

# Zgłaszalność chorób zakaźnych. Cz. I . Ocena świadomości lekarzy dotycząca zgłaszania chorób zakaźnych do inspekcji sanitarnej

## Notifiability of infectious diseases. Part I. Assessment of physicians' awareness regarding reporting infectious diseases to the Sanitary Inspection

MAŁGORZATA GODALA, FRANCISZEK SZATKO

Katedra Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wprowadzenie.** W Polsce maleje liczba rejestrowanych chorób zakaźnych. Nieznana jest jednak odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu wynika to z niskiej, a tym samym fałszywej zgłaszalności chorób zakaźnych, a w jakim – z autentycznej ich profilaktyki i leczenia? Pojawiają się wypowiedzi autorzytetów z zakresu epidemiologii i chorób zakaźnych wskazujące, że około 50% chorób zakaźnych nie jest zgłaszanych.

**Cel pracy.** Ocena świadomości lekarzy POZ nt. obowiązku zgłaszania chorób zakaźnych i ich rzeczywista zgłaszalność do inspekcji sanitarnej oraz identyfikacja barier zgłaszalności chorób zakaźnych.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 367 lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej w trzech województwach: łódzkim, mazowieckim i wielkopolskim. Informacje od lekarzy gromadzono posługując się kwestionariuszem wywiadu.

**Wyniki.** Większość badanych stanowiły kobiety (55,9%), osoby powyżej 35 roku życia (79,3%), z co najmniej 10-letnim stażem pracy (69,5%). Ponad połowa lekarzy (55,9%) pracowała w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Jedynie 42,2% lekarzy była świadomych obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zakaźnych do inspekcji sanitarnej, w tym 40% wypełniała ten obowiązek (16,9% ogółu badanych). 61,3% badanych lekarzy deklarowało wiedzę nt. obowiązku zgłaszania chorób zakaźnych, spośród których 82,7% deklarowało wypełnianie tego obowiązku (50,7% ogółu badanych). Brak sprecyzowanych zasad zgłaszania chorób zakaźnych w miejscu pracy zadeklarowało 27,5% respondentów.

**Wnioski.** Większość badanych lekarzy nie zna przepisów Ustawy o Chorobach Zakaźnych i Zakażeniach. Większość lekarzy zgłaszających choroby zakaźne kierowała się własnymi zasadami i kryteriami oceny ich ważności. Lekarze bardziej rygorystycznie przestrzegali obowiązku zgłaszania rozpoznań niż podejrzeń chorób zakaźnych. Wg relacji badanych lekarzy, niemal połowa rozpoznań chorób zakaźnych nie zostaje zgłoszonych. Istnieje duże zróżnicowanie poziomu świadomości/nieświadomości lekarzy w poszczególnych województwach.

**Słowa kluczowe:** choroby zakaźne, zgłaszalność, podstawowa opieka zdrowotna, inspekcja sanitarna

**Introduction.** The number of registered infectious diseases in Poland decreases. Unanswered however remains the question whether it is the result of low and therefore falsified registration or their authentic prevention and treatment. The experts indicate that about 50% of cases are not reported.

**Aim.** The assessment of the primary health care physicians' awareness of their obligation to notify the Sanitary Inspection and the identification of the barriers of notifiability of infectious diseases.

**Material and methods.** The study comprised 367 physicians of primary health care in 3 regions of Poland: Lodz, Mazowsze and Wielkopolska. A questionnaire method was employed.

**Results.** The majority of the respondents were women (55.9%), persons over 35 years of age (79.3%), with at least 10 years of professional experience (69.9%). More than half (55.9%) were employed in public health care institutions. Only 42.2% were aware of their obligation to report the infectious disease suspicion to the Sanitary Inspection; with 40% reporting (16.9%). 61.3% declared knowledge of the obligation to report infectious diseases; among those – 82.7% declared fulfilling that obligation (50.7%). Lack of precise regulations of reporting infectious diseases at the workplace declared 27.5% of the respondents.

**Conclusions.** The majority of the surveyed physicians do not know the regulations of the Act of Infectious Diseases and Infections. The majority reporting infectious diseases followed their own criteria to assess the disease importance. The physicians were more rigorous in fulfilling the obligation to report the disease diagnosis than the disease suspicion. According to the respondents nearly half of the diagnosed infectious diseases are not reported. The levels of the physicians' awareness concerning the problem differ significantly in each region.

**Key words:** infectious diseases, notifiability, primary health care, Sanitary Inspection

© Probl Hig Epidemiol 2010, 91(2): 198-205

www.phie.pl

Nadesłano: xxx

Zakwalifikowano do druku: xxx

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Małgorzata Godala

dr hab. n. med. prof. nadzw. Franciszek Szatko

Katedra Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

ul. Jaracza 63, 90-251 Łódź, tel. (0 42) 678 16 88, fax (042)678 67 66

e-mail: malgorzata.godala@umed.lodz.pl

## Wykaz skrótów:

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

NZOZ – niepubliczny zakład opieki zdrowotnej

PSSE – powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna

## Wstęp

Mimo bezdyskusyjnego postępu medycyny, profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych nadal stwarzają poważne problemy. W Polsce, w minionych 10 latach, systematycznie, aczkolwiek w bardzo wolnym tempie maleje liczba rejestrowanych chorób zakaźnych. Najczęściej występującymi są: grypa i infekcje grypopodobne, zatrucia pokarmowe, zakażenia wirusami hepatotropowymi, biegunki u dzieci do lat 2, ospa wietrzna i świnka [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Pomimo tego optymistycznego obrazu epidemiologicznego, z dużym niepokojem i coraz częściej wskazuje się na te rzeczywiste i potencjalne skutki społeczne, demograficzne, ekonomiczne, a nawet polityczne, które mogą lub już towarzyszą chorobom zakaźnym o nie do końca poznanej etiopatogenezie. Scenariusze niekorzystnego rozwoju pandemii wywołanej np. zmutowanymi wirusami grypy czy niekontrolowanym rozwojem HIV/AIDS, nie tylