny;
- przewlekle chorym o wysokim ryzyku zakażenia (nieszczepionym w ramach szczepień obowiązkowych);
- przewlekle chorym o wysokim ryzyku zakażenia z chorobami przebiegającymi z niedoborem odporności, w tym leczonych immunosupresyjnie, chorym z cukrzycą i niewydolnością nerek;

- chorym przygotowywanym do zabiegów operacyjnych;
- dzieciom i młodzieży nie objętych szczepieniami obowiązkowymi;
- osobom dorosłym zwłaszcza w wieku starszym;
- osobom chorym na nowotwory układu krwiotwórczego.

Na kolejnym wykresie przedstawiono rozkład procentowy osób zaszczepionych przeciw WZW typ B z podziałem na grupy uwzględniając osoby szczepione w ramach szczepień obowiązkowych jak i zalecanych z wyłączeniem dzieci i młodzieży do 19 roku życia.

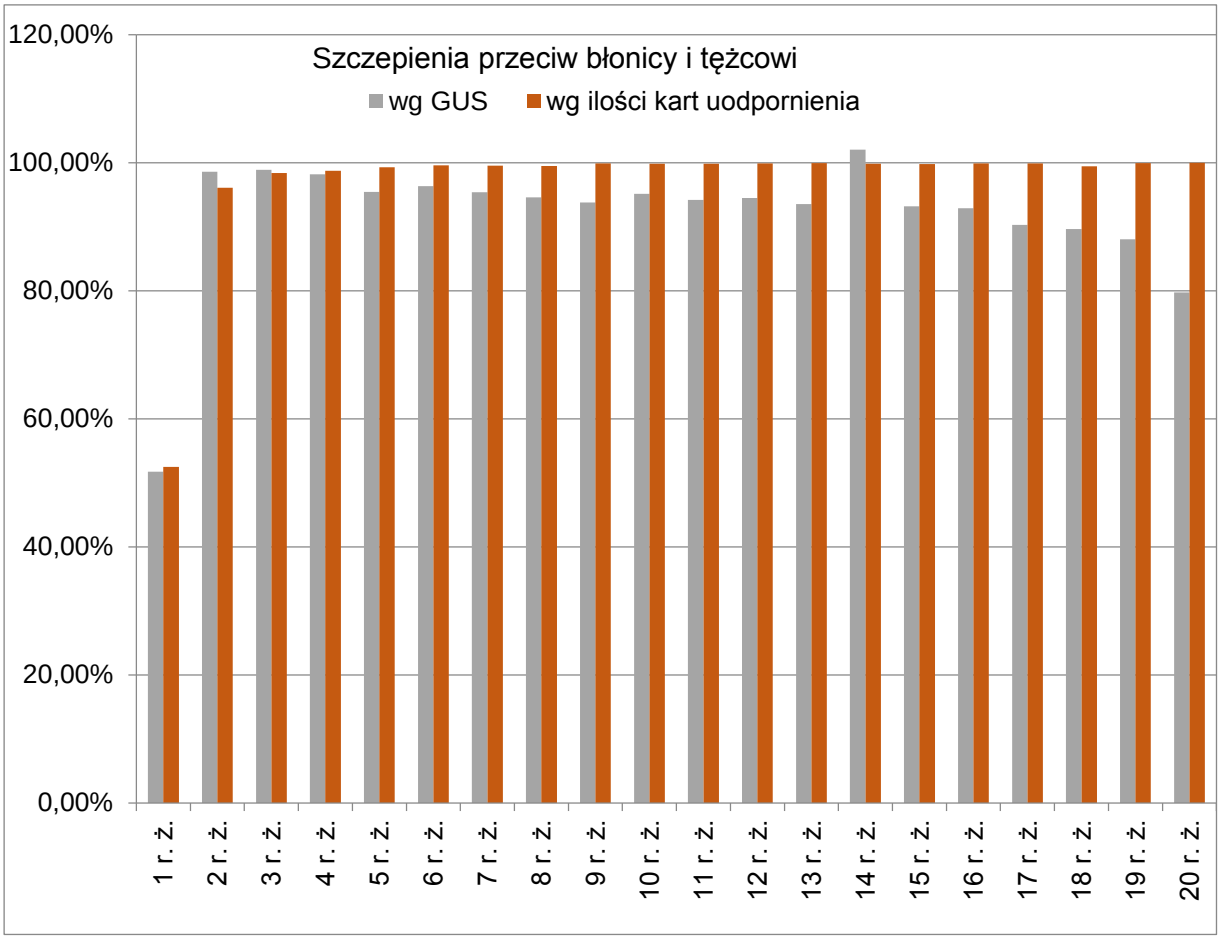


Wykres 37. Szczepienia przeciwko WZW B w ramach szczepień obowiązkowych i zalecanych

5.3.7. SZCZEPIENIA PRZECIW BŁONICY I TĘŻCOWI

Kolejnym szczepieniem obowiązkowym jest szczepienie przeciwko błonicy i tężcowi. W przypadku dzieci jest ono realizowane przy wykorzystaniu szczepionek kilku składnikowych, począwszy od szczepionki potrójnej przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi po szczepionki sześcioskładnikowe (błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis, haemophilus influenzae typ b oraz WZW typ b).

Obowiązek szczepień obejmuje dzieci od ukończenia 6 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia. Pełne zabezpieczenie przed zachorowanie można uzyskać po wykonania cyklu szczepień określonego dla preparatu zwykle wymaga podania 3 dawek w pierwszym roku życia i 1 dawki przypominającej w 2 roku życia. Z tego powodu dzieci w pierwszym roku życia o ile nie otrzymały 3 dawek nie są traktowane jako osoby zaszczepione (nie są wykazane w sprawozdaniu pomimo, że rozpoczęły szczepienia).



Wykres 38. Stan zaszczepienia dzieci i młodzieży do 19 roku życia. w roku 2017

Jak przedstawia powyższy wykres liczba dzieci, u których obowiązek szczepień został zrealizowany począwszy od 2 roku życia osiąga wysoki odsetek między 96 a 99% w stosunku do ilości posiadanych kart uodpornienia. W stosunku do liczby dzieci zameldowanych Warszawie uwzględniając podział wiekowy występują pewne różnice. Najniższy wskaźnik dotyczy dzieci od 17 do 19 lat i wynosi od 79 - 89%. Odrębną grupą są dzieci w pierwszym roku życia, które są w trakcie szczepień

i dopiero w następnym roku sprawozdawczym zostaną wykazane jako osoby zaszczepione .

Szczepienie przeciw błonicy tężcowi podobnie jak szczepienie przeciw WZW B jest realizowane jako obowiązkowe w stosunku do osób narażonych na zakażenie. Może być wykonywane przy użyciu preparatów szczepionkowych dwuskładnikowych (błoniczo - tężcowych) lub preparatów jednoskładnikowych.

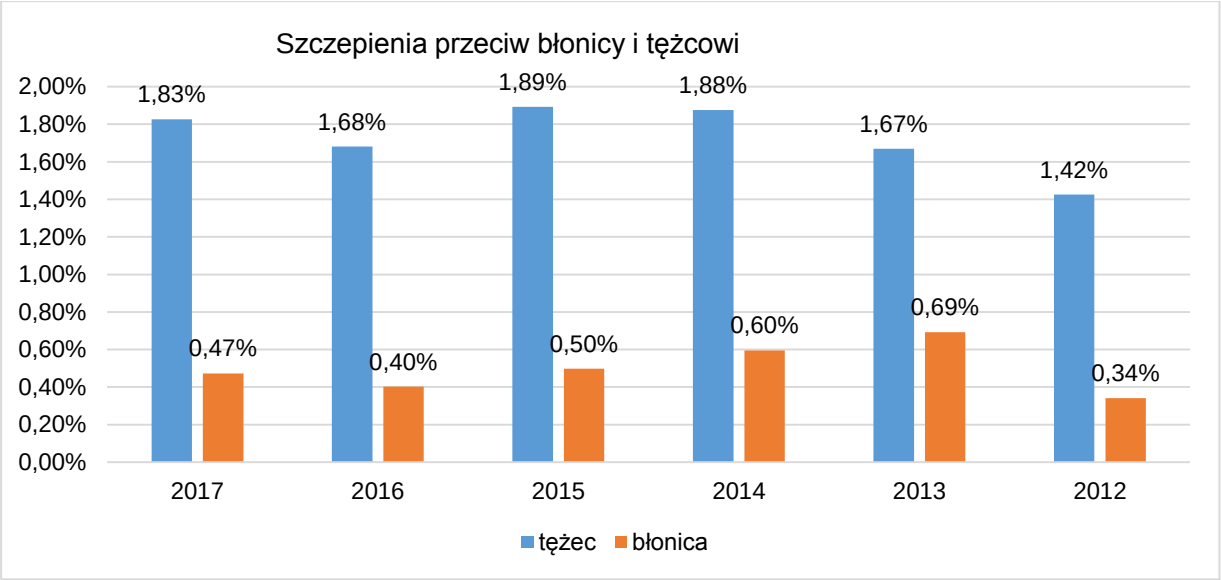
Celem szczepień przeciwko błonicy są względy epidemiologiczne (zapobieganie szerzeniu się choroby) jaki indywidualne (zapobieganie zachorowaniom). Szczepienie przeciwko tężcowi jest realizowane jako ochronna indywidualna osoby narażonej na zakażenie.

W przypadku błonicy obowiązek szczepień dotyczy osób narażonych na zakażenie wskutek styczności z chorymi na błonicę. W obecnej sytuacji z informacji sprawozdawczych w Warszawie szczepienie to nie było realizowane jako szczepienie obowiązkowe. Było natomiast wykonywane jako szczepienie zalecane głównie u osób planujących wyjazdy zagranicę

W przypadku szczepień przeciw tężcowi grupą ryzyka są osoby zakwalifikowane jako osoby narażone po ekspozycji na zakażenia (urazy). Szczepienie to jest zwykle wykonywane w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych bądź w gabinetach chirurgicznych.

Ponadto jest to również szczepienie zalecane między innymi w medycynie pracy (czynności zawodowe wymagające kontaktu z glebą.

Poniższy wykres przedstawia liczbę osób, u których wykonano szczepienia przeciwko błonicy i tężcowi w okresie od 2012 - 2017 roku. Wszystkie wykazane szczepienia uwzględniały zarówno szczepienia wykonane jako obowiązkowe (tężec) jak i zalecane (błonica i tężec) związane z profilaktyką medycyny podróży.



Wykres 39. Liczba osób szczepionych przeciwko błonicy i tężcowi w latach 2012 - 2017

5.3.8. SZCZEPIENIA PRZECIWKO KRZTUŚCOWI

W Polsce szczepienie przeciwko krztuścowi jest realizowane z użyciem szczepionek co najmniej trzyskładnikowych (błonica, tężec, krztusiec- DTP). Ustawowy obowiązek szczepień dotyczy dzieci i młodzieży do 19 roku życia, przy czym zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych ostatnie szczepienie przypada na 14 rok życia (od 2016 r.)

Do końca 2015 r. szczepienie przeciwko krztuścowi było wykonywane do 6 roku życia. Liczba osób zaszczepionych w przedziale wiekowym 2 - 15 lat w stosunku do ilości kart uodpornienia wynosi od 93 do 99%, w stosunku do ilości ludności w rocznikach wskaźnik ten wynosi od 93 do 102%. (liczba kart szczepień w roczniku 2004 wyższa niż liczba ludności Warszawy). Najbardziej narażoną grupą są dzieci w 1 roku życia, które są dopiero w trakcie szczepień (poziom ochronny uzyskiwany jest po wykonaniu pełnego cyklu szczepień składającego się z 3 dawek w 1 roku życia i 1 dawki w 2 roku życia). Liczba dzieci w pierwszym roku życia, które otrzymały 3 dawki szczepienia pierwotnego kształtuje się na poziomie ok 50%. Z tego też powodu szczepienie przeciw krztuścowi jest zalecane osobom, które mają styczność z niemowlętami (w celu ich ochrony przed zachorowaniem).

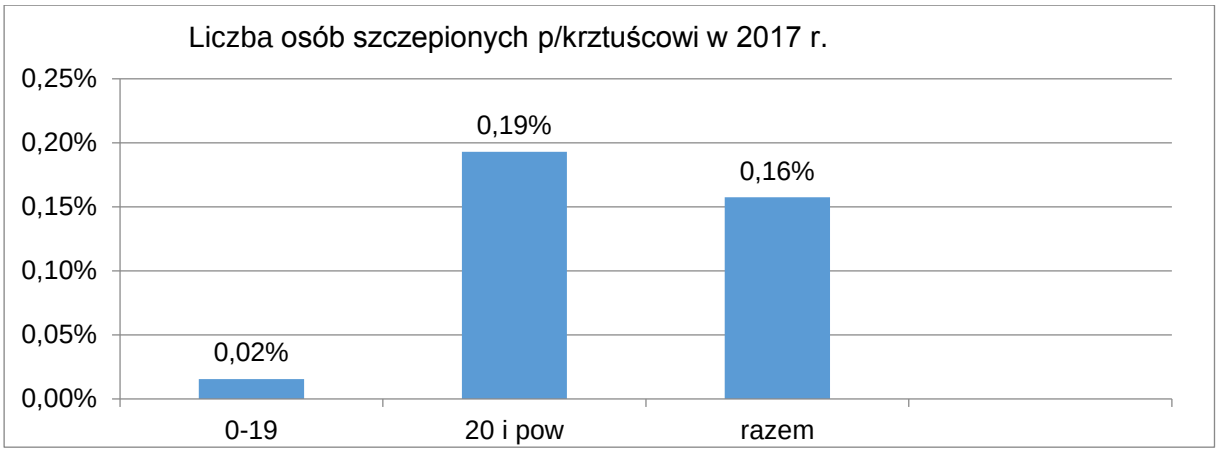
Wykres 40. Liczba osób do 14 roku życia zaszczepiona przeciwko krztuścowi

Poniżej w tabeli przedstawione są wartości liczbowe i procentowe osób podlegających obowiązkowi szczepień, a nieszczepionych przeciw krztuścowi. Wśród osób nieszczepionych są zarówno dzieci w trakcie realizacji szczepień (1 rok życia) jak również osoby, które nie mogą szczepione z powodu istniejących przeciwwskazań zdrowotnych oraz dzieci, których rodzice odmawiają wykonania szczepień. Liczba osób nieszczepionych wykazuje tendencje wzrostową, z 0,1- 0,7% wśród dzieci urodzonych w latach 2008 - 2013 do 1,2 - 3,9% w latach 2014 - 2016. Na 2% wzrost liczby osób nieszczepionych mają wpływ postawy rodziców/opiekunów dzieci, którzy wykazują postawę negującą szczepienia.

Tabela 1. Liczba osób nieszczepionych przeciwko krztuścowi

Rok urodzenia	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Liczba nieszczepionych	9366	817	328	244	129	73	83	94	19	31
Wartości procentowe	47,5	3,9	1,6	1,2	0,7	0,4	0,4	0,5	0,1	0,2

Poniższy wykres przedstawia liczbę osób, które w 2017 roku zdecydowały się na poddanie szczepieniom przeciwko krztuścowi (wartości % odnoszą się do liczby ludności w grupie wiekowej oraz do całkowitej liczby ludności Warszawy). Szczepienia te były realizowane w ramach szczepień zalecanych.

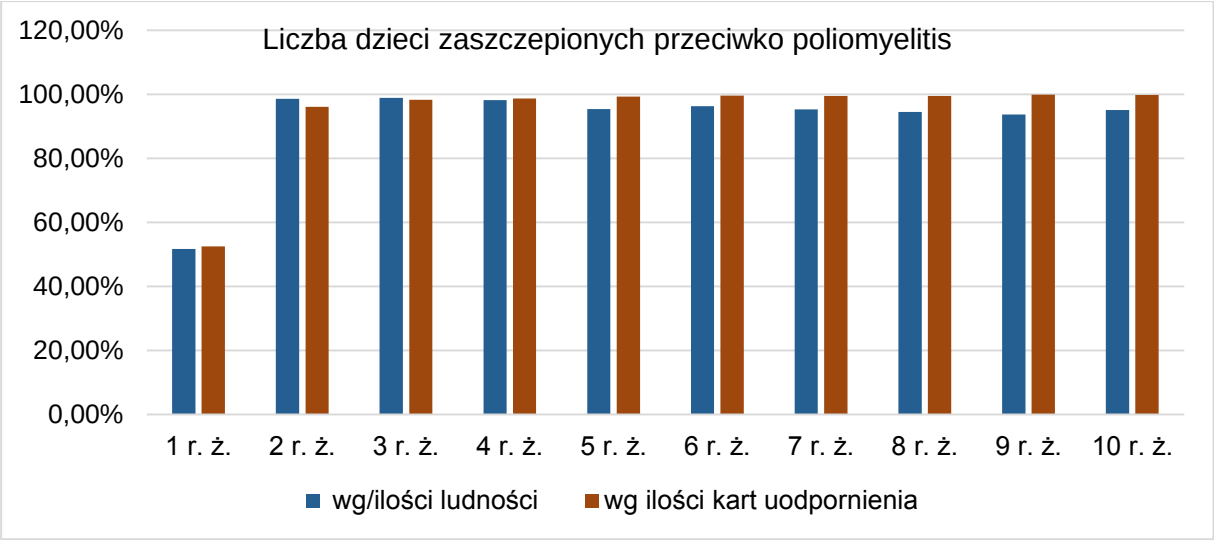


Wykres 41. Liczba osób szczepionych w 2017 r. przeciwko krztuścowi w ramach szczepień zalecanych w grupie powyżej 20 roku życia

5.3.9. SZCZEPIENIA PRZECIWKO POLIOMYELITIS

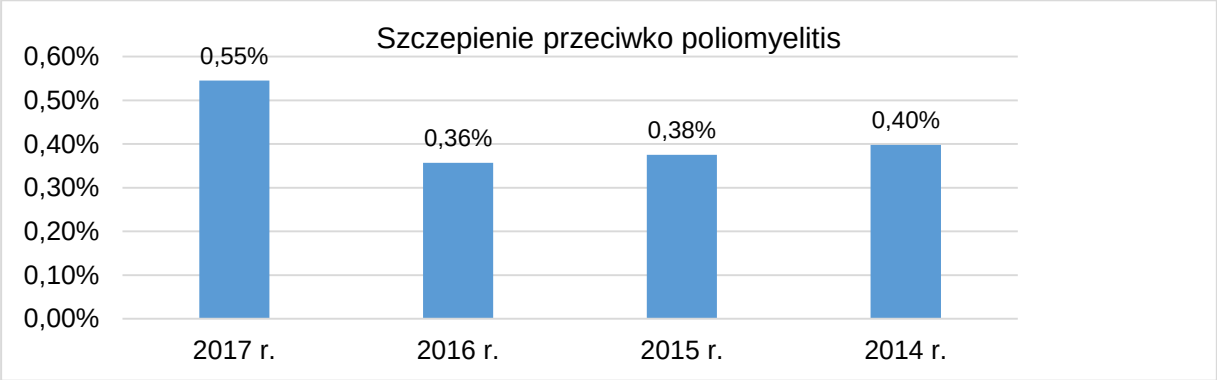
Do katalogu szczepień obowiązkowych dla dzieci i młodzieży od 7 tygodnia życia do 19 roku życia należy szczepienie przeciwko poliomyelitis. Uzyskanie odporności wymaga jak przy wcześniej omówionych szczepieniach (błonica, tężec, krztusiec) podania kilku dawek szczepionki (2 dawki w pierwszym roku życia i 1 dawki w 2 roku życia). Ostatnie szczepienie obowiązkowe przypada na 6 rok życia dziecka.

Liczba osób zaszczepionych jest porównywalna do szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi i wynosi od 96 do 99% w stosunku do ilości kart uodpornienia oraz od 93 do 99% w odniesieniu do liczby ludności Warszawy. Podobnie przedstawia się stan zaszczepienia dzieci w 1 roku życia - 51% dzieci, które otrzymały szczepienie pierwotne (2 dawki), które są wymagane do uznania tego szczepienia), trzecia dawka kończąca schemat podstawowy powinna zostać podana między 16-18 miesiącem życia dziecka.



Wykres 42. Stan zaszczepienia dzieci do 10 roku życia przeciwko poliomyelitis w 2017 r.

Szczepienie przeciwko poliomyelitis jest ponadto szczepieniem zalecanym w szczególne do medycyny podróży ze względu na endemiczne występowanie tej choroby na świecie.

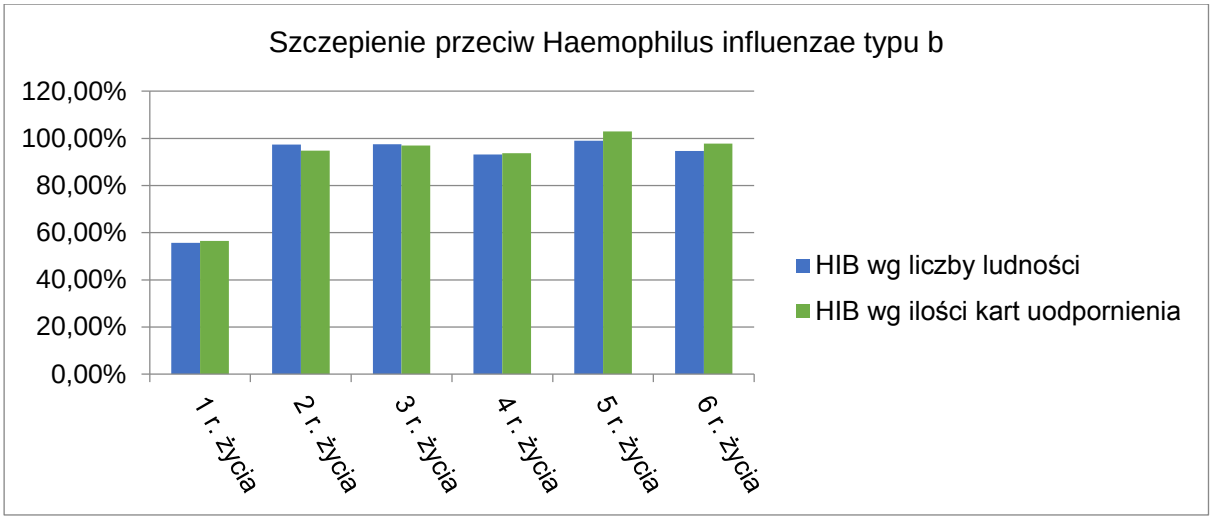


Wykres 43. Szczepienie przeciwko poliomyelitis realizowane jako szczepienie zalecane

Wykres przedstawia liczbę osób zaszczepionych w roku 2017 przeciwko poliomyelitis w stosunku do liczby mieszkańców Warszawy powyżej 20 roku życia.

5.3.10. SZCZEPIENIE PRZECIW HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYP B

Obowiązek szczepień przeciwko haemophilus influenzae typ b (Hib) obejmuje dzieci od 7 tygodnia życia do 5 lat. Jest realizowane jednoczasowo ze szczepieniami przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi. W znacznej części jest ono wykonywane z wykorzystaniem szczepionek skojarzonych 5 lub 6 składnikowych (błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis Hib oraz WZW typ B). z tego powodu stan zaszczepienia przeciw Hib pokrywa się z omówionymi szczepieniami DTP i poliomyelitis. Poniższy wykres prezentuje wartości procentowe dzieci zaszczepionych przeciw Hib typ B



Wykres 44. Liczba dzieci zaszczepionych przeciwko HIB w roku 2017

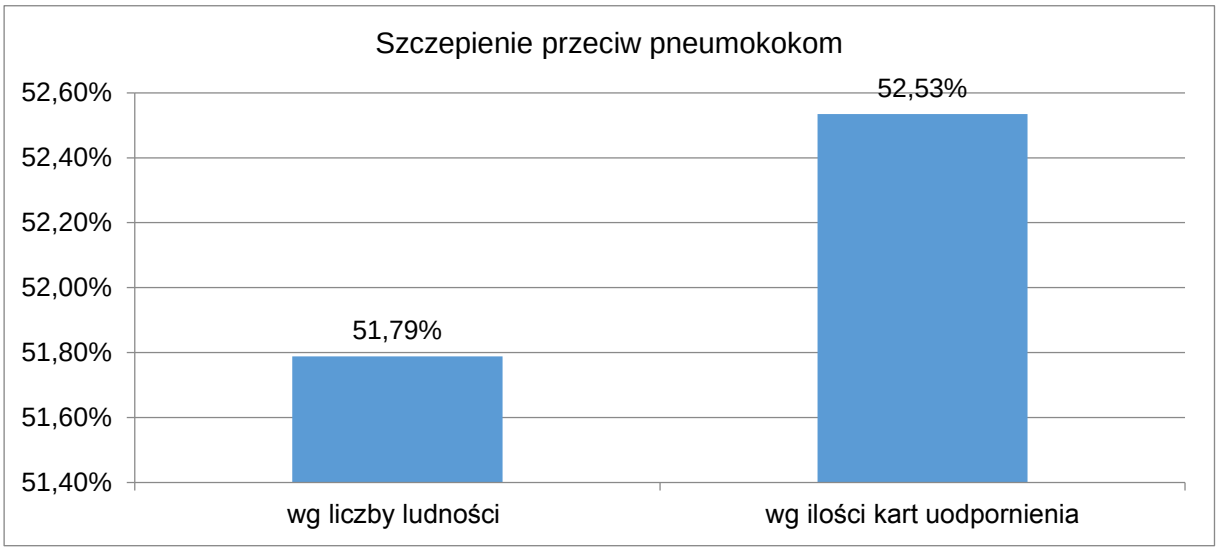
Szczepienie przeciw haemophilus influenzae typ b wyszczególnione jest również w wykazie szczepień zalecanych. W przypadku tego szczepienia ograniczone jest ono do osób z zaburzeniami odporności (wg wskazań indywidualnych) i dzieci do ukończenia 6 roku życia nie szczepionych w ramach szczepień obowiązkowych. W roku 2017 zaszczepiono 155 osób ze wskazań indywidualnych (121 osób w wieku 5-14 lat i 34 osoby powyżej 15 lat).

5.3.11. PNEUMOKOKI

W roku 2017 Program Szczepień obowiązkowych został poszerzony o szczepienia przeciw pneumokokom dla wszystkich dzieci urodzonych po 31 grudnia 2016r. Do tego czasu szczepieniami obowiązkowymi objęte były dzieci z grup ryzyka (od 7 tygodnia życia do 5 lat ze wskazań medycznych

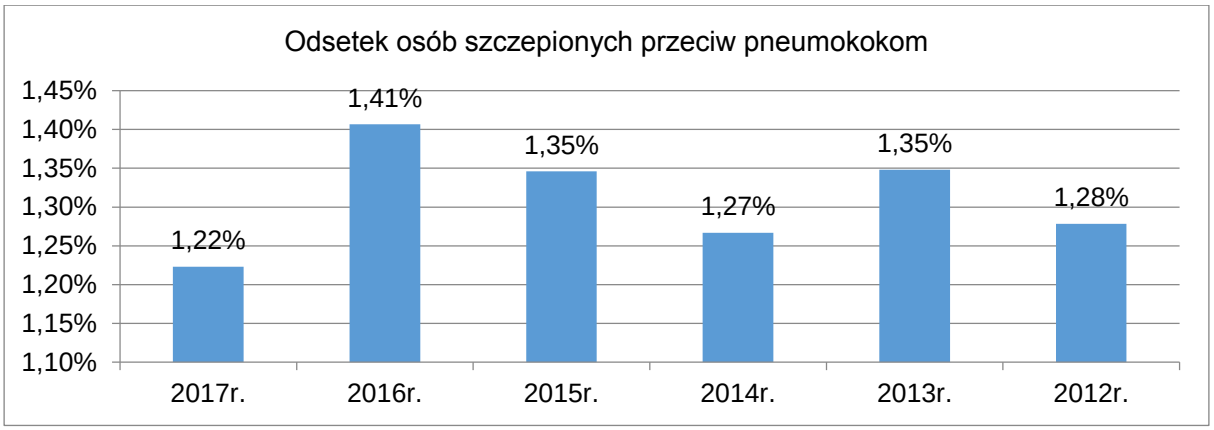
oraz od 7 tygodnia życia do 12 miesiąca życia dzieci urodzone przedwcześnie poniżej 37 tygodnia ciąży lub z wagą urodzeniową poniżej 2500 g.

Rozpoczęcie szczepień w pierwszych tygodniach życia podobnie jak omawiane powyżej szczepienia wymaga podania kilku dawek. w przypadku dzieci zdrowych urodzonych o czasie zgodnie z PSO w 1 roku życia konieczne jest podanie 2 dawek i 1 dawki (kończącej cykl szczepień) w drugim roku życia. Dzieci ze szczególnymi wskazaniami (wcześniaki i inne wskazania medyczne) do ukończenia 1 roku życia szczepione były wg schematu, w którym w 1 roku życia podawane były 3 dawki oraz w 2 roku życia 4 dawka kończąca cykl szczepień podstawowych. Dzieci, które rozpoczynały szczepienia po ukończeniu 1 roku życia wymagały podania 1 lub 2 dawek zgodnie z zaleceniami określonymi przez producenta.



Wykres 45. Liczba dzieci w 1 roku życia wyrażona w procentach zaszczepionych co najmniej 2 dawkami według nowego PSO na rok 2018

Oprócz populacji dzieci urodzonych w 2017 r. szczepienia przeciw pneumokokom były realizowane w grupie dzieci dl lat 5 ze wskazań medycznych oraz jako szczepienia zalecane w tym szczepienia dzieci powyżej 24 miesiąca życia (szczepienia refundowane przez Urząd miasta w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych. Ponadto szczepienie to jest zalecane osobom do 18 roku życia i powyżej 50 roku życia (z obniżoną odpornością).

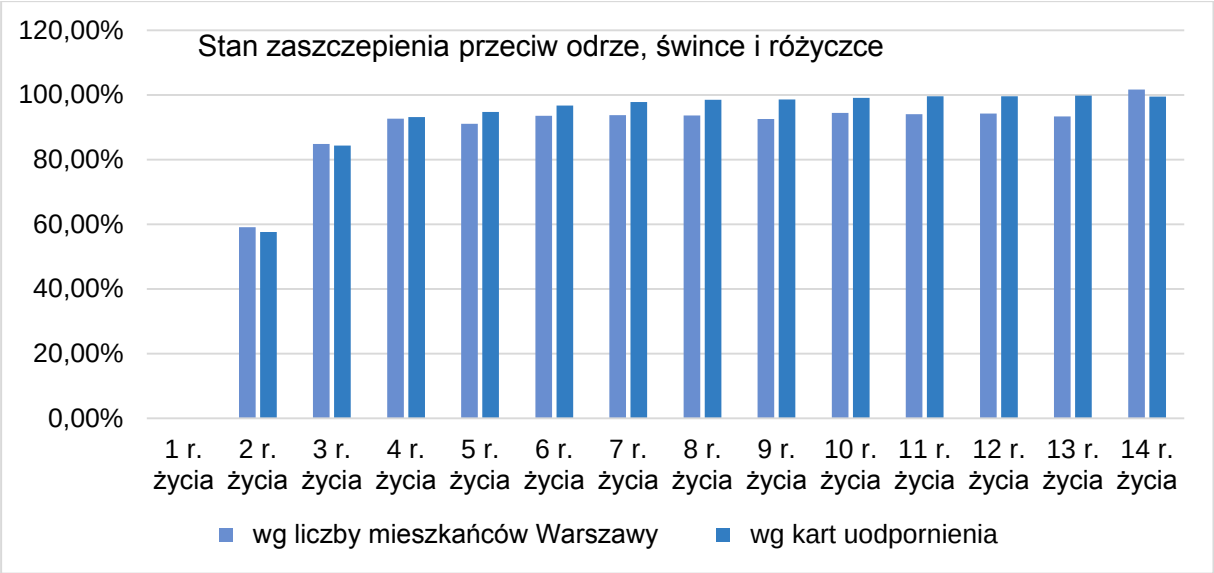


Wykres 46. Liczba osób szczepionych przeciwko pneumokomom (szczepienia zalecane i w grupach ryzyka)

Na wykresie zaprezentowane są szczepienia w odniesieniu do całej populacji Warszawy. Najliczniejszą grupę osób szczepionych stanowią dzieci do lat 5 (około 20% wszystkich wykonanych szczepień przeciw pneumokokom).

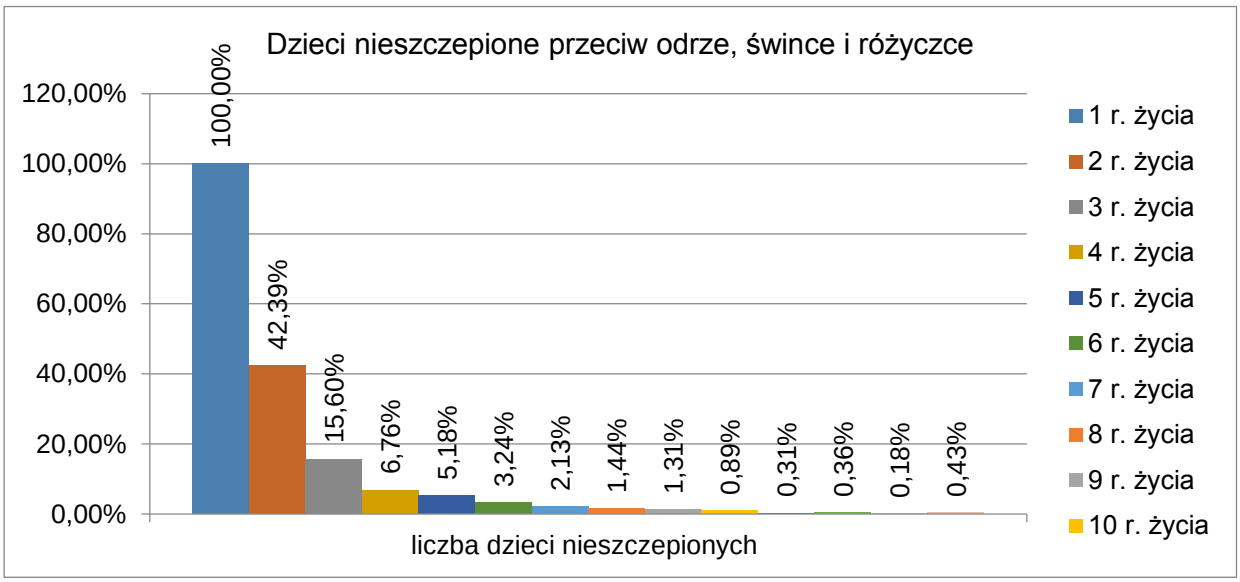
5.3.12. SZCZEPIENIA PRZECIW ODRZE ŚWINCE I RÓŻYCZCE (MMR)

Szczepienie to zamyka katalog szczepień obowiązkowych obejmujący całą populację dzieci i młodzieży od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia. Szczepienie jest wykonywane z wykorzystaniem szczepionek potrójnych. Minimalnym wiekiem do rozpoczęcia szczepień jest 13 miesiąc życia. Druga dawka (przypominająca) zgodnie z PSO jest wykonywana w 10 roku życia dziecka. Sprawozdaniem ze szczepień objęte są dzieci do 14 roku życia. Poniższy wykres odzwierciedla stan zaszczepienia dzieci zgodnie z formularzem sprawozdawczym MZ - 54. Odsetek dzieci zaszczepionych najwyższy jest w grupie od 6 do 14 roku życia. W tym przedziale wiekowym wynosi powyżej 96% (do 99, 8% w 14 roku życia). W grupie od 2 do 5 roku życia spada od 93% w 5 roku życia do 84% w 3 roku życia. Liczba dzieci zaszczepionych w 2 roku życia stanowi 57% . Wynika to z faktu, iż dzieci dopiero osiągają w wiek pozwalający na zaszczepienie dziecka.



Wykres 47. Ocena stanu zaszczepienia dzieci do 14 roku życia, w roku 2017

Utrzymanie wysokiego odsetka zaszczepienia populacji chroni nie tylko osoby zaszczepione, ale także stanowi zabezpieczenie przed zachorowaniem osób, które mają przeciwwskazania do szczepień. Stopniowo narastający problem odmów szczepień w znacznym stopniu dotyczy szczepień przeciw odrze śwince i różyczce. Jeszcze kilka lat temu liczba dzieci nieszczepionych nie przekraczała 1%. Począwszy od dzieci urodzonych w 2007 r. liczba ta stale wzrasta od 2,1% poprzez 6,7% u dzieci urodzonych w 2014 r. do 15,6% urodzonych 2015 r.

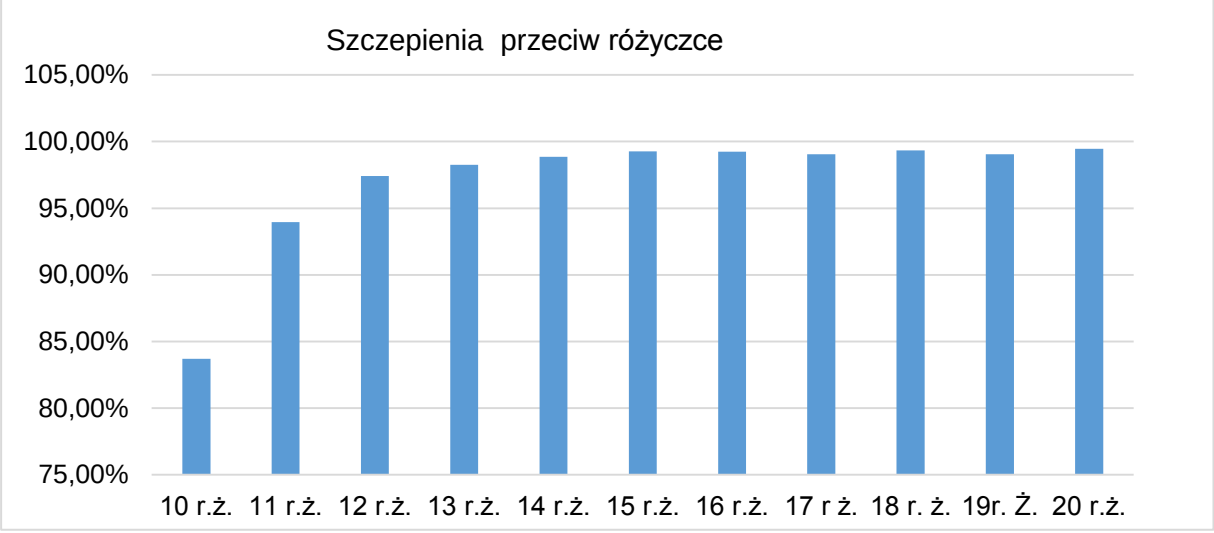


Wykres 48. Liczba dzieci nieszczepionych przeciw odrze, śwince i różyczce

Szczepienie przeciwko odrze śwince i różyczce jest także w wykazie szczepień zalecanych w szczególności młodym kobietom, zwłaszcza pracującym w środowiskach dziecięcych (przedszkola, szkoły, szpitale, przychodnie) i młodym mężczyznom w celu zapobiegania różyczce wrodzonej (nieszczepionym lub jeżeli od szczepienia podstawowego upłynęło więcej niż 10 lat).
Ze szczepień zalecanych przeciwko odrze, śwince i różyczce w roku 2017 skorzystało 263 osoby powyżej 20 roku życia.

5.3.13. SZCZEPIENIE PRZECIWKO RÓŻYCZCE DZIEWCZYNEK

W PSO nie ma oddzielnego szczepienia przeciwko różyczce. Są prowadzone w oparciu o szczepionki potrójne przeciw odrze, śwince i różyczce. Celem szczepień przeciw różyczce jest zabezpieczenie młodych kobiet w okresie rozrodczym przed zachorowaniem. Zakażenie szczególnie w pierwszych miesiącach ciąży niesie ryzyko poważnych wad rozwojowych u dziecka Dlatego też celem sprawozdawczości ze szczepień przeciwko różyczce jest ocena ryzyka szerzenia się zachorowań wśród młodych kobiet. Kolejny wykres ilustruje stan zaszczepienia dziewcząt przeciwko różyczce.



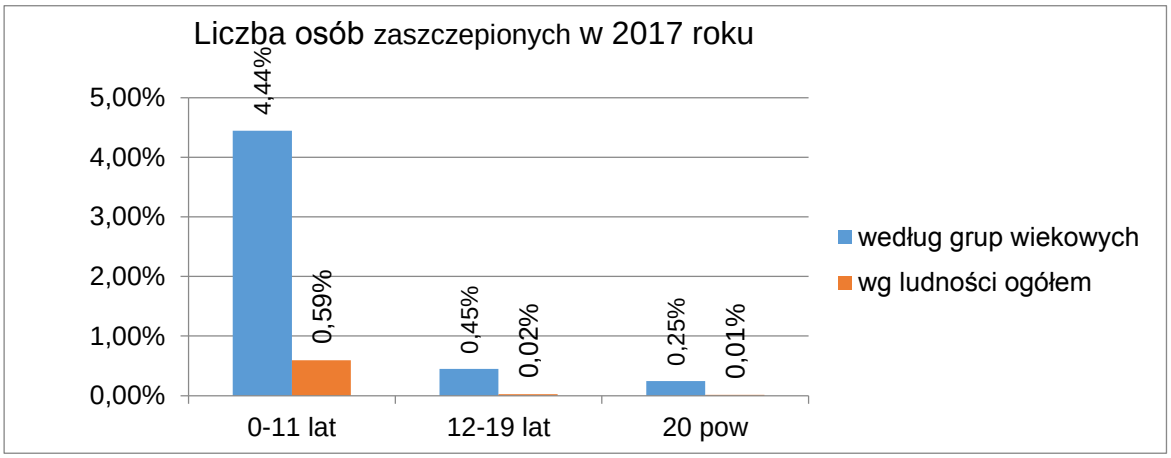
Wykres 49 Stan zaszczepienia dziewcząt przeciw różyczce

5.3.14. SZCZEPIENIA PRZECIWKO OSPIE WIETRZNEJ

Szczepienia przeciw ospie wietrznej w katalogu szczepień obowiązkowych dotyczą:

1) dzieci do 12 roku życia:
   a) Z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby;
   b) Z ostrą białaczką limfoblastyczną;
   c) Zakażone HIV;
   d) Przed leczeniem immunosupresyjnym, lub chemioterapią;
2) Dzieci do ukończenia 12 roku życia z otoczenia osób wymienionych w pkt 1, które nie chorowały na ospę wietrzną;
3) Dzieci do ukończenia 12 roku życia przebywające w:
   a) Zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
   b) Zakładach opiekuńczo-leczniczych;
   c) domach dziecka;
   d) Domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży;
   e) Domach pomocy społecznej;
   f) Placówkach opiekuńczo –wychowawczych;
   g) Regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych;
   h) Interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych;
4) Przebywające w żłobkach i klubach dziecięcych.

Dla osób spoza grup powyżej wymienionych jest to szczepienie zalecane.

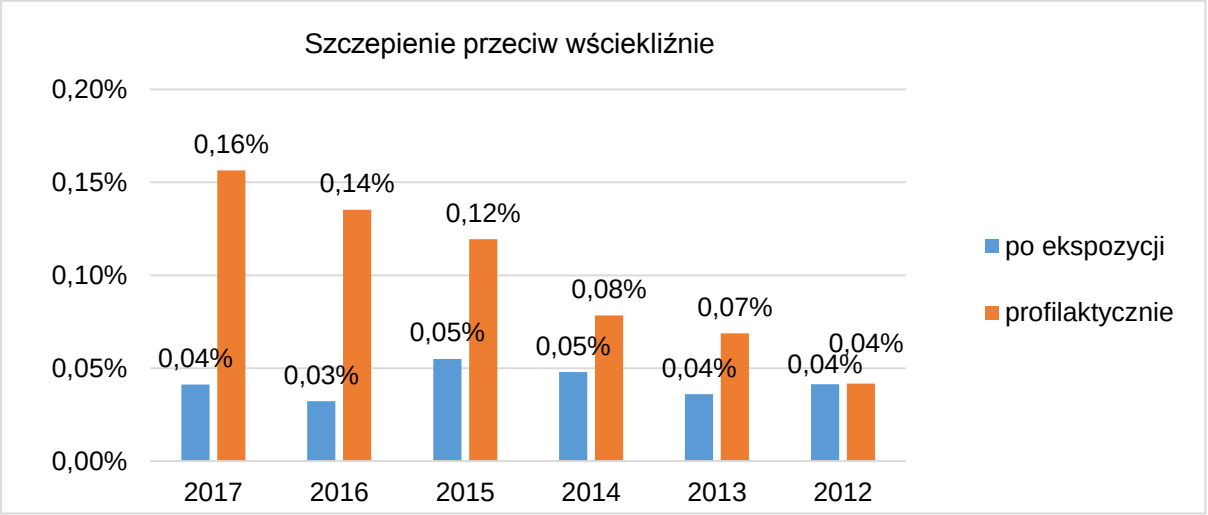


Wykres 50. Liczba osób, u których wykonano szczepienia przeciwko ospie wietrznej z podziałem na kategorie wiekowe

W okresie od 2013 r. do 2017 r. całkowita liczba osób szczepionych wzrosła o 0,1% W roku 2017 ogół osób szczepionych stanowił 0,62% populacji mieszkańców Warszawy.

5.3.15. SZCZEPIENIA PRZECIW WSĆIEKLIŹNIE

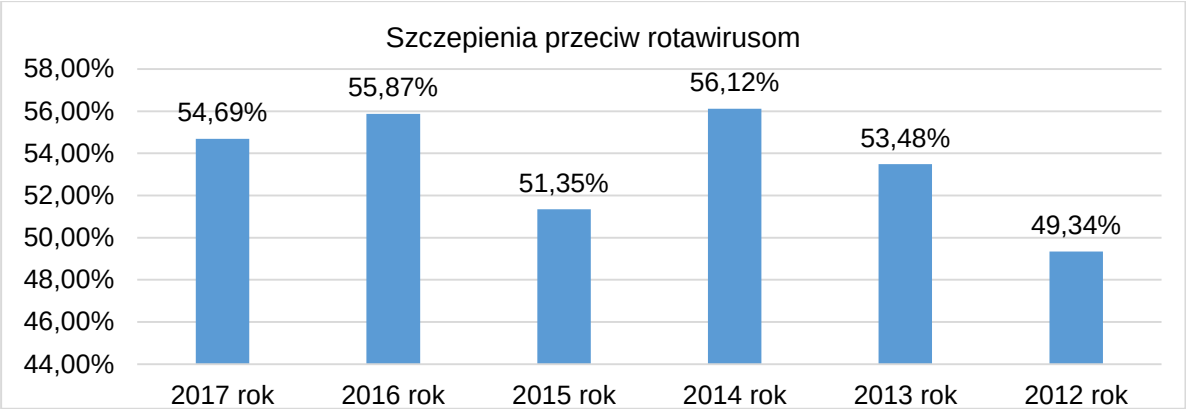
Jest to ostatnie szczepienie z katalogu szczepień obowiązkowych. Dotyczy wyłącznie grup ryzyka po ekspozycji na zakażenie (pokąsania, otarcie, oślinienie uszkodzonej skóry przez zwierzę podejrzane o zakażenie wścieklizną). Szczepienia przeciw wściekliźnie są wpisane również w wykaz szczepień zalecanych rekomendowanych osobom wyjeżdzającym do rejonów endemicznego występowania zachorowań na wściekliznę. Zalecane są również w profilaktyce przedekspozycyjnej osobom mającym zawodowy kontakt ze zwierzętami



Wykres 51. Szczepienia przeciwko wściekliźnie w latach 2012 - 2017

5.3.16. SZCZEPIENIE PRZECIW ROTAWIRUSOM

Szczepienie przeciw rotawirusom jest szczepieniem zalecanym wyłącznie niemowlętom do 6 miesiąca życia.



Wykres 52. Liczba niemowląt zaszczepionych przeciw rotawirusom w latach 2012 - 2017

Zainteresowanie szczepieniami przeciw rotawirusom od lat utrzymuje się na poziomie ok. 50-56%.

5.3.17. SZCZEPIENIA PRZECIW KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU I ZAKAŻENIOM WYWOŁANYM PRZEZ MENINGOKOKI

Zainteresowanie szczepieniami zalecanymi zarówno wśród mieszkańców (pacjentów) jak i personelu medycznego w propagowaniu szczepień jest od lat bardzo niskie. Szczepienia przeciw KZM zalecane jest:

1) osobom przebywającym na terenach o nasilonym występowaniu tej choroby;
2) osobom zatrudnionym przy eksploatacji lasu;
3) stacjonującemu wojsku;
4) funkcjonariuszom straży pożarnej i granicznej;
5) rolnikom.

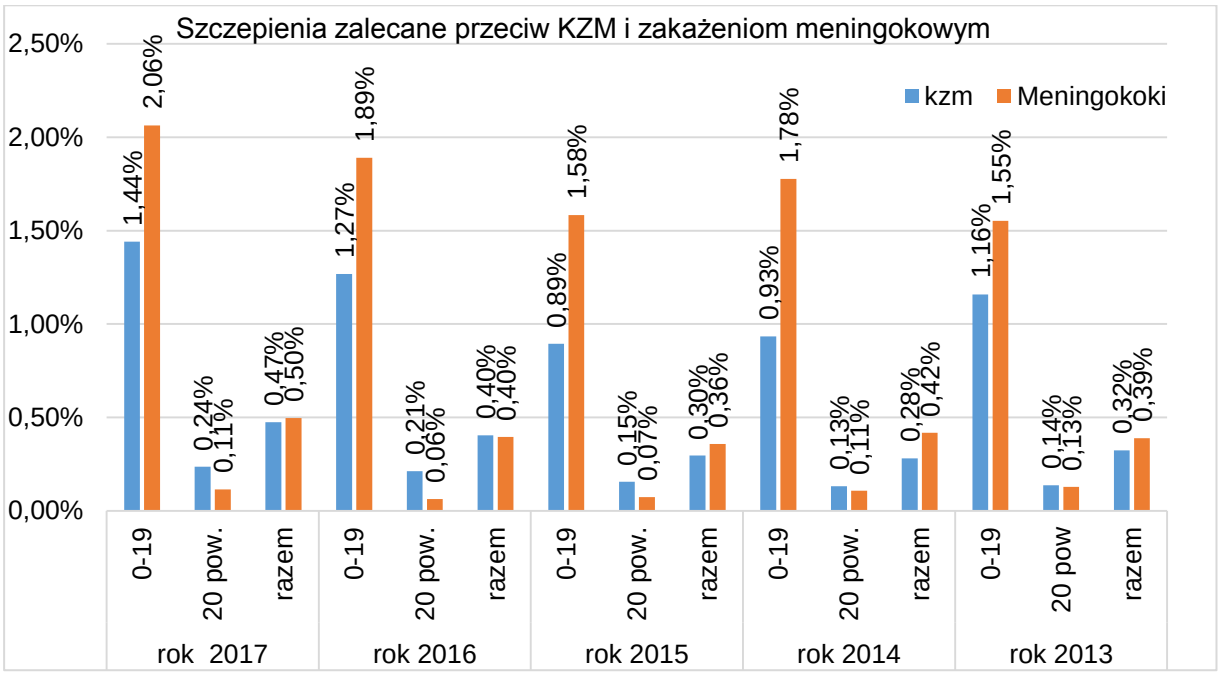
Natomiast szczepienie przeciw zakażeniom meningokokowym zalecane jest :

1) uczestnikom obozów i kolonii;
2) niemowlętom powyżej 2 miesiąca życia;
3) dzieciom i osobom dorosłym:
   a) z bliskiego kontaktu z chorym lub materiałem zakaźnym (personel medyczny, pracownicy laboratorium),
   b) przebywającym w zbiorowiskach (przedszkola, żłobki, domy dziecka, domy studenckie, internaty, koszary),
   c) osobom z zachowaniem sprzyjającym zakażeniu (intymne kontakty z nosicielem lub osobą chorą),

d) osobom podróżującym,

e) z wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, przewlekłymi chorobami, nerek i wątroby, chorobą reumatyczną osobom leczonym immunosupresyjnie, przed i po przeszczepieniu szpiku, osobom z nowotworem złośliwym.

Osoby, które decydują się na szczepienia zalecane to zwykle osoby przed podróżą (zwłaszcza w rejony tropikalne). Na prezentowanym poniżej wykresie przedstawiono szczepienia przeciw Kleszczowemu Zapaleniu Mózgu (KZM) oraz przeciw zakażeniom meningokokowym wykonane w latach 2013-2017.



Wykres 53. Szczepienia zalecane przeciw KZM i zakażeniom meningokokowym wykonane w latach 2013 - 2017

5.3.18. SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE

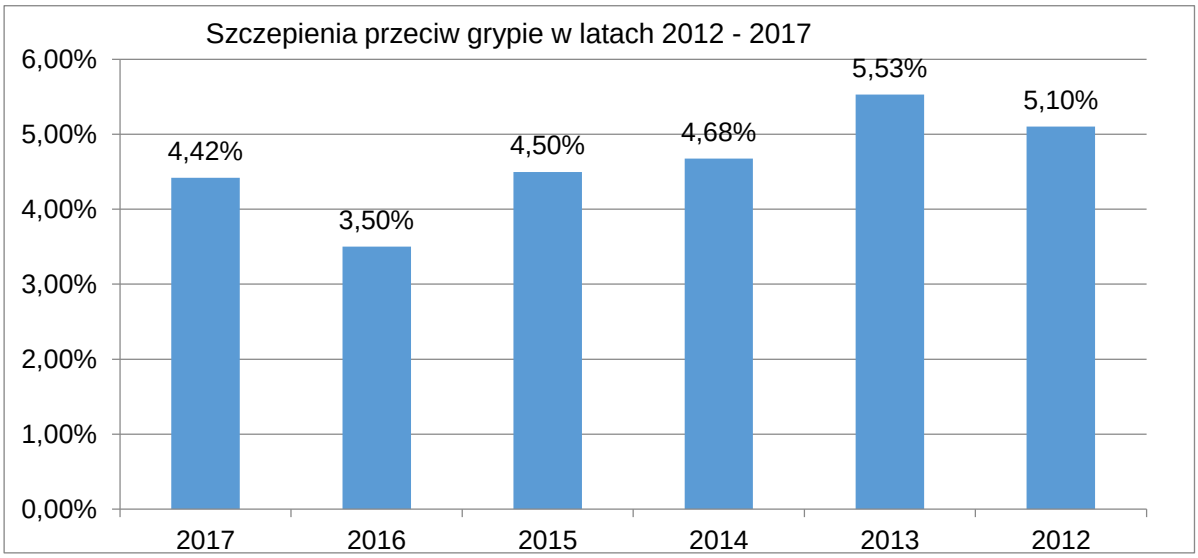
Szczepienie przeciwko grypie jest szczepieniem sezonowym, które należy powtarzać przed każdym sezonem jesienno-zimowym w okresie wzmożonych zachorowań na grypę. Katalog osób, którym jest ono rekomendowane jest bardzo szeroki i praktycznie dotyczy całego społeczeństwa. Szczególne zalecane jest osobom:

1) Osobom po transplantacji narządów;

2) Dzieciom (pow. 6 miesiąca życia) i dorosłym przewlekle chorym;

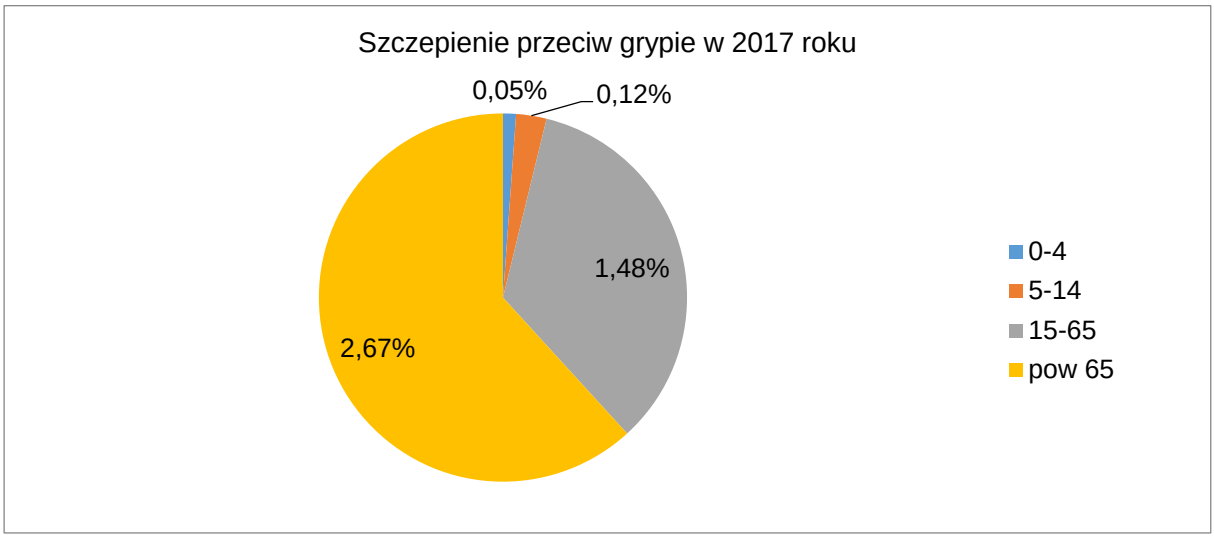
3) Osobom w stanach obniżonej odporności;
4) Dzieciom z wrodzonymi wadami serca;
5) Kobietom planującym ciążę lub w ciąży;
6) Dzieciom z grup ryzyka od 6 miesiąca życia do 18 roku życia między innymi z:
   a) zakażonym HIV,
   b) ostrą białaczką,
   c) asplenią wrodzoną, dysfunkcją śledzony, po splenektomii,
   d) z niedoborami odporności,
   e) po leczeniu immunosupresyjnym,
   f) po przeszczepieniu szpiku,
   g) przed lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych,
   h) leczonych przewlekle salicylanami.

7) Zdrowym dzieciom od 6 miesiąca życia do 18 roku życia;
8) Osobom powyżej 55 lat;
9) Osobom mającym kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi, osobami w podeszłym wieku lub przewlekle chorymi;
10) Pracownikom ochrony zdrowia, szkół, handlu, transportu, funkcjonariuszom publicznym (policja, wojsko, straż graniczna, straż pożarna);
11) Pensjonariuszom domów spokojnej starości, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo- leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów opieki długoterminowej.



Wykres 54.Liczba osób szczepionych przeciwko grypie w latach 2012 - 2017

Od lat problem zrozumienia i akceptacji szczepień jest niezmienny. Wyraźnie akcentuje to powyższy wykres, który przedstawia liczbę osób która poddaje się szczepieniom przeciwko grypie. Odsetek osób szczepionych jest stale bardzo niski. Choć w roku 2017 wzrósł w stosunku do roku 2016 blisko o 1%.Podobnie jak w latach poprzednich największą grupę osób szczepionych stanowią osoby powyżej 65 roku życia, które korzystają z bezpłatnych szczepień jakie oferuje Urząd m.st. Warszawy.



Wykres 55. Liczba osób szczepionych przeciwko grypie w roku 2017 w podziale na grupy wiekowe

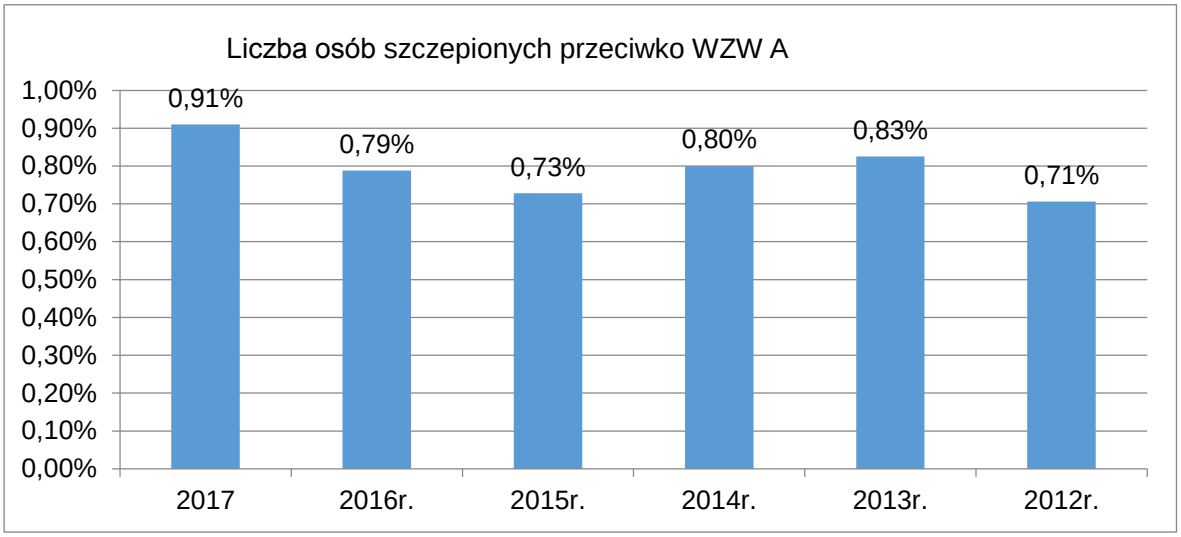
5.3.19. SZCZEPIENIA PRZECIWKO WZW A

Szczepienia przeciwko WZW A zalecane są między innymi:

1) Osobom wyjeżdzającym do krajów, w których występuje wysokie ryzyko zakażenia na WZW typu A;
2) Osobom pracującym:
   a) przy produkcji i dystrybucji żywności,
   b) usuwaniu odpadów komunalnych i płynnych nieczystości,
   c) przy konserwacji urządzeń wymienionych powyżej;
3) Dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym i młodzieży, które nie chorowały na WZW typu A.

Liczba osób, u których wykonano szczepienie przeciwko WZW A w latach 2012 - 2017 utrzymywała się na poziomie nie przekraczającym 0,9% ogółu

mieszkańców Warszawy. Byli to głównie pacjenci medycyny podróży, którzy zainteresowani byli tymi szczepieniami przed wyjazdem za granicę.



Wykres 56. Liczba osób szczepionych przeciwko WZW A w latach 2012 – 2017

5.3.20. POZOSTAŁE SZCZEPIENIA ZALECANE

W roku 2017 wykonano szczepienia przeciwko:

1) wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) 935 osobom;
2) durowi brzusznemu – 13027 osobom;
3) żółtej gorączce - 3769 osobom;
4) oraz cholerze - 1203 osobom.

Szczepienia przeciw durowi brzusznemu, żółtej gorączce i cholerze były szczepieniami przed wyjazdami zagranicznymi.

5.3.21. NIEPOŻĄDANE ODCZYNY POSZCZEPIENNE

W roku 2017 do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej wpłynęło 265 zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych. Zgodnie z kwalifikacją określoną przez lekarza zarejestrowano:

- 228 odczynów łagodnych;
- 28 odczynów poważnych;
- 8 ciężkich;
- w 1 przypadku lekarz dokonujący zgłoszenia nie określił kwalifikacji odczynu.

Ponadto w ramach nadzoru nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi w roku 2017 wystawiono 1 wniosek do sądu o ukaranie lekarza w związku z niedopełnieniem obowiązku zgłoszenia NOP.

5.3.22. OSOBY UCHYLAJACE SIĘ OD SZCZEPIEŃ

Problem uchylania się od szczepień od kilku lat narasta. Każdego roku zwiększa się liczba osób które odmawiają szczepień. W tabeli nr 2 przedstawiono jak w latach 2014 - 2017 wzrastała liczba dzieci, których rodzice nie zaszczepili zgodnie z obowiązującym PSO. Z kolei w tabeli nr. 3 wykazano liczbę opiekunów prawnych którzy nie wyrażają zgody na szczepienie dzieci będących pod ich opieką.

Tabela 2 Liczba dzieci, u których nie zrealizowano obowiązku szczepień

Rok	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016	Rok 2017
1	2	3	4	5
Liczba dzieci, u których nie zrealizowano obowiązku szczepień	653	1070	1276	1618

Tabela 3. Przyczyny odmowy szczepień wskazywane przez rodziców

Przyczyna odmowy	Liczba osób odmawiających wykonanie szczepień			
	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016	Rok 2017
1	2	3	4	5
Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	11	42	37	28
Wpływ środowisk propagujących	10	16	34	66
Wpływ ruchów antyszczepionkowych	210	392	516	832
Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	11	48	49	66
Inna przyczyna	411	1175	1391	1617
Razem	653	1673	2027	2609

W roku 2017 kontynuowano działania, w stosunku do osób, które uchylają się od obowiązku szczepień, wystawiono:

- 44 upomnienia;
- 43 wnioski do wojewody o ukaranie (tytuły wykonawcze);
- wydano 32 postanowienia dotyczące zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej;
- przekazano 24 zażalenia na Postanowienia Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie.

6. OCENA STANU SANITARNEGO PLACÓWEK OŚWIATOWO - WYCHOWAWCZYCH

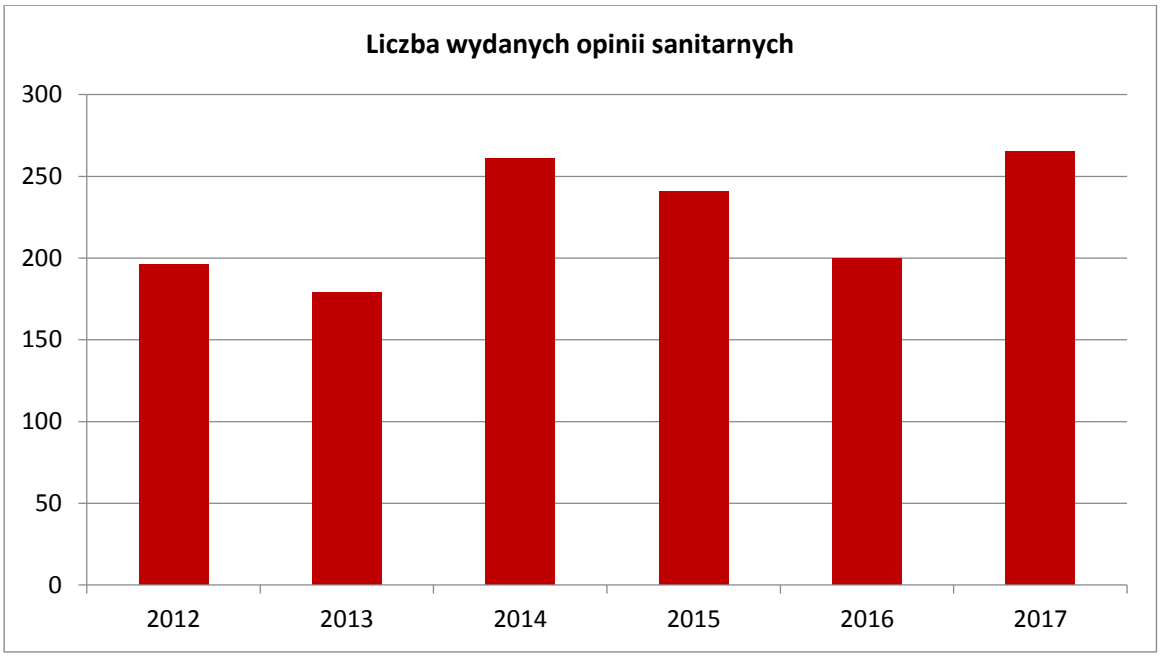
6.1. WPROWADZENIE

W nadzorze Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży w roku 2017 znajdowało się 3027 publicznych oraz niepublicznych placówek oświatowo – wychowawczych i opiekuńczych, w tym 2201 placówek stałych i 826 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 2017 na terenie m. st. Warszawy pracownicy Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży przeprowadzili w ramach nadzoru sanitarnego 1209 kontroli, w tym 149 kontroli w ramach nadzoru nad placówkami wypoczynku dzieci i młodzieży.

Należy podkreślić w tym miejscu, że porównanie stanu sanitarnego placówek jest problematyczne, z uwagi na przesunięcie ciężaru nadzoru z nadzoru tzw. bieżącego (przeprowadzanego w sposób planowy, kompleksowy), na kontrole przeprowadzane w trybie interwencyjnym oraz kontrole związane z opiniowaniem nowych placówek (głównie żłobków, klubów dziecięcych), przy niezmienionej liczbie pracowników nadzoru.

Po znaczącym wzroście w roku 2014, w późniejszych latach liczba wydawanych przez Oddział opinii sanitarnych dla obiektów nowo otwieranych oraz rozszerzających działalność o nowe pomieszczenia nieznacznie spadła, by ponownie osiągnąć wzrost w roku 2017 do 265 wydanych opinii (w roku 2016 – 200, 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 2017 na terenie m.st. Warszawy zlikwidowano 34 placówki: 8 żłobków, 19 przedszkoli, 1 szkołę podstawową, 1 gimnazjum, 1 liceum ogólnokształcące, 2 szkoły policealne, 1 centrum kształcenia ustawicznego, 1 kursy/szkolenia dla dorosłych. Ponadto w związku z przeprowadzoną w 2017r. reformą oświaty 37 samodzielnie funkcjonujących gimnazjów przekształcono w inną szkołę (33 gimnazja w szkoły podstawowe, 4 w licea ogólnokształcące), 48 włączono do innych szkół (29 włączono do szkół podstawowych, 19 do liceów ogólnokształcących). W przypadku 32 placówek funkcjonujących w zespołach szkół 25 gimnazjów przekształcono w szkoły podstawowe, 7 w licea ogólnokształcące natomiast z 84 gimnazjów funkcjonujących w zespołach 56 włączono do szkół podstawowych funkcjonujących w zespołach szkół, 21 do liceów ogólnokształcących, 2 do ponadgimnazjalnych szkół zawodowych, 5 do szkół specjalnych.

6.2. DZIAŁALNOŚĆ REPRESYJNA

W wyniku postępowania pokontrolnego wydano 227 decyzji administracyjnych, w tym 179 zmieniających termin wykonania obowiązków. Nałożono 32 mandaty karne na kwotę 8650 zł, głównie za niewłaściwy stan sanitarnohigieniczny.

Decyzje dotyczyły:

1) złego stanu technicznego:
    a) dróg, dojść, 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;
2) nieposiadania przez placówki certyfikowanych mebli oraz sprzętu sportowego;
3) złego stanu sanitarnohigienicznego toalet, w tym niesprawności technicznej armatury oraz braku wyposażenia w środki higieniczne;
4) warunków do prowadzenia zajęć WF;
5) braku do wglądu dokumentacji;
6) złego stanu technicznego stolarki drzwiowej, okiennej;
7) złego stanu technicznego elewacji budynku;
8) braku wyodrębnienia pomieszczeń należących do różnych placówek;
9) zaprzestania prowadzenia zajęć w pomieszczeniach niespełniających wymagań w zakresie:
    a) wysokości,
    b) wentylacji,
    c) usytuowania względem przyległego terenu;
10) niezapewnienia prawidłowej i stałej temperatury ciepłej bieżącej wody przy urządzeniach sanitarnych dla dzieci.

W roku 2017 do Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży wpłynęły 164 interwencje, z czego: 81 – uzasadnionych, 83 – nieuzasadnionych.

Interwencje dotyczyły:

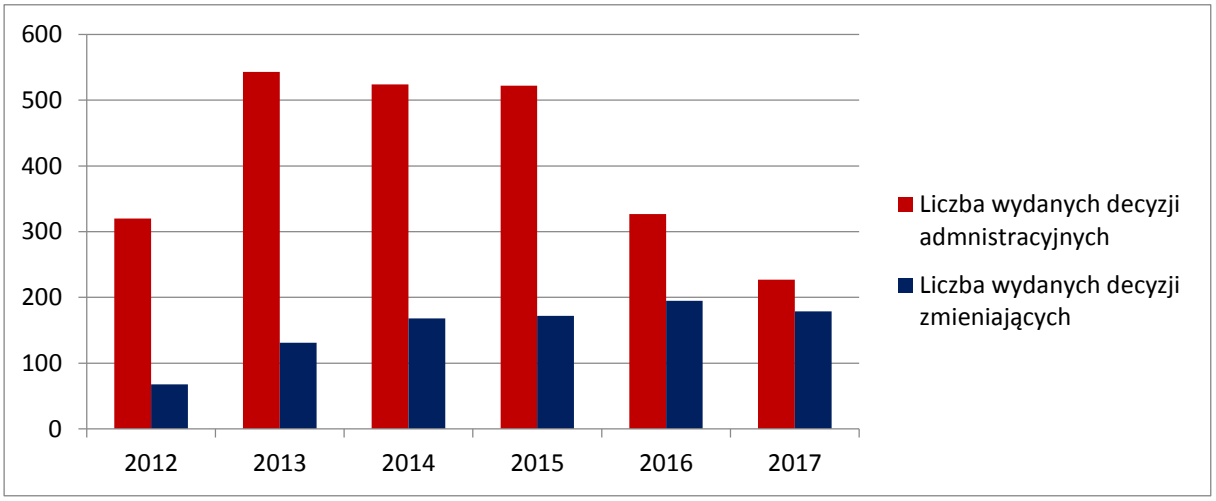
1) złego stanu sanitarnohigienicznego oraz technicznego w placówkach np. sal dydaktycznych, sanitariatów, sali gimnastycznej, szatni, i terenu placówki (boiska, place zabaw, drogi i przejścia);
2) niezachowania warunków bezpieczeństwa pomieszczeń, w tym niedostosowania funkcjonalnego;
3) niewłaściwych warunków mikroklimatu (wietrzenie, temperatura, nieprzyjemny zapach, niewłaściwa wentylacja pomieszczeń);

4) braku dostępu lub braku zachowania standardów dostępności do urządzeń sanitarnych;
5) braku bieżącej ciepłej wody oraz braku środków higieny osobistej w toaletach dla uczniów;
6) skażenia wody;
7) niewłaściwej higieny procesu nauczania;
8) braku oznakowania przyborów do higieny jamy ustnej;
9) występowania zachorowań w placówkach: wszawicy, owsicy, świerzbu, infekcji wirusowych, chorób zakaźnych wieku dziecięcego;
10) obecności gryzoni, prusaków, innych insektów w placówkach;
11) uciążliwości w wyniku prowadzonych remontów, w tym: zapachowych i pyłowych, niezachowania standardów dostępności do urządzeń sanitarnych oraz limitów powierzchniowych, z powodu wyłączenia z użytkowania części pomieszczeń;
12) palenia tytoniu na terenie placówek;
13) prowadzenia placówek bez stosownych zezwoleń, np. opinii sanitarnej, decyzji zatwierdzającej, zgłoszenia wypoczynku do Mazowieckiego Kuratorium Oświaty i bazy Ministerstwa Edukacji Narodowej;
14) obecności zwierząt na terenie placówki;
15) dystrybucji w przedszkolu pojemników z tabletką oraz płynem nieznanego pochodzenia;
16) drażniących oparów.

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 2017 na 210 skontrolowanych placówek (9,5% będących w ewidencji) stwierdzono 26 budynków w złym stanie technicznym. 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 w 2015

– 522 decyzje, 2016 - 327), w roku 2017 zmniejszyła się liczba wydanych decyzji do 227. Wyegzekwowano 57 decyzji, w tym 46 z lat ubiegłych.



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

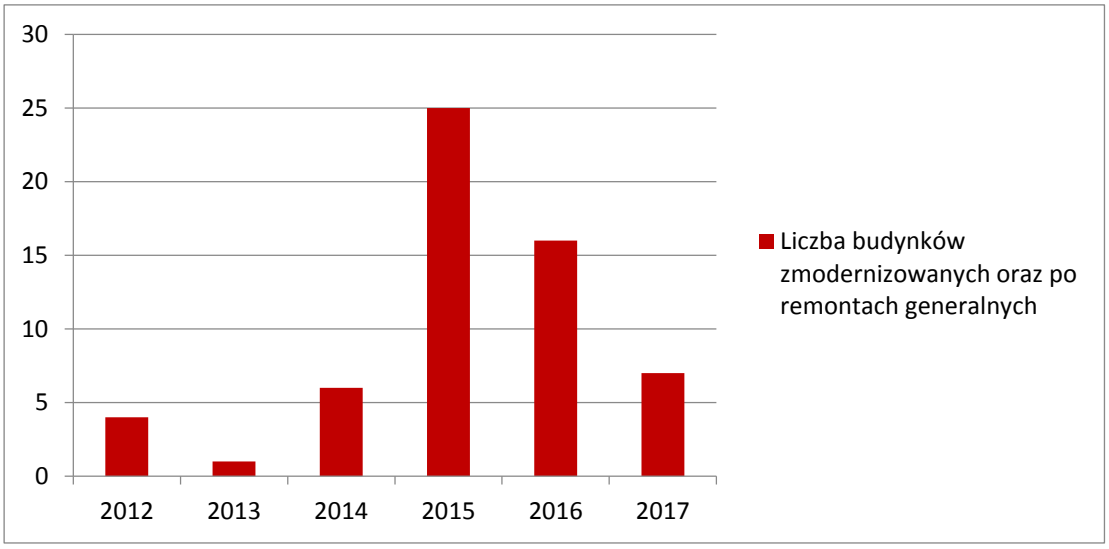
Sytuacja związana ze stanem technicznym w budynkach oświatowych wymaga ciągłego monitorowania, gdyż przekazywane środki finansowe są ciągle niewystarczające w stosunku do potrzeb remontowych placówek.

Niewystarczające środki finansowe powodują również 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, 2016 – 195 natomiast w roku 2017 - 179 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

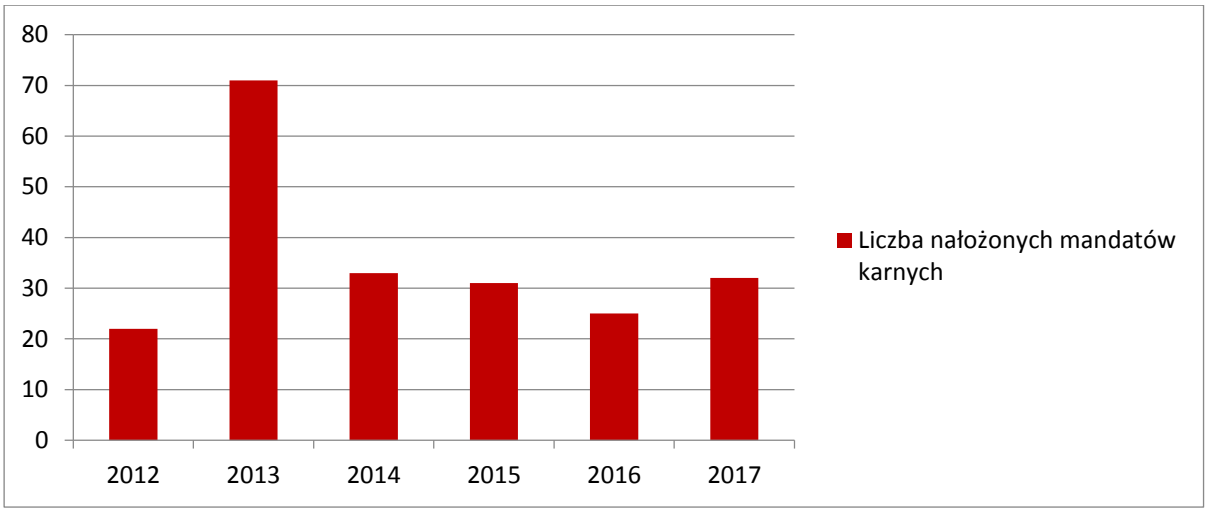
i kanalizacyjnej miejskiej to Wawer, Białołęka oraz Rembertów. Liczba placówek nie posiadających podłączenia do kanalizacji miejskiej i sieci wodociągowej w roku 2017 nieznacznie wzrosła.

W porównaniu z latami ubiegłymi zmniejszyła się liczba rozbudowywanych, modernizowanych lub remontowanych w sposób generalny budynków należących do placówek oświatowo-wychowawczych - w 2017 r. do 7, w 2016 r. było ich 16 natomiast w 2015 r. było ich aż 25.

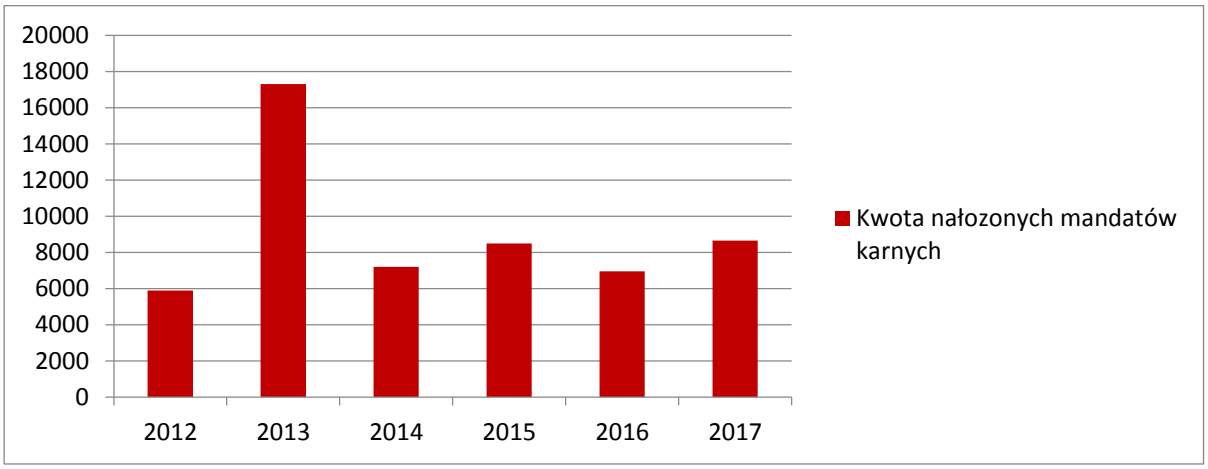


Wykres 3. Liczba budynków zmodernizowanych oraz po remontach generalnych na terenie m. st. Warszawy.

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 2014 r. nałożono ich 33 na kwotę 7200 zł, w roku 2015 – 31 na kwotę 8500 zł, w roku 2016 - 25 na kwotę 6950 zł, w 2017 - 32 mandaty na kwotę 8 650 zł.



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



Wykres 5. Kwota nałożonych mandatów karnych.

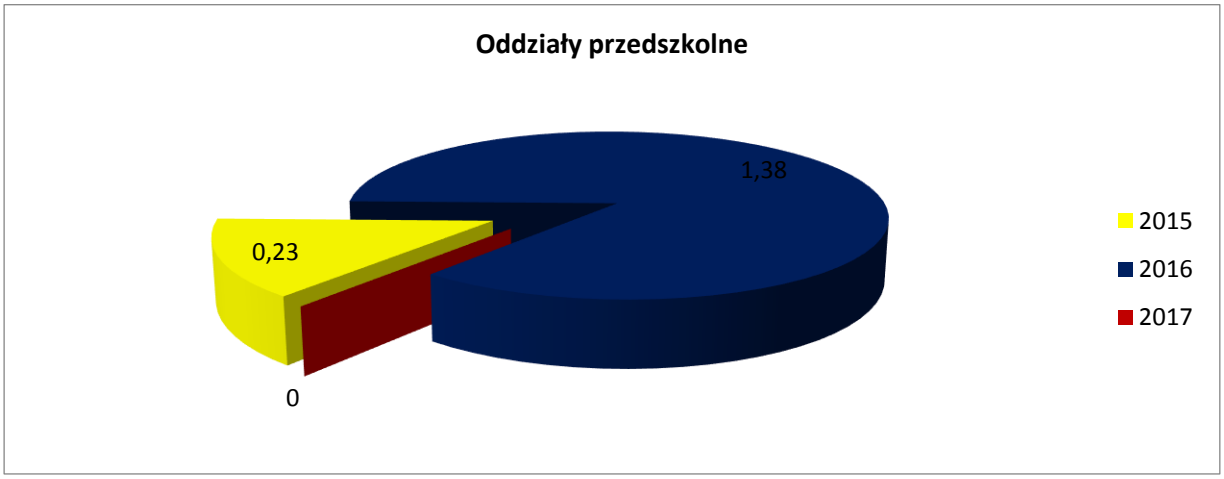
Od 2009 r. Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży pełni wzmożony nadzór nad warunkami sanitarnohigienicznymi do utrzymania higieny osobistej w szkołach. Dzięki temu w większości placówek stwierdzono właściwe warunki: w pomieszczeniach sanitarnych znajdowało się mydło w płynie, papier toaletowy oraz ręczniki papierowe lub suszarki do rąk. Nieliczne nieprawidłowości dotyczyły braku ciepłej wody, złego stanu technicznego pomieszczeń sanitarnych, zaniedbań czystości i porządku. We wszystkich skontrolowanych placówkach w pomieszczeniach sanitarnych liczba urządzeń sanitarnych była wystarczająca.

W 2017 r. przeprowadzono ocenę warunków realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej. Na 809 szkół będących w ewidencji (funkcjonujących samodzielnie oraz w zespołach szkół) skontrolowano 248 placówek. Szkolny gabinet profilaktycznej

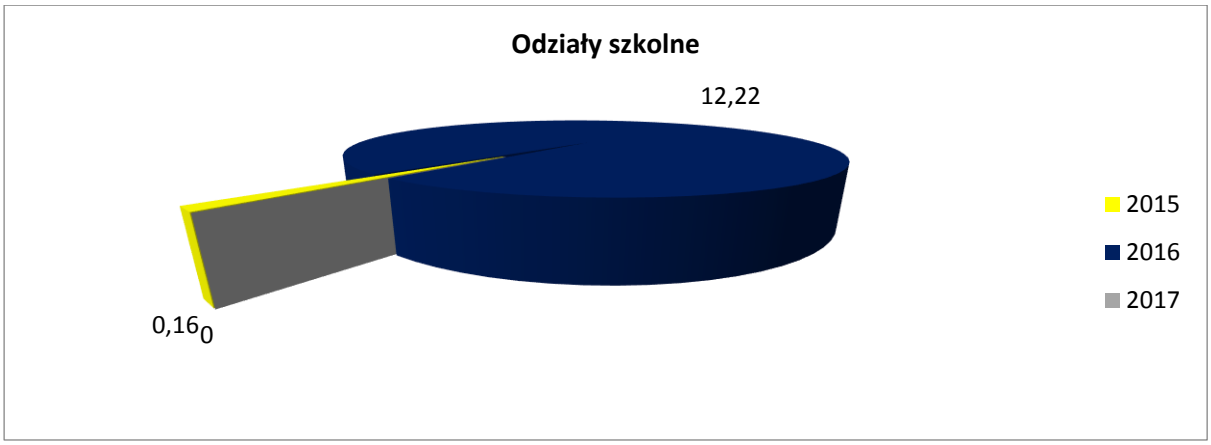
opieki zdrowotnej posiadało 159 szkół, natomiast 89 korzystało ze świadczeń poza terenem szkoły (nie posiadały na terenie szkoły gabinetu).

6.4. ANALIZA W ZAKRESIE HIGIENY PROCESÓW NAUCZANIA

Kontrola dostosowania mebli do wzrostu uczniów w 2017 r. 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 (stanowiska pracy ucznia) a także niekorzystny tryb życia uczniów po zajęciach szkolnych (dodatkowe zajęcia edukacyjne i brak aktywności fizycznej). W porównaniu z rokiem 2016 sytuacja w zakresie dostosowania mebli edukacyjnych do wymagań ergonomii w placówkach przedszkolnych i szkołach podstawowych uległa znaczącej poprawie. Dyrektorzy przedszkoli i szkół sukcesywnie dokonują wymiany mebli na nowe spełniające wymagania Polskiej Normy oraz posiadające możliwość regulacji wysokości, co pozwala na prawidłowe dostosowanie ich do wzrostu przedszkolaków i uczniów. W 2017 r. w trakcie prowadzonych czynności kontrolnych nie odnotowano żadnego przypadku niedostosowania stanowisk pracy uczniów.



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.

Ocenę rozkładu zajęć lekcyjnych przeprowadzono w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. W roku sprawozdawczym odnotowano pojedyncze nieprawidłowości w rozkładach zajęć lekcyjnych, porównywalnie do latach ubiegłych, w zakresie równomiernego obciążenia zajęciami w poszczególnych dniach tygodnia.

Problem zmianowości w szkołach podstawowych w dalszym ciągu utrzymuje się na wysokim poziomie. Z zebranych w 2017 r. danych wynika, że w porównaniu z latami ubiegłymi zmalała liczba placówek wprowadzających system zmianowy, w celu uniknięcia nadmiernego zagęszczenia uczniów w klasach, jednak nie odzwierciedla to stanu faktycznego. O przyczynach mających wpływ na zafałszowanie obrazu informowano na wstępie.

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

Szkoły pracujące w systemie zmianowym:	Rok 2015	Rok 2016	Rok 2017
Szkoły podstawowe	29	39	20
Gimnazja	0	6	0
Szkoły ponadgimnazjalne	0	0	0
Zespoły szkół	11	14	1
RAZEM	**40**	**59**	**21**

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, chociaż z zebranych w 2017 r. danych wynika, że oddano do użytku 12 nowych obiektów (1 żłobek, 9 przedszkoli, 1 szkołę podstawową).

6.5. OCENA PRZEBIEGU WYPOCZYNKU LETNIEGO I ZIMOWEGO DZIECI I MŁODZIEŻY

W roku sprawozdawczym wypoczynek dzieci i młodzieży zorganizowano w 826 placówkach. Podczas trwania wypoczynku przeprowadzono 149 kontroli w 149 placówkach.

W roku 2017 Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży przeprowadził 1 kontrolę interwencyjną w placówce wypoczynku. Przedmiotem skargi był zły stan sanitarno - porządkowy w placówce. W czasie kontroli sanitarnej przeprowadzonej wspólnie z przedstawicielami Kuratorium Oświaty w Warszawie nie stwierdzono nieprawidłowości naruszających przepisy prawa.

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.

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 (105). W roku 2017 przeprowadzono 9 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. z 2017 r. poz. 957). W każdej kontrolowanej placówce sprawdzano, czy przestrzegane są przepisy ww. ustawy.

W roku sprawozdawczym, za brak wywieszonego w widocznym miejscu oznaczenia słownego i graficznego informującego o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych na właścicieli placówek nałożono 5 grzywien w postaci mandatów karnych na łączną kwotę 750 zł. W pozostałych skontrolowanych placówkach oświatowo–wychowawczych przestrzegano całkowitego zakazu palenia a w widocznych miejscach wywieszone były oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych.

6.8. WSZAWICA

Wszawica, świerzb i owsica, pod względem medycznym, zaliczane są do grupy inwazji pasożytniczych 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 (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 151), 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 jednoczasowego czyszczenia głów wszystkich dzieci i domowników oraz nieprzyprowadzania dzieci do placówek z niezakończonym procesem leczenia.

W przypadkach zgłaszania przez rodziców problemu wszawicy, pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie przekazują materiały informacyjne na temat postępowania 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) Porównanie stanu sanitarnego placówek jest problematyczne szczególnie w roku 2017, z uwagi na przesunięcie ciężaru prowadzonego nadzoru z nadzoru tzw. bieżącego (przeprowadzanego w sposób planowy, kompleksowy), na kontrole przeprowadzane w trybie interwencyjnym oraz kontrole związane z opiniowaniem nowych placówek (głównie żłobków, klubów dziecięcych);
2) W wyniku prowadzonego nadzoru, od wielu lat jest widoczny 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;
3) Liczba wniosków o wydanie opinii sanitarnych wpływających do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie znacząco wzrosła. Wszystkie wnioski są rozpatrywane w oparciu o obowiązujące przepisy prawa materialnego. Podczas kontroli stwierdza się wielokrotnie brak spełnienia wymogów określonych w ww. przepisach;

4) 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;
5) Sytuacja w zakresie dostosowania mebli edukacyjnych do wymagań ergonomii w placówkach przedszkolnych i szkołach podstawowych uległa znaczącej poprawie. Dyrektorzy przedszkoli i szkół sukcesywnie dokonują wymiany mebli na nowe spełniające wymagania Polskiej Normy oraz posiadające możliwość regulacji wysokości, co pozwala na prawidłowe dostosowanie ich do wzrostu przedszkolaków i uczniów.
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) 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.
11) 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 2017 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.

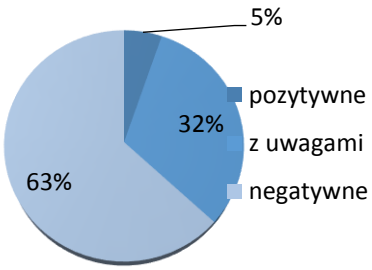
Wśród obiektów ocenianych w 2017 r. pod względem spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych znalazły się między innymi takie obiekty jak: lokale publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych, obiekty oświaty, zespoły sportowo-rekreacyjne, apteki i hurtownie farmaceutyczne, zakłady gastronomiczne, 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.

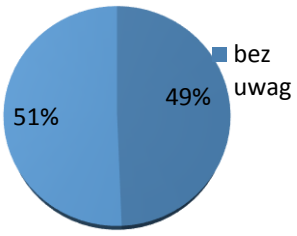
W 2017 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wydano 44 stanowiska dotyczące zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych w zakresie warunków technicznych, w tym 15 zgód i jedną decyzję negatywną na zastosowanie recyrkulacji powietrza w pomieszczeniach podmiotów leczniczych, 4 zgody 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 21 opinii, w tym 6 z uwagami i 14 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 2017 skontrolowano 404 obiekty, w których przeprowadzono 545 kontroli. W 244 obiektach stwierdzono nieprawidłowości. Pozytywnie zaopiniowano 42 lokale nowych aptek i hurtowni farmaceutycznych oraz 305 przekazywanych do użytkowania obiektów budowlanych. Negatywnie oceniono 6 lokali przeznaczonych na apteki. Ponadto w postępowaniach w sprawie dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania lub wydawania opinii o lokalach aptek i hurtowni farmaceutycznych 290 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 20 stanowisk w postępowaniach dotyczących projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, w tym 6 razy zgłaszano zastrzeżenia co do przyjętych rozwiązań projektowych. Dla 6 projektów planów określono zakres i stopnień szczegółowości informacji wymaganych w prognozach oddziaływania na środowisko. Wydano 272 stanowiska w postępowaniach prowadzonych w ramach ocen oddziaływania na środowisko (238 stanowisk w procedurze screeningu, w tym 40 z uwagami do przedstawionych kart informacyjnych przedsięwzięć; 34 na etapie uzgadniania warunków realizacji przedsięwzięć mogących oddziaływać na środowisko, w tym 8 z uwagami do przedstawionych raportów o oddziaływaniu na środowisko).

W odniesieniu do 38 przedsięwzięć uznano za konieczne przeprowadzenie postępowania w sprawie ocen oddziaływania na środowisko.

Ogółem w roku 2017 Oddział Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego zajmował stanowisko 1761 razy, w tym w 278 przypadkach wydano opinie negatywne lub zgłaszano uwagi i 110 razy wzywano petentów do uzupełnienia składanych wniosków lub przedstawionych dokumentacji. W stosunku do roku 2016 wzrosła o ok. 8% liczba przeprowadzonych kontroli; ogólna liczba zajętych stanowisk jak i liczba stanowisk negatywnych utrzymuje się na podobnym poziomie.

8. DZIAŁALNOŚĆ PROMOCJI ZDROWIA

8.1. WSTĘP

Oddział Promocji Zdrowia, zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1261), 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 2017 r. 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.
Grupa objęta działaniami to mieszkańcy Warszawy – 1 664 063 osób zorganizowana w następujących środowiskach:

1) Placówki oświatowo-wychowawcze w tym:
    a) Przedszkola (publiczne) 741 (340);
    b) Szkoły podstawowe (publiczne) 359(209);
    c) Szkoła Podstawowa artystyczna 1;
    d) Oddziały Gimnazjalne 152;
    e) Licea ogólnokształcące (publiczne) 175 (93);
    f) Technika (publiczne) 53 (45);
    g) Szkoła Branżowa I Stopnia 25;
    h) Oddziały Zasadniczych Szkół Zawodowych 22;
    i) Szkoły specjalne 78;
    j) Szkoły wyższe 160;
    k) Bursy i internaty 7;
    l) Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze 4;
    m) Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy 3;
    n) Szkolne Schronisko Młodzieżowe 3.
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;
    b) Ogród Jordanowski 5.

Zadania oświatowe były realizowane przez 8 pracowników OPZ **(**12 zatrudnionych) przygotowanych merytorycznie do ich wdrażania, posiadających kierunkowe wykształcenie oraz w większości dodatkowe kwalifikacje (specjalizacja lub/i studia podyplomowe).

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 kilku 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 zadecydowano przedstawić władzom samorządowym celem podjęcia ewentualnych interwencji. 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 opracowanie i wdrożenie w placówkach oświatowo- wychowawczych (przedszkola, szkoły podstawowe kl. I-III) programu edukacyjnego w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, pn. „Więcej wiem, mniej choruję".

Najczęściej diagnozowane problemy zdrowotne zaklasyfikowano do czterech większych grup i są to:

a) używki – styczność uczniów z alkoholem, tytoniem, narkotykami i innymi środkami psychoaktywnymi w tym „dopalaczami";
b) środowiskowe problemy zdrowotne, tj. wady postawy, wzroku, słuchu i innych narządów;
c) żywienie dzieci i młodzieży – niedożywienie, otyłość, anoreksja, bulimia;
d) agresja, przemoc i stres wśród uczniów.

Problemem zdrowotnym, który pierwszy raz zdiagnozowaliśmy wśród dzieci i młodzieży w 2013 r. były choroby układu krążenia. Po przeanalizowaniu danych zawartych w diagnozie przedsięwzięć prozdrowotnych zauważalny jest znaczny wzrost tych chorób szczególnie, w grupie młodzieży szkół ponadpodstawowych. Kolejną diagnozowaną grupą problemów zdrowotnych z tendencją wzrostową są choroby metaboliczne u dzieci i młodzieży – cukrzyca. Należy zwrócić również uwagę na występowanie innych problemów zdrowotnych, które były zauważalne przez kadrę pedagogiczną oraz diagnozowane w placówkach nauczania i wychowania przez specjalistów od 2016 r. - 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 wychowawczo-

profilaktycznych i 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 2017 działalność OPZ można pogrupować w dwa główne bloki merytoryczne tj. kształtowanie zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób zachowaniozależnych (8.3.) oraz profilaktykę chorób zakaźnych (8.4.).

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

8.3.1. ZASADY ZDROWEGO ŻYWIENIA

W ramach działań z zakresu kształtowania zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób zachowaniozależnych zostały propagowane Zasady Zdrowego Żywienia wśród dzieci w wieku szkolnym oraz wśród seniorów.

W ramach tej interwencji przeprowadzono 106 pogadanek z dziećmi, podczas których przedstawiono założenia żywieniowe w oparciu o talerz zdrowia, sześć zasad prof. Bergera oraz nowej Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej (IŻŻ, 2016), omawiano błędy żywieniowe oraz korzyści z picia wody. Na potrzeby warsztatów opracowano i uszyto okrągłą matę tzw. ,,talerz zdrowia", podzieloną na 6 części. Każda część maty oznacza inną grupę produktów spożywczych, odpowiednio: warzywa, owoce, produkty zbożowe, mleko i produkty mleczne, produkty będące źródłem białka, tłuszcze oraz woda. Uczestnicy warsztatów układają talerz zdrowia, który jest tak skonstruowany, aby odbiorcy mogli łatwo odczytać, ile dana grupa produktów spożywczych ma stanowić w bilansie żywieniowym każdego dnia. Na talerzu umieszczano wodę oraz omawiano korzyści z jej picia. Przekazywano także informacje na temat szkodliwości cukru i soli w codziennej diecie. Przeprowadzono 83 zajęcia warsztatowe z 1644 odbiorcami (dzieci i ich opiekunowie), a także zajęcia z grupą młodzieżową oraz z grupą seniorów. Zajęcia z wykorzystaniem autorskiego talerza zdrowia cieszyły się bardzo dużą popularnością i zostały przeprowadzone nie tylko w warszawskich szkołach, ale także w powiatach podwarszawskich. Przeprowadzono zajęcia dla dzieci w wieku 7-8 lat ze szkoły podstawowej w Zielonce oraz dla dzieci w wieku przedszkolnym z Chotomowa. Talerz zdrowia cieszył się także

zainteresowaniem na Uniwersytecie Medycznym, podczas zajęć w ramach Uniwersytetu Dzieci na zajęciach o tematyce „Witaminy". Przeprowadzono 3 warsztaty, w których wzięło udział 60 dzieci w wieku 6-7 lat.

Pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m.st. Warszawie podczas letnich dni zorganizowali dwa stoiska edukacyjne na których układany był również talerz zdrowia a odbiorcami działań byli mieszkańcy Warszawy oraz osoby spacerujące Bulwarami Wiślanymi.

Stoiska edukacyjne w ramach zasad zdrowego żywienia zorganizowano się także na:

a) Pikniku edukacyjnym realizowanym w ramach Dni Zdrowia i BHP pn. „Bezpieczni na starcie, zdrowi na mecie". Adresatami działań byli pracownicy, ich rodziny oraz interesariusze firmy CEMEX Polska;
b) Pikniku edukacyjnym „Bezpieczny powrót do szkoły" zorganizowanym dla mieszkańców Warszawy.

W ramach Światowego Dnia Wody opracowano materiały edukacyjne, które były dystrybuowane do warszawskich szkół i przedszkoli drogą e-mailową. Z 25 placówek oświatowych otrzymano informację zwrotną z wykorzystania materiałów edukacyjnych podczas upowszechniania wiedzy na temat roli wody w życiu codziennym oraz diecie. Opracowane przez OPZ materiały akcydensowe zostały wyeksponowane podczas zajęć z 7793 dziećmi, w ramach tej inicjatywy przeprowadzono 21 pogadanek oraz 5 form warsztatowych.

Działaniami edukacyjnymi objęto 20 020 osób.

8.3.2. PROGRAM „TRZYMAJ FORMĘ

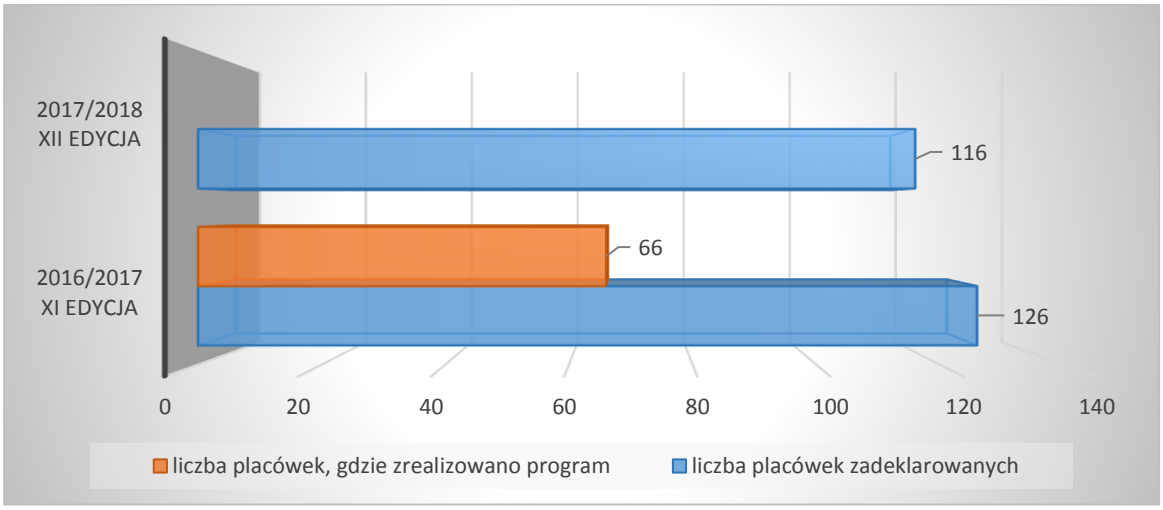
W roku szkolnym 2016/2017 zrealizowano XI edycję ogólnopolskiego Programu „Trzymaj Formę!". Celem jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną 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).

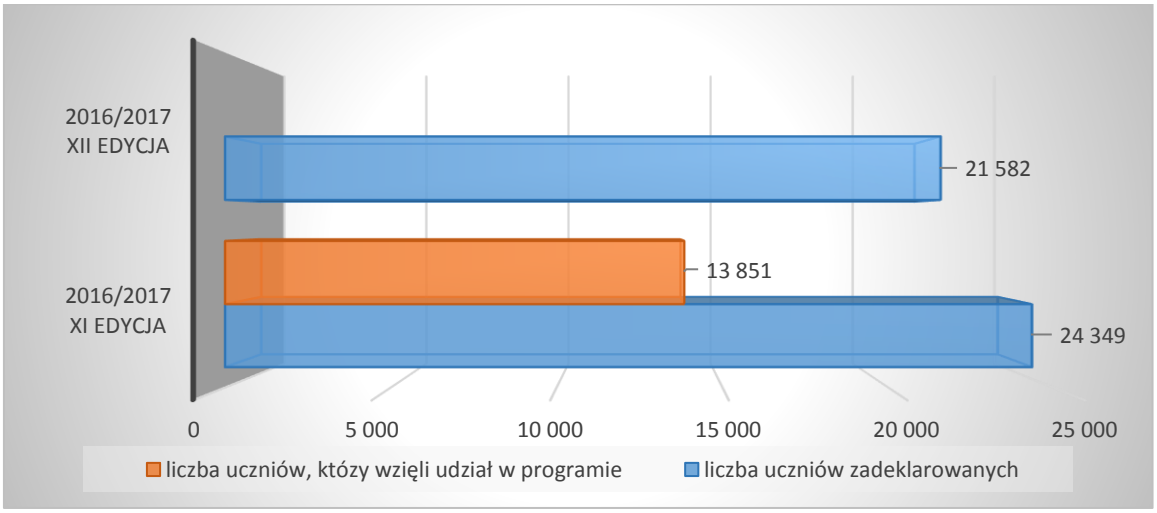
W roku szkolnym 2016/2017 w programie uczestniczyło 13851 uczniów z szkół podstawowych oraz szkół gimnazjalnych. Rodziców uczestniczących w spotkaniach

dotyczących tematyki programu było 5189. W roku szkolnym 2017/2018 udział w programie zadeklarowało 66 placówek oświatowych.

Na poniższych wykresach przedstawiono liczbę szkół oraz uczniów uczestniczących oraz zadeklarowanych w programie w latach 2016/17 oraz 2017/18 (deklarujących udział).



Wykres 1. Liczba szkół podstawowych oraz gimnazjalnych zadeklarowany oraz biorących udział w programie „Trzymaj formę” oraz deklarowana na rok szkolny 2017/2018.



Wykres 2. Liczba dzieci ze szkół podstawowych oraz gimnazjalnych biorących w programie „Trzymaj formę” oraz deklarowana na rok szkolny 2016/2017.

8.3.3. 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 r. Każdego roku ogłaszany jest temat przewodni, który podkreśla priorytetowy obszar problemów zdrowia publicznego na świecie. W 2017 r. tematem była „Depresja".

W ramach obchodów ŚDZ opracowano pisma informacyjne i materiały edukacyjne (prezentacje multimedialne) związane z tematyką Hasła Roku oraz ŚDZ. Celem kampanii było zwiększenie świadomości jak największej liczby osób, na temat schorzenia, jakim jest depresja, wskazanie jej objawów oraz konieczności diagnozowania i leczenia. Zgodnie z wytycznymi z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologiczne materiały informacyjno-edukacyjne pobrane ze strony Głównego Inspektoratu Sanitarnego , umieszczono na stronie internetowej Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w m.st. Warszawie oraz na tablicach informacyjnych urzędu.

Opracowano trzy odrębne artykuły na stronę internetową oraz dwie prezentacje multimedialne na temat depresji dla młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, kadry pedagogicznej oraz rodziców dzieci i młodzieży wraz z listami intencyjnymi skierowanymi do Dyrektorów przedszkoli i szkół. Na tablicach informacyjnych w siedzibie PSSE m. st. Warszawie (na ul. Kochanowskiego 21 oraz ul. Cyrulików 35), zamieszczono ekspozycję wizualną związaną z „Depresją". Działaniami edukacyjnymi objęto 17140 osób.

Tematykę czynnie podejmowano w ramach obchodów:

a) Ogólnopolskiego Dnia Walki z Depresją;
b) Światowego Dnia Zdrowia;
c) Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego.

W wyniku działań związanych z obchodami ŚDZ i Hasła Roku współpracowano z 28 podmiotami, działaniami objęto 126 190 osób.

8.3.4. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI NIKOTYNOWEJ

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 2016/2017 w programie uczestniczyło 105 placówek na 150 zadeklarowanych. Edukacją objęto 12 679 dzieci, nauczycieli, rodziców i opiekunów. W roku szkolnym 2017/2018 do X edycji programu zadeklarowano 4134 dzieci z 107 placówek.

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 2016/2017 w programie uczestniczyło 17 placówek a liczba uczniów biorących udział w programie wyniosła 9405. W roku szkolnym 2017/2018 do udziału w programie przystąpiło 5 nowych szkół podstawowych a zadeklarowana liczba uczniów to 632.

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 2016/2017 edukacją objęto 8878 uczniów.

   W roku szkolnym 2017/2018 do VIII edycji programu, deklaracje złożyły kolejne placówki oświatowo-wychowawcze z terenu Warszawy.

4) Program „Bieg po zdrowie" w roku szkolnym 2016/2017 – odbyła się I edycja programu. Adresowany jest do uczniów klasy 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 programie uczestniczyło 3987 uczniów i rodziców. W bieżącym roku szkolnym realizowana jest II edycja programu. Deklaracje chęci realizacji programu złożyło 25 placówek oświatowo-wychowawczych z Warszawy. Zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego program może realizować 30% placówek w danym powiecie.

Edukacją antytytoniową w roku szkolnym 2017/2018 planuje się objąć 2272 uczniów klas IV ze szkół podstawowych.

5) Światowy Dzień bez Tytoniu (31 maja) – opracowano prezentację multimedialną o tematyce antynikotynowej. Prezentacja została wysłana drogą elektroniczną do wykorzystania podczas wszelkich inicjatyw podejmowanych w ramach Światowego Dnia bez Tytoniu w szkołach gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych w m. st. Warszawie. Dyrekcja szkół została poproszona o przesłanie informacji zwrotnej (metryczki) z podjętych działań. Informację zwrotną przekazały 22 placówki. Z materiału wynika, iż edukacją zostało objętych 6698 uczniów, 2601 rodziców a w inicjatywie wzięło udział 509 nauczycieli. Zamieszczono artykuł na stronie internetowej PSSE w m.st. Warszawie oraz informacje na tablicach informacyjnych (w siedzibach PSSE w m.st. Warszawie przy ul. Kochanowskiego 21 oraz przy ul. Cyrulików 35). Przekazano pracownikom Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w m. st. Warszawie list intencyjny, dotyczący szkodliwości palenia oraz miejsc ustawowo objętych zakazem palenia. Dystrybuowano materiały informacyjno – edukacyjne do placówek oświatowo – wychowawczych oraz Zakładów Opieki Zdrowotnej. Łącznie edukacją objęto 14 620 osób.
6) Światowy Dzień Rzucania Palenia Tytoniu (3 czwartek listopada – 16.11.2017 r.) – 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 Oddziału Promocji Zdrowia zorganizowali w jednej ze stołecznych placówek punkt konsultacyjno – diagnostyczny. Udzielono ponad 300 porad, dokonano pomiaru tlenku węgla w wydychanym powietrzu z użyciem smokolyzera.

7) Monitorowanie przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. nr 10, poz. 55 z późn. zm.). Przepisy ustawy w 2017 r. zweryfikowano w 5601 podmiotach leczniczych, jednostkach organizacyjnych systemu oświaty, uczelniach wyższych i innych zakładach pracy. Comiesięczne sprawozdania z monitoringu ustawy przesłane były do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie.

8.3.5. ŚRODKI ZASTĘPCZE O DZIAŁANIU PSYCHOAKTYWNYM

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie 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 zatruć toksycznych. Dynamiczny rozwój rynku nowych narkotyków wymaga ciągłego pogłębiania wiedzy osób realizujących działania profilaktyczne w placówkach oświatowo- wychowawczych. Na prośbę dyrektorów placówek oświatowych pracownicy Oddziału Promocji Zdrowia PSSE w m. st. Warszawie edukowali kadrę pedagogiczną, rodziców oraz dzieci i młodzież uczęszczającą do szkół w Warszawie oraz młodzież przebywającą pod opieką placówek opiekuńczo-wychowawczych. Działania profilaktyczno- edukacyjne były skierowane również do mieszkańców Warszawy oraz turystów odpoczywających na Bulwarach Wiślanych. Celem nadrzędnym działań edukacyjnych było:

a) zwiększenie świadomości społecznej na temat zażywania i skutków zdrowotnych „dopalaczy”;
b) przekazanie wiedzy rodzicom i kadrze pedagogicznej na temat rozpoznawania symptomów zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież;
c) 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", w tym nowych substancji psychoaktywnych:

a) wygłosili 162 pogadanki dla dzieci i młodzieży;
b) zorganizowano 4 zajęcia warsztatowe dla rodziców i wychowanków Schroniska dla Nieletnich;
c) wygłoszono 16 wykładów dla kadry pedagogicznej i rodziców;
d) zorganizowano 164 projekcje filmów edukacyjnych: „Dopalacze, narkotyki nie warto ryzykować", „Dziękuję nie biorę", „Stop dopalaczom", „Jak to działa dopalacze", „Jak to działa marihuana";
e) zorganizowano dwa szkolenia pn. „Dopalacze – aktualne zagrożenia dla dzieci i młodzieży" oraz konferencję „W błędnym kole- depresja, dopalacze HIV" dla kadry pedagogicznej z placówek oświatowo – wychowawczych oraz funkcjonariuszy policji.

Pracownicy OPZ mając na uwadze bezpieczeństwo dzieci odpoczywających w ramach akcji „Zima w mieście " oraz „Lato w mieście" wygłosili 83 pogadanki. Edukacją objęto 1340 wypoczywających najmłodszych mieszkańców Warszawy oraz ich opiekunów i rodziców.

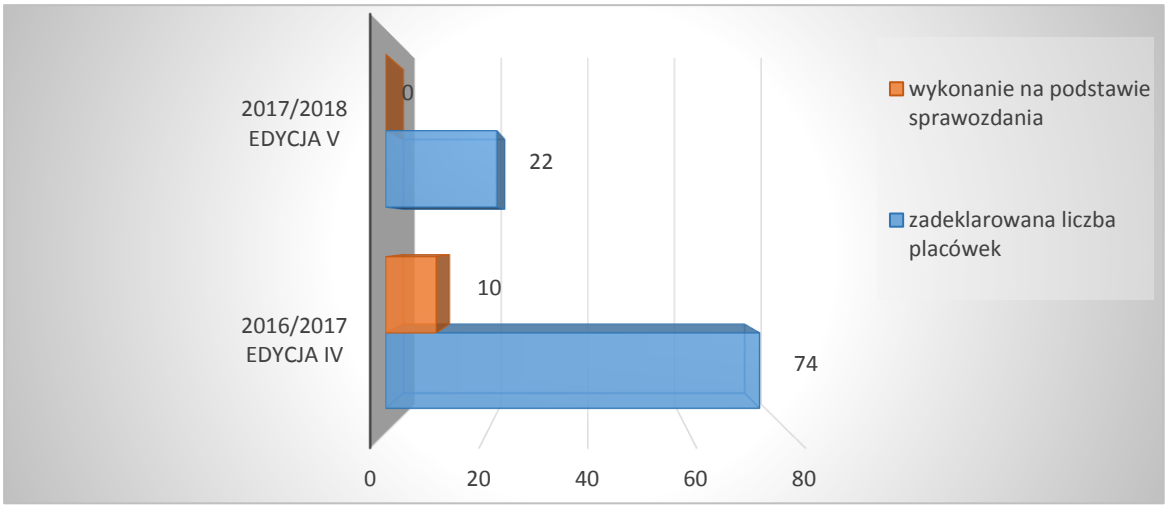
Zorganizowano 5 stoisk informacyjno- edukacyjnych dla mieszkańców Warszawy:

a) w ramach współpracy z Biurem Sportu i Rekreacji i Biurem Edukacji – stoisko na Pikniku inauguracyjnym akcję „Lato w mieście" w Parku na Agrykoli;
b) w ramach współpracy ze Zjednoczonymi Przedsiębiorstwami Rozrywkowymi ·dwa stoiska edukacyjne na Bulwarach Wiślanych;
c) na prośbę Cemex Polska na pikniku „Dni zdrowia i BHP";
d) ramach współpracy służb zintegrowanych stoisko edukacyjne na pikniku „Bezpieczny powrót do szkoły".

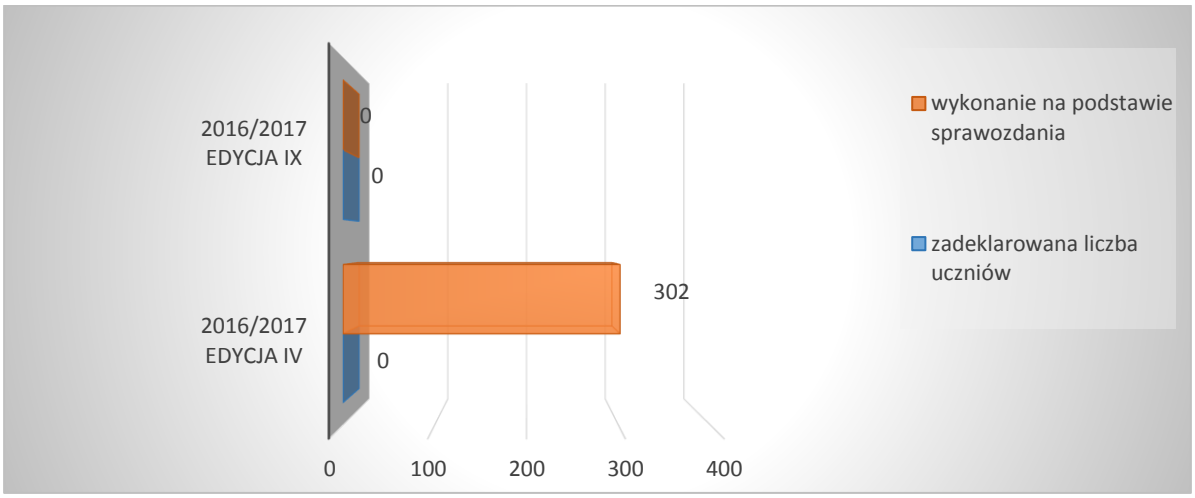
Na stoiskach prowadzono działania edukacyjne z zakresu przeciwdziałania uzależnieniu od tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, edukowano na temat skutków zdrowotnych używania nowych środków zastępczych, tzw. „dopalaczy" oraz zwracano uwagę rodziców na skutki zdrowotne picia napojów energetycznych przez dzieci i młodzież. Prowadzono edukację na temat profilaktyki chorób odkleszczowych, zdrowego odzywania i bezpiecznego grzybobrania. Prowadzono do podmiotów współpracujących (podmioty lecznicze, zakłady pracy, Komenda Stołeczna Policji; placówki oświatowo- wychowawcze) dystrybucję materiałów akcydensowych.

Zamieszczano materiały edukacyjne na stronie internetowej oraz na tablicach informacyjnych w siedzibach PSSE w m.st. Warszawie (ul. Kochanowskiego 21, ul. Cyrulików 35). Edukacją objęto 81 680 osób.

1) Program „ARS, czyli jak dbać o miłość" – opracowany 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 ponadpodstawowych. 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. W roku szkolnym 2016/2017 przeprowadzono IV edycję programu, do której zakwalifikowano 74 placówek (68 placówek, które realizowały program w poprzednich edycjach oraz 6 nowo pozyskanych), – co stanowi 42,5% wszystkich placówek ponadpodstawowych. Ostatecznie program został zrealizowany w 10 placówkach (te placówki przesłały sprawozdanie), co stanowi 5,7% ogółu placówek. Do udziału w V edycji programu w roku szkolnym 2017/2018 zgłosiły się 22 placówki. 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 2017/2018 – takimi danymi nie dysponujemy.



Wykres 3 . Liczba szkół, ponadgimnazjalnych biorących udział w programie „ARS, czyli jak dbać o miłość”.



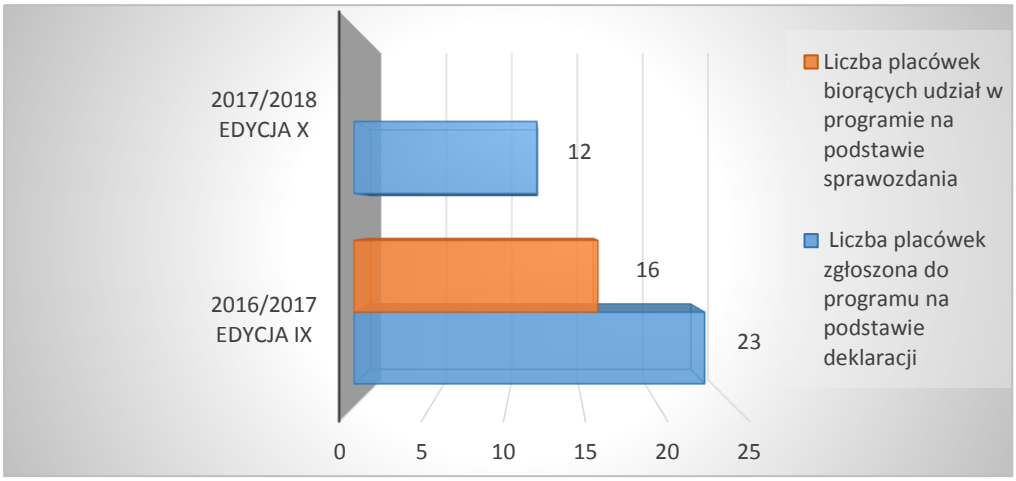
Wykres 4. Liczba uczniów biorących udział w programie „ARS, czyli jak dbać miłość”.

2) W ramach "Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych" w roku 2017 kontynuowano na poziomie lokalnym ogólnopolską kampanię społeczną pn. „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!”. Na poziomie krajowym Kampanię koordynował do końca 2016 roku Główny Inspektorat Sanitarny.
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 2017 r. głównie

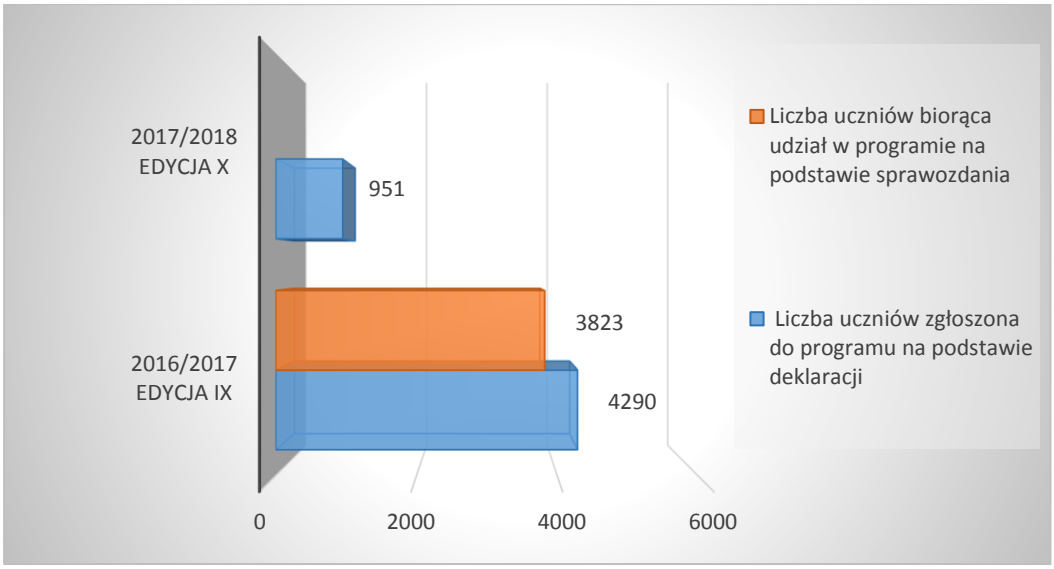
prowadziła dystrybucję materiałów edukacyjno-informacyjnych w formie ulotek i broszur do szkół ponadpodstawowych, ZOZ-ów oraz zakładów pracy. Uzyskano liczbę 12 338 odbiorców działań kampanijnych.

8.3.6. PROGRAMY I INICJATYWY PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

1) Program ,,Wybierz Życie – Pierwszy Krok" dotyczy profilaktyki raka szyjki macicy. Adresowany jest do starszych uczniów (chłopcy i dziewczęta – kl. III) ze szkół gimnazjalnych. Obecnie trzecie klasy gimnazjalne w szkołach podstawowych oraz młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych (kl. I-III). Obecnie klasy I-IV ze szkół ponadpodstawowych, rodziców oraz kadry pedagogicznej. Celem programu jest zmniejszenie występowania raka szyjki macicy i obniżenie umieralności na tę chorobę. W roku szkolnym 2016/2017 udział w programie zadeklarowały 23 placówki oświatowo-wychowawcze, w tym: 8 szkół gimnazjalnych oraz 15 szkół ponadgimnazjalnych. Ze względu na reorganizację placówek zgodnie z nowym prawem oświatowym, część placówek gimnazjalnych wchodzi w skład szkół podstawowych i szkół ponadpodstawowych, co nie daje możliwości przełożenia na wyliczenie danych procentowych. Liczba uczniów zadeklarowana do uczestnictwa w programie w roku szkolnym 2016/2017 wyniosła łącznie 4 290. Program zrealizowało 16 placówek oświatowo-wychowawczych, liczba uczniów biorących udział w programie wyniosła 3823. W bieżącym roku szkolnym 2017/2018 realizowana jest X edycji programu. Udział zadeklarowało 12 nowych placówek oświatowych. Liczba uczniów, którą planuje się objąć edukacją wynosi 951 osób. Poniższe wykresy ilustrują ilościowy udział szkół i uczniów w programie „Wybierz Życie – Pierwszy Krok" na przestrzeni dwóch ostatnich edycji (IX i X) tj. roku szkolnego 2016/2017 oraz 2017/2018.



Wykres 5. Liczba szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych uczestnicząca w programie „Wybierz Życie Pierwszy Krok" oraz deklaracja na rok szkolny 2017/2018.



Wykres 6. Liczba uczniów biorących udział w programie „Wybierz Życie Pierwszy Krok" oraz deklarowana na rok szkolny 2017/2018.

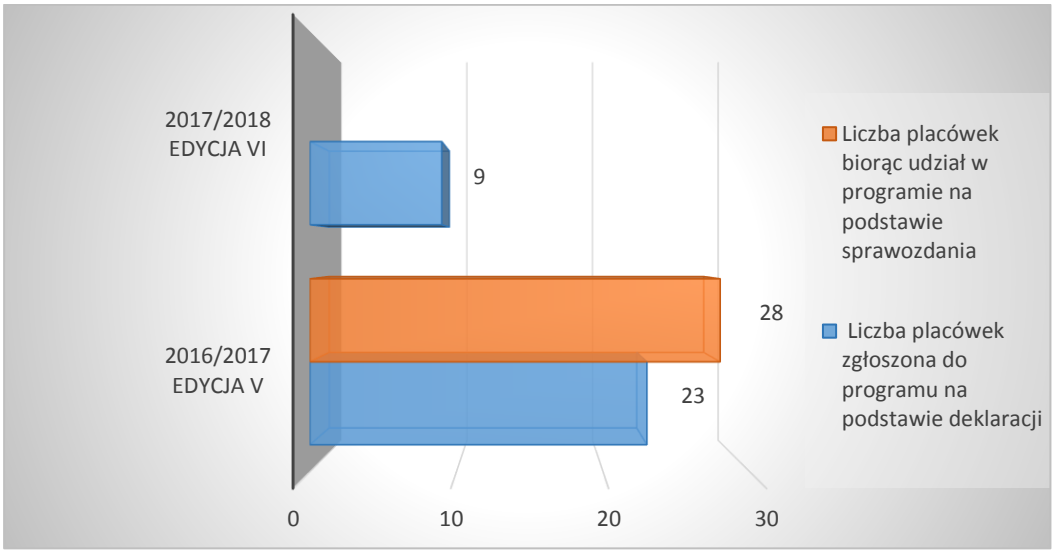
2) Program „Zdrowe Piersi Są OK!" realizowany jest na terenie województwa mazowieckiego. W roku szkolnym 2017/2018 rozpoczęła się już VI edycja programu. Dotyczy profilaktyki raka piersi. Adresowany do uczniów klas I-III (dziewczęta i chłopcy) ze szkół ponadgimnazjalnych. Obecnie klasy I-IV w szkołach ponadpodstawowych, rodziców i kadry pedagogicznej. Celem głównym programu jest kształtowanie wśród uczennic szkół ponadpodstawowych 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.

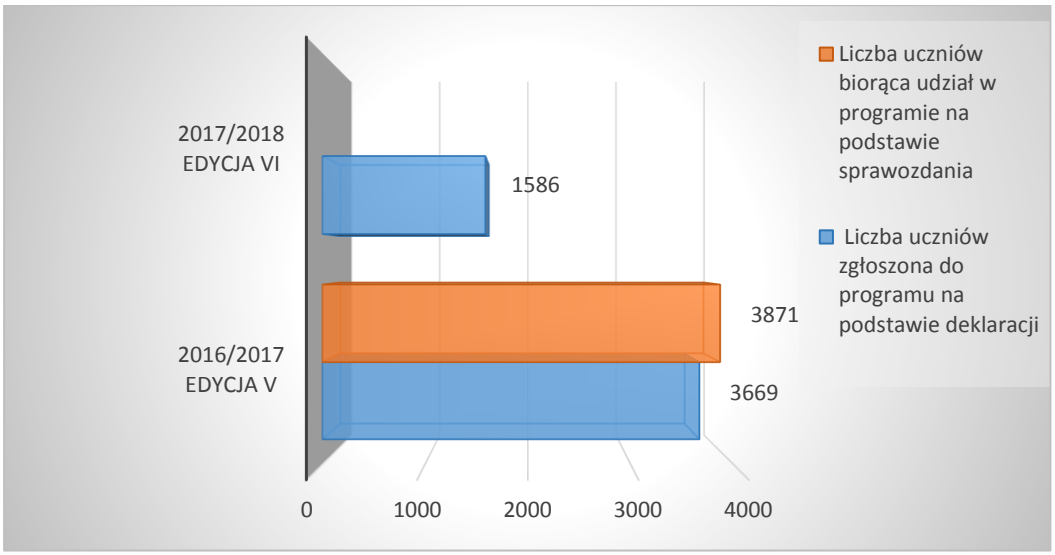
W roku szkolnym 2016/2017 przystąpienie do programu zadeklarowało 23 nowych szkół ponadgimnazjalnych, co stanowi 13,2 % wszystkich szkół ponadgimnazjalnych z m. st. Warszawy. Liczba uczniów zadeklarowanych do realizacji programu wyniosła 3669.

Sprawozdania z realizacji programu przysłało 28 placówek oświatowo-wychowawczych, co stanowi 16 % wszystkich szkół ponadgimnazjalnych z m. st. Warszawy. Edukacją objęto 3871 uczniów.

W bieżącym roku szkolnym 2017/2018 do programu przystąpiło 9 nowych szkół ponadpodstawowych. Natomiast zadeklarowana liczba uczniów z tych szkół wyniosła 1586. Poniższe wykresy ilustrują ilościowy udział szkół i uczniów w programie „Zdrowe Piersi są OK!" na przestrzeni dwóch ostatnich edycji (V,VI) tj. roku szkolnego 2016/2017 oraz 2017/2018.



Wykres 7. Liczba szkół uczestnicząca w programie „Zdrowe Piersi są OK!" oraz deklaracja na rok szkolny 2017/2018.



Wykres 8. Liczba uczniów biorących udział w programie „Zdrowe Piersi są OK!”.

3) Kampania edukacyjna ,,Od Samobadania Piersi Do Mammografii'' – adresowana jest do młodych ludzi w wielu 16 -19 lat. Jej celem jest kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie i życie swoje oraz swojego otoczenia. Działania edukacyjne realizowane przez OPZ w 2017 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. 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;
4) Profilaktyka promieniowania UV- działalność edukacyjna dotyczy promieniowania słonecznego i nadmiernego opalania się, jak również korzystania z solariów. Głównym celem jest wczesne wykrywanie czerniaka skóry, poprzez edukację w zakresie samobadania skóry po ekspozycji

na promienie UVA i UVB. Zwiększenie liczby badań profilaktycznych u specjalistów oraz zmniejszenie odsetka osób umierających z powodu zbyt późnego zdiagnozowania tej choroby. W ramach działań w 2017 r., opracowano własną ulotkę informacyjną, którą przesłano pocztą e- mail, wraz z listem intencyjnym do dyrektorów 447 szkół celem przekazania dzieciom i rodzicom oraz kadrze pedagogicznej. Promieniowanie było również ujęte w prezentacji „Bezpieczne Lato". Materiał informacyjno-edukacyjny umieszczono również na stronie internetowej Powiatowej Stacji oraz na tablicach informacyjnych Urzędu;

a) od 2017 r., w ramach profilaktyki chorób onkologicznych realizowany jest pilotażowy program edukacyjny pn. „Znamię! Znam je?" – adresatami są uczniowie szkół ponadpodstawowych. Celem jest upowszechnienie wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych wiedzy z zakresu profilaktyki czerniaka. W roku szkolnym 2017/2018 pilotażem zostały objęte wybrane szkoły ponadpodstawowe z terenu m.st. Warszawy – 5 placówek. Edukacja zdrowotna skierowana jest do młodzieży klas I-II (łącznie 29 klas, 776 uczniów). Po weryfikacji i ocenie pilotażu planowana jest kontynuacja programu w pozostałych placówkach w kolejnych latach;

5) 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 PSSE w m. st. Warszawie oraz na stronie internetowej urzędu.

Łącznie działaniami z zakresu chorób onkologicznych objęto 12 020 odbiorców.

8.4. PROGRAMY I DZIAŁANIA W ZAKRESIE CHORÓB ZAKAŹNYCH

8.4.1. PROGRAM „WIĘCEJ WIEM MNIEJ CHORUJĘ”

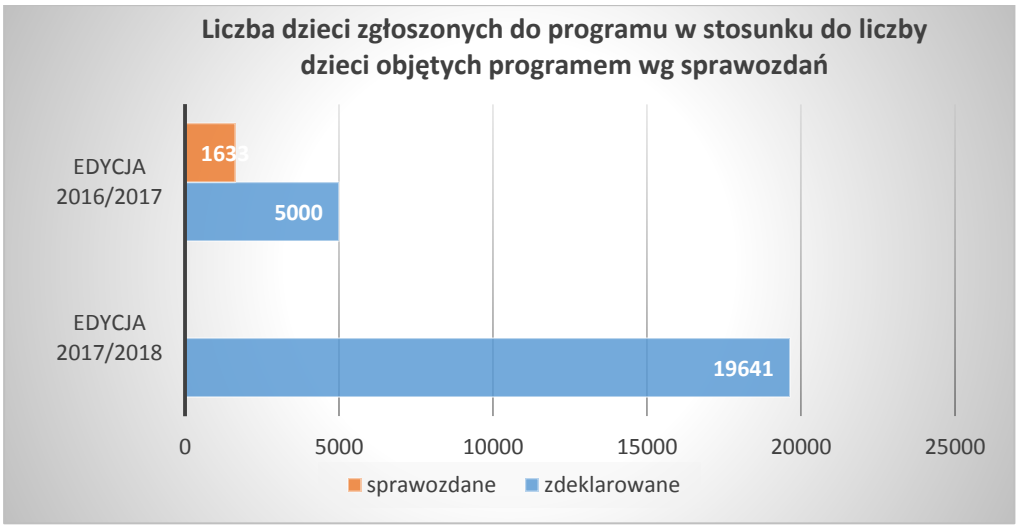
Opracowany przez PSSE w m.st. Warszawie, Oddział Promocji Zdrowia w odpowiedzi na wieloletnią diagnozę prowadzoną w placówkach oświatowych na terenie m.st. Warszawy. Projekt stworzono z myślą o dzieciach przedszkolnych i wczesnoszkolnych gdzie obserwuje się największą zapadalność na choroby zakaźne. Głównym celem programu jest ograniczenie występowania chorób zakaźnych w środowisku dzieci w wieku przedszkolnym (5,6 lat) oraz uczniów klas I-III szkół podstawowych, poprzez higienę rąk oraz wykonywanie szczepień ochronnych. Interwencja łączy edukację z zakresu higieny rąk oraz promocję szczepień ochronnych, która skierowana jest do dzieci, kadry pedagogicznej oraz rodziców.

Po opracowaniu programu, zrealizowano pilotaż w roku szkolnym 2016/2017 w placówkach Dzielnicy Targówek. Do edycji pilotażowej zgłosiło się 26 placówek z czego 17 stanowiły przedszkola. Projekt zakładał realizację 2 scenariuszy zajęć w grupach dzieci przedszkolnych oraz 3 scenariusze dla uczniów szkół podstawowych. Podstawowym oprzyrządowaniem programu przygotowanym przez OPZ był poradnik dla szkolnego/przedszkolnego koordynatora, ulotki informacyjne oraz listy intencyjne dla rodziców, scenariusze zajęć wraz z kolorowymi kartami pracy dla dzieci, prezentacje multimedialne (pomoce merytoryczne) dla koordynatorów programu, plakaty oraz zakładki do książek dla uczniów. W ramach wdrożenia programu przez OPZ oraz przygotowania koordynatorów do realizacji działań w szkole/ przedszkolu, we współpracy z Urzędem Dzielnicy Targówek w dniu 07.03.2017 r. zorganizowano szkolenie metodyczne. W w/w szkoleniu wzięło udział 25 koordynatorów, każdemu z nich przekazano pakiet materiałów potrzebnych do realizacji zajęć. Według otrzymanych sprawozdań program zrealizowały 23 placówki z 26 zgłoszonych. Edukacją objęto 1 633 dzieci.

Wykres 9. Liczba placówek zgłoszonych do dwóch edycji oraz liczba placówek, które zrealizowały program wg sprawozdań.

Kolejnym spotkaniem zorganizowanym w ramach edycji pilotażowej było szkolenie podsumowujące, w którym wzięło udział 19 koordynatorów spośród 26 zgłoszonych placówek. Konferencja podsumowująca pilotaż w Dzielnicy Targówek przyczyniła się do ewaluacji programu.

W wyniku analizy sprawozdań i wniosków wyciągniętych ze spotkania z realizatorami programu OPZ dokonał korekt w projekcie oraz poszerzył go o dodatkowy moduł scenariuszy. Zrezygnowano z ankietyzacji rodziców, którą prowadzono w edycji pilotażowej, która nie przyniosła oczekiwanych efektów oraz nie była miarodajna. Dodano propozycję zajęć dla szkół podstawowych uwzględniając sezonowość zachorowań na poszczególne jednostki chorobowe tj. grypa, WZW typu A, choroby odkleszczowe oraz wszawica. Wzbogacono pakiet materiałów merytorycznych dla koordynatorów zgromadzonych w formie prezentacji multimedialnych.



Wykres 10. Liczba wszystkich dzieci zgłoszonych w deklaracjach do programu w porównaniu z liczbą dzieci objętych edukacją wg sprawozdań.

Po dokonaniu korekty materiałów pilotażowych przeprowadzono nabór do I edycji „Więcej Wiem Mniej Choruję" we wszystkich Dzielnicach m.st. Warszawy. Łącznie w roku szkolnym 2017/2018 chęć uczestnictwa w projekcie zdeklarowało 156 placówek ze wszystkich Dzielnic. Większość z nich 110 stanowią przedszkola, pozostałe 46 szkoły podstawowe. Do I edycji programu zgłoszono 19 641 dzieci.

8.4.2. PROFILAKTYKA HIV/AIDS

W roku 2017 działania profilaktyczne z zakresu HIV/AIDS były realizowane w parciu o Harmonogram Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Opracowano i koordynowano internetowy konkurs wiedzy na temat HIV/AIDS. Jego celem była popularyzacja wiedzy i obalanie mitów związanych z tą tematyką. Wynikiem konkursu było wyróżnienie 4 szkół, z których uczniowie wykazali się merytoryczną wiedzą na temat profilaktyki HIV/AIDS. W teście wiedzy uczestniczyło 180 uczniów. Przygotowano obchody Światowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS (17 maja) oraz Światowy Dzień Walki z AIDS (1 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 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 w ramach zorganizowanej konferencji pn. „W błędnym kole- depresja, dopalacze, HIV" zaprezentowano wykład dotyczący profilaktyki HIV/AIDS. Z tej okazji nawiązano kontakt z Fundacją Edukacji Społecznej, której przedstawiciel wygłosił wykład na tejże konferencji. Ogólna liczba odbiorców, których objęto działaniami z zakresu profilaktyki HIV/AIDS wyniosła 17 280 osób.

8.4.3. PROFILAKTYKA ZAKAŹEŃ MENINGOKOKAMI

Ogólnopolska Kampania Profilaktyki Zakażeń Meningokokowych – „Nie! Dla meningokoków" została zainicjowana w 2008 r., 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 artykuły na stronie internetowej dotyczące ogólnej charakterystyki Inwazyjnej Choroby Meningokokowej, które związane były z obchodami Dnia Sepsy. W związku z prowadzoną akcją zamieszczono materiały edukacyjne gotowe do druku, które zostały odczytane przez 570 osób. Udzielano porad telefonicznych i promowano szczepienia ochronne przeciw zakażeniom meningokokami. Ponadto Oddział Promocji Zdrowia prowadził pogadanki dla uczniów szkół podstawowych w ramach „Akcji Zima w Mieście 2017", dzięki czemu edukacją objęto 926 dzieci. Materiały edukacyjne wydawano placówkom szkolnym oraz zakładom opieki zdrowotnej. Informacje zawierały opis pierwszych objawów zakażenia meningokokami oraz charakterystykę tzw. „testu szklanki". W wyniku podjętych działań uzyskano 1769 odbiorców.

8.4.4. PROFILAKTYKA GRYPY

Celem działań edukacyjnych było zmniejszenie zapadalności na grypę i infekcje grypopodobne we wszystkich grupach wiekowych w szczególności w grupach ryzyka tj. 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. Dodatkowo w ramach szkoleń metodycznych „Więcej Wiem Mniej Choruję" jako dodatkowe materiały wydano uczestnikom szkolenia broszury nt. profilaktyki grypy w liczbie 148 pakietów. Zamieszczono materiał informacyjny na stronie internetowej PSSE wraz z prezentacją do pobrania 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. Materiały dotyczyły m.in. informacji nt. czterowalentnych szczepionek przeciw grypie, sposobu odróżnienia grypy od przeziębienia oraz postępowania w przypadku wystąpienia grypy. Ponadto działania z zakresu zapobiegania grypie zostały włączone w Akcję Bezpieczna Zima, na której przedstawiciele OPZ omawiali temat grypy z dziećmi w ramach pogadanek związanych z okresem ferii zimowych. Łącznie zajęcia przeprowadzono w 22 grupach uczniów wczesnoszkolnych, równocześnie dostarczając koordynatorom szkolnym akcji materiały edukacyjne nt. grypy. W związku z rozpowszechnieniem informacji w okresie sezonu grypowego udało dotrzeć się do grupy 95 243 osób.

8.4.5. PROFILAKTYKA ZAKAŹEŃ HCV

Celem było zwiększenie wiedzy na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, zwiększenie świadomości na temat zachowań ryzykownych oraz zapobieganie zakażeniom wirusem HCV. Działania były prowadzone przez cały rok i kierowano je do ogółu społeczeństwa mieszkańców m. st. Warszawy, dystrybuując głównie materiały edukacyjne. We współpracy z innymi komórkami merytorycznymi PSSE w m. st. Warszawie dokonano dystrybucji materiałów edukacyjno – informacyjnych, dotyczących Projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV", współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach programu współpracy z nowymi członkami Unii Europejskiej. Ulotki informacyjne oraz plany higieny zostały rozdystrybuowane do 79 podmiotów: leczniczych, zakładów usługowych, salonów kosmetycznych, fryzjerskich i tatuażu. Realizowano również kampanię w ramach Międzynarodowego Dnia Walki z Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C (WZW C) obchodzonego

1 października. Przygotowano prezentację multimedialną, którą została zamieszczona na stronie internetowej.

1) W ramach profilaktyki wirusowego zapalenia wątroby typu B i C rozpoczęto realizację programu edukacyjnego pn. „Podstępne WZW”. Adresatami są uczniowie szkół ponadpodstawowych. Do udziału w edycji pilotażowej zostały zaproszone 4 placówki z terenu m. st. Warszawy. W centrum Onkologii odbyło się szkolenie koordynatorów zarówno powiatowych jak i szkolnych.

8.5. PROFILAKTYKA CHORÓB ODKLESZCZOWYCH

Działania edukacyjne z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych skierowane były do ogółu społeczeństwa mieszkańców m. st. Warszawy. Zorganizowano 2 punkty informacyjno – edukacyjne na Bulwarach Wiślanych, przeprowadzono również 73 pogadanki placówkach nauczania i wychowania na temat zagrożeń związanych z kleszczami w ramach Akcji „Lato w Mieście 2017”. Działaniami edukacyjnymi objęto 1756 osób. Ponadto przygotowano materiały akcydensowe, które były dostępne cały rok w formie elektronicznej na stronie internetowej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologiczna w m.st. Warszawie. Łączna liczba odbiorców, do których skierowano działania edukacyjno-informacyjne na temat profilaktyki chorób odkleszczowych wyniosła 6860 osób.

8.6. PROFILAKTYKA CHORÓB 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.

8.7. PROMOCJA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

W celu promocji szczepień ochronnych pracownicy Oddziału Promocji Zdrowia przekazywali materiały akcydensowe do zakładów opieki zdrowotnej na temat szczepień. Łącznie materiały trafiły do 2 738 odbiorców. W związku z obchodami Europejskiego Tygodnia Szczepień opracowano materiały edukacyjno-informacyjne dla pacjentów zakładów opieki zdrowotnej oraz uczniów szkół podstawowych i średnich. Przygotowane prezentacje i gazetki zostały odebrane przez 13 526 uczniów, 1 104 nauczycieli, 5 937 rodziców. Wykorzystanie i udostępnienie materiałów pacjentom potwierdziło 6 zakładów opieki zdrowotnej. Materiały opracowane dla pacjentów były skierowane do seniorów, zawierały informacje nt. szczepień ochronnych przeciw grypie (program 65+), dawkach przypominających. Dodatkowo OPZ zorganizował wystawy na terenie Stacji dotyczące Europejskiego Dnia Szczepień, ponadto zorganizowano ekspozycje stałą dotyczącą profilaktyki szczepiennej w podróży. Razem odbiorców wszystkich ekspozycji w PSSE było 6 910 osób. Działaniami łącznie objęto 34 411 osób.

8.8. INNE DZIAŁANIA EDUKACYJNE W RAMACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ

1) AKCJA „ZIMA W MIEŚCIE”(ZWM) - akcja „Bezpieczne Ferie” dotyczy propagowania bezpiecznego spędzania wolnego czasu podczas zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży na terenie miasta stołecznego Warszawy. Adresatem akcji byli: dzieci i młodzież biorące udział w ogólnomiejskim programie „Bezpieczne Ferie” opiekunowie, wychowawcy, pedagodzy i rodzice. Celem było przekazanie wiedzy na temat:
    a) Profilaktyki uzależnień w tym substancji psychoaktywnych – „Dopalaczy”;
    b) Profilaktyki grypy;
    c) Higieny brudnych rąk;
    d) Profilaktyki bezpiecznych zachowań w czasie ferii;
    e) Zasad zdrowego żywienia;
    f) Profilaktyki choroby meningokokowej.

    Działaniami edukacyjnymi objęto 346 dzieci i 143 nauczycieli- odbiorcy pogadanek i wykładów. Opracowano i wysłano do 22 koordynatorów dzielnicowych prezentację multimedialną, którą placówki wykorzystały podczas

zajęć. Koordynatorzy z tych Placówek przesłali informacji zwrotną dotyczącą liczby odbiorców, liczby form i liczby spotkań edukacyjnych. W ramach zimowego wypoczynku pracownicy Oddziału PZ wygłosili 108 pogadanek z projekcją prezentacji na temat:

a) profilaktyki grypy;
b) profilaktyki bezpiecznych zachowań podczas ferii;
c) profilaktyki zażywania substancji psychoaktywnych;
d) profilaktyki choroby meningokokowej;
e) profilaktyki higieny brudnych rąk;
f) profilaktyki zasad zdrowego żywienia.

Przekazano partnerom materiały do wykorzystania w pracy z dziećmi. Materiały edukacyjne zamieszczono na tablicach informacyjnych i stronie internetowej PSSE. Działaniami edukacyjnymi objęto 13 180 dzieci, młodzieży nauczycieli i opiekunów.

2) AKCJA „LATO W MIEŚCIE" (LWM) - akcja „Bezpieczne Wakacje" dotyczy propagowania bezpiecznego spędzania wolnego czasu podczas letniego wypoczynku dzieci i młodzieży na terenie miasta stołecznego Warszawy. Adresatem akcji byli: dzieci i młodzież biorące udział w ogólnomiejskim programie „Bezpieczne Wakacje", opiekunowie, wychowawcy, pedagodzy i rodzice. Pracownicy oddziału OPZ nawiązali współpracę z 190 placówkami biorącymi udział w akcji „Bezpieczne Wakacje" a działaniami edukacyjnymi objęto 97 430.

W ramach letniego wypoczynku pracownicy OPZ wykonali 38 projekcji filmu edukacyjnego na temat profilaktyki chorób odkleszczowych oraz wygłosili 275 pogadanek nt.:

a) „Kleszcz mały czy duży nic dobrego nie wróży";
b) „Bezpieczne zachowanie nad wodą, w górach i w lesie";
c) „Promieniowanie UV i jego wpływ na zdrowie (profilaktyka czerniaka skóry);
d) „Zasady zdrowego żywienia";
e) "Skutki zdrowotne zażywania środków psychoaktywnych- Dopalaczy".

W zajęciach uczestniczyło 36 115 dzieci oraz opiekunów i wychowawców. Każdy z uczestników spotkania edukacyjnego miał możliwość sprawdzenia swojej wiedzy. Dzieci brały udział w quizie i krzyżówce na koniec spotkania.

Opiekunom i wychowawcom przekazano ulotki, prezentację multimedialną oraz film do wykorzystania w zajęciach z pozostałymi uczestnikami letniego wypoczynku w późniejszym terminie. Na podstawie informacji zwrotnej otrzymanej od 22 koordynatorów dzielnicowych – opiekunowie w placówkach sprawujących opiekę nad dziećmi podczas letniego wypoczynku przeprowadzili 54 pogadanki na podstawie materiałów opracowanych przez pracowników OPZ. Nowością przygotowaną przez Oddział Promocji Zdrowia PSSE w m.st. Warszawie na zajęcia z dziećmi były warsztaty edukacyjne na temat zasad zdrowego żywienia. Znaczna część tegorocznej prezentacji poświęcona była zasadom bezpiecznego korzystania z kąpieli słonecznych podczas letniego wypoczynku. W trakcie wyświetlania prezentacji multimedialnej omówiono rodzaje promieniowania, budowę skóry człowieka oraz zasadność stosowania kremów ochronnych, nakrycia głowy i okularów przeciwsłonecznych. Wytłumaczono dzieciom jakie są niebezpieczeństwa przy nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne (poparzenia, czerniak, odwodnienie, udar). Wymieniono czynniki wpływające na rozwój nowotworu skóry – czerniaka. Wyjaśniono o jakiej porze dnia najbezpieczniej przebywać na słońcu. Omówiono konsekwencje nadmiernego przebywania na słońcu.

Pracownicy OPZ uczestniczyli w Pikniku na Agrykoli inaugurującym akcję „Bezpieczne Wakacje” na którym zorganizowano stoisko informacyjno – edukacyjne. Czynnie uczestniczono w zorganizowanej akcji o charakterze edukacyjno-aktywizującym na Bulwarach Wiślanych, która miała na celu propagowanie bezpiecznego i zdrowego spędzania wolnego czasu podczas letniego wypoczynku dzieci i młodzieży na terenie miasta stołecznego Warszawy.

3) PROFILAKTYKA CHORÓB ODZWIERZĘCYCH- mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa przed chorobami odzwierzęcymi, zorganizowano akcję informacyjną nt. zoonoz związaną z obchodami Dnia Profilaktyki Wścieklizny. W ramach interwencji przygotowano ekspozycje wizualną na tablicach ogłoszeniowych PSSE w m.st. Warszawie, prezentację multimedialną oraz artykuł na stronę internetową Stacji. Ponadto przez cały rok prowadzono dystrybucję materiałów akcydensowych, które wydano 2 570 odbiorcom z 7 placówek oświatowych oraz 3 zakładów opieki zdrowotnej. Łącznie działaniami edukacyjno-informacyjnymi objęto 6253 osób.

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 Tygodnia Walki z Antybiotykoopornością pracownicy OPZ zamieścili artykuł wraz z materiałami graficznymi na stronie internetowej oraz przygotowali gazetkę informacyjną w Stacji przy ul. Kochanowskiego 21 i ul. Cyrulików 35. Zadania profilaktyczne były prowadzone przez pracowników Oddziału Promocji Zdrowia cały rok, ze szczególną uwagą 16-22 listopada - Tydzień Wiedz o Antybiotykach. Prowadzono całoroczną dystrybucję materiałów edukacyjnych poświęconych tematyce antybiotykooporności. Materiały edukacyjno- informacyjne zostały przekazane do Podmiotów Lecznictwa Otwartego, z przeznaczeniem dla pacjentów oraz personelu medycznego. Łączna liczba odbiorców wyniosła 11 060 osób.
5) PROFILAKTYKA WSZAWICY - w związku z obecnym zjawiskiem wszawicy w placówkach oświatowo-wychowawczych prowadzono zajęcia edukacyjne dla nauczycieli i rodziców. Celem działań było podnoszenie wiedzy na temat sposobów zapobiegania wszawicy oraz wspieranie dyrekcji w zakresie regulacji prawnych dotyczących przeglądu i profilaktyki wszawicy w szkole. W czterech spotkaniach edukacyjnych dla rodziców w szkołach uczestniczyło 115 osób. Podczas szkoleń dotyczących programu edukacyjnego na temat chorób zakaźnych wygłoszono wykłady na temat problemu wszawicy w placówkach

oświatowo-wychowawczych. Edukacją objęto 175 nauczycieli. Ponadto przeprowadzono akcję profilaktyczną dotyczącą zapobiegania wszawicy w Przedszkolach i Szkołach Podstawowych, której celem było budowanie świadomości dotyczącej profilaktyki wszawicy wśród społeczności rodziców/opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym poprzez przypominanie i zrozumienie podstawowych wiadomości dotyczących profilaktyki wszawicy. Przygotowano materiały edukacyjne skierowane do rodziców i wysłano je do placówek. Do akcji przystąpiło 124 przedszkoli i szkół. Działaniami edukacyjnymi objęto 45 603 osób.

6) Kampania „BEZPIECZNY SENIOR" - Akademia Seniora – projekt rozpoczął się w 2014 r. na terenie województwa Mazowieckiego pn.: „Mazowiecka Akademia Seniora" MAS). 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. Pracownicy OPZ przygotowali ulotki informacyjne, które rozesłano do Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Zakładów Lecznictwa Otwartego oraz Klubów Seniora na terenie m. st. Warszawy. Opracowano i zamieszczono artykuły na stronie internetowej i tablicach ogłoszeń w PSSE w m. st. Warszawie w ramach :
   a) Światowego Dnia Chorych na Parkinsona;
   b) Światowego Dnia Choroby Alzheimera;
   c) Międzynarodowego Dnia Osób Starszych.

   Edukacją objęto 450 100 osób.
7) PROFILAKTYKA ZATRUĆ GRZYBAMI- zorganizowano wystawę grzybów pn. „Poznaj grzyby- unikniesz zatrucia", na którą zostały zaproszone dzieci z placówek przedszkolnych z dzielnicy Rembertów. Zięcia składały się z pogadanki i warsztatów na temat profilaktyki zatruć grzybami. Omawiano zasady bezpiecznego zachowania w lesie, rodzaje i gatunki grzybów jakie występują w polskich lasach. Podczas wyświetlania prezentacji multimedialnej pt. „ABC wiedzy o grzybach" dokładnie wytłumaczono skutki zatruć grzybami oraz gatunki grzybów jadalnych, które są najczęściej mylone z gatunkami

grzybów trujących. Przeprowadzono warsztaty, podczas których dzieci mogły obejrzeć modele grzybów wyeksponowane na makiecie imitującej ich naturalne środowisko a także mogły zapoznać się z budową grzybów (blaszki i rurki). Na zakończenie warsztatów lepiły z plasteliny własne modele grzybów.

Na Bulwarach wiślanych przygotowano stoisko edukacyjne, na którym odbiorcy (400 osób) mogli uzyskać elementarną wiedzę na temat rozpoznawania i zbierania grzybów oraz odróżniać grzyby jadalne od niejadalnych i trujących. Działania te wzmacniane były poprzez prezentację modeli grzybów, rozdawnictwo materiałów edukacyjnych i wystawę plansz dydaktycznych.

Pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m.st. Warszawie przygotowali także materiały edukacyjne, które zostały dostarczone drogą e-mailową do warszawskich szkół. 13 placówek oświatowych przekazało informację zwrotną na temat czynnego wykorzystania materiałów. W ramach tej interwencji przeprowadzono 12 pogadanek oraz 1 formę warsztatową, dodatkowo przesłane informacje zostały umieszczone w formie gazetek oraz jako informacja na stronie internetowej szkoły. Działaniami dotyczącymi profilaktyki zatruć grzybami objęto 4945 odbiorców.

8) KAMPANIA „LEKKI TORNISTER” - Zgodnie z wytycznymi organu nadrzędnego, przez cały rok 2017 PSSE w m.st. Warszawie aktywnie pośredniczy w przekazywaniu materiałów i kierowaniu pisma do dyrektorów placówek dotyczących V edycji 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. Z terenu m.st Warszawy, Fundacja Rosa wyłoniła 15 placówek. Materiał informacyjno-edukacyjny dotyczący V edycji projektu pn. „Lekki Tornister” rozpropagowany został w następujący sposób:
   a) informację umieszczono na stronie internetowej PSSE w m.st. Warszawie;
   b) założenia kampanii przedstawiono na tablicy informacyjnej w obydwu siedzibach PSSE w m.st. Warszawie;
   c) informację przekazano na spotkaniach informacyjnych w szkołach podczas inauguracji roku szkolnego.

   Materiały przekazano do 15 placówek biorących udział w kampanii.

8.9. 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, 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 samych 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 2017 r.

Do zagrożeń życia i zdrowia ludzkiego, pozostającymi w obszarze odpowiedzialności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które miały miejsce na terenie m. st. Warszawy w 2017 r. zaliczyć należy zagrożenia spowodowane działalnością o przypuszczalnym charakterze terrorystycznym z użyciem czynnika biologicznego (bioterroryzm), występowanie chorób zakaźnych oraz podejrzenie wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie jako podmiot odpowiedzialny za bezpieczeństwo zdrowotne ludności m. st. Warszawy, przeciwdziałając powyższym zagrożeniom, podejmował działania zapobiegawcze i ograniczające ich skutki, które polegały na prowadzeniu bieżącego nadzoru nad sytuacją epidemiologiczną, zbieraniu informacji o potencjalnych zagrożeniach, czynnym udziale w akcji ratowniczej w rejonie zdarzenia, a także współdziałaniu z innymi podmiotami Systemu zarządzania kryzysowego m. st. Warszawy.

Żeby skutecznie realizować zadania z zakresu zarządzania kryzysowego, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie utrzymuje całodobowy, telefoniczny kontakt dla społeczeństwa poprzez organizację Systemu dyżurów pod telefonem alarmowym. W 2017 r. doskonalono działanie niniejszego Systemu przez wdrażanie usprawnień funkcjonalno-organizacyjnych oraz szkolenia pracowników zaangażowanych w jego działanie.

W 2017 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie przyjął 86 interwencji przez telefon alarmowy, z czego 18 dotyczyło zdarzeń o przypuszczalnym charakterze bioterrorystycznym w postaci podejrzanych i niezidentyfikowanych przesyłek, mogących zawierać potencjalnie niebezpieczną substancję. Przesyłki te, adresowane były do zarówno instytucji państwowych jak i prywatnych przedsiębiorstw dyslokowanych na obszarze m. st. Warszawy. Dzięki sprawnym działaniom przedstawicieli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie w akcjach ratowniczych, udało się w porę zapobiec zagrożeniom, a żadna z osób poszkodowanych nie odniosła uszczerbku na zdrowiu. Na uwagę zasługuje również bliska współpraca w tym zakresie z Wojewódzką Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną w Warszawie oraz z przedstawicielami Państwowej

Państwowej Straży Pożarnej, Policji i innych służb zarówno w działaniach ratowniczych jak i organizacyjno-konsultacyjnych.

Wśród wszystkich przyjętych interwencji 6 dotyczyło wystąpienia chorób zakaźnych, z czego jedna związana była z podejrzeniem zawleczenia choroby szczególnie niebezpiecznej wysoce zakaźnej z jednego z afrykańskich krajów. Niezwłocznie po otrzymanych zgłoszeniach Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie podejmował działania związane z nadzorem i dochodzeniem epidemiologicznym oraz blisko współpracował z zainteresowanymi stronami. Działania te pozwoliły na eliminacje ww. zagrożeń, a także sprzyjały w ograniczeniu, mogących pojawić się, negatywnych skutków. Pozostałe interwencje dotyczyły codziennej działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie, które nie stanowiły bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia mieszkańców Warszawy.

Ponadto Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie przeprowadził szkolenia w Sądzie Okręgowym w Warszawie oraz w Biurze Podatków i Egzekucji Urzędu m. st. Warszawy dla pracowników tych instytucji. Celem niniejszych szkoleń było zapoznanie zainteresowanych z tematem zagrożeń wynikających z działalności bioterrorystycznej, ze szczególną uwagą na postępowanie z podejrzaną przesyłką. Takie działanie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie, polegające na propagowaniu wiedzy o istniejących zagrożeniach, sprzyja utrzymywaniu właściwego poziomu bezpieczeństwa w m. st. Warszawy.

Podsumowując, pojawiające się negatywne zdarzenia w roku 2017, dzięki wysiłkom Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie oraz pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie, nie stanowiły zagrożenia dla mieszkańców Warszawy. Rozwiązania funkcjonalno-organizacyjne wprowadzane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawy w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w m. st. Warszawie w zakresie zarządzania kryzysowego pozwalają na skuteczną walkę z pojawiającymi się zagrożeniami. Istotne w tym zakresie są odpowiednio przygotowane i stale dopracowywane procedury postępowania, wykwalifikowany personel oraz umiejętność współpracy z innymi podmiotami Systemu zarządzania kryzysowego, zarówno podczas reagowania na sytuacje kryzysowe jak i w ramach szkoleń i treningów.

10. WNIOSKI

1. Zgodnie z podjętymi ustaleniami dotyczącymi rozprzestrzeniania szczepów CPE/NDM Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie odbywał narady z Dyrektorami/Prezesami Szpitali oraz Zespołami Kontroli Zakażeń Szpitalnych w celu minimalizacji występowania niepożądanych zdarzeń.
2. W roku 2017 nastąpił znaczny wzrost zachorowań na WZW A.
3. Choroby zakaźne przywleczone z terenów ich endemicznego występowania były pod szczególnym nadzorem Sekcji Zwalczania Chorób Zakaźnych i nie stanowiły zagrożenia dla mieszkańców m. st. Warszawy.
4. Problem stanowi również wdrożenie nadzoru epidemiologicznego nad chorymi na gruźlicę bezdomnymi, przebywającymi na terenie m. st. Warszawy.
5. Stan zaszczepienia ludności Warszawy dotyczący szczepień obowiązkowych utrzymuje się na wysokim poziomie. Niemniej jednak zauważalny jest wzrost dzieci nieszczepionych W szczególności dotyczy to szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce.
6. Od kilku lat wzrasta liczba osób (rodziców/ opiekunów prawnych) odmawiających wykonania szczepień obowiązkowych.
7. 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”).
8. 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).
9. Widoczny jest problem braku środków finansowych będących w dyspozycji placówek publicznych, które mogłyby przeznaczyć na poprawę warunków technicznych użytkowanych budynków (remonty, prace konserwatorskie, wymianę wyposażenia).
10. 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.

11. Wyraźnie zauważalny jest wzrost liczby interwencji mieszkańców Warszawy dotyczący występowania pluskiew w obiektach hotelarskich i lokalach mieszkalnych, jak również w częściach wspólnych budynków. Zgłoszenia są odbierane z terenu całej Warszawy.
12. Prowadzone działania w ramach bieżącego nadzoru nad zakładami pracy pokazały, że stan sanitarnohigieniczny zakładów pozostał na podobnym poziomie jak w roku poprzednim.
13. Kontynuowane są działania w zakresie nadzoru nad zakazem wprowadzania do obrotu środków zastępczych. W 2017 r. stwierdzono spadek o 10% (w stosunku do roku 2016) zatruć środkami zastępczymi.
14. Podjęte działania kontrolne w obiektach żywieniowo-żywnościowych, w okresie przed i w trakcie szczytu UNESCO, skutkowało brakiem interwencji uczestników ww. wydarzeń dotyczących m.in. niewłaściwego stanu sanitarnohigienicznego obiektów czy niewłaściwej jakości zdrowotnej żywności.
15. W ramach stałej współpracy ze Strażą Miejską przedstawiciele PPIS czynnie przyczynili się do znacznego ograniczenia nielegalnego handlu żywnością na ulicach Warszawy .
16. W 2017 r. stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywieniowych zlokalizowanych na terenie m.st. Warszawy uległ nieznacznej poprawie, o czym świadczy mniejsza liczba wydanych decyzji nakazujących (2015 - 806, 2016 – 739, 2017 - 515) oraz liczba nałożonych mandatów (2015 – 1444/416300 PLN, 2016 – 1382/407600, 2017 - 317960).
17. Przeprowadzone kontrole wykazały niezgodności realizacji inwestycji z projektem budowlanym lub obowiązującymi przepisami w 60,4% skontrolowanych obiektów; w 95 % analizowaną dokumentację projektową uzgodniono z zastrzeżeniami lub oceniono negatywnie.
18. W 2017 r. PPIS w m.st. Warszawie utrzymywał stały kontakt telefoniczny z mieszkańcami Warszawy celem szybkiego reagowania w przypadkach: zagrożenia spowodowanego działalnością o przypuszczalnym charakterze terrorystycznym z użyciem czynnika biologicznego (bioterroryzm), wystąpieniem chorób zakaźnych oraz podejrzeniem wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej.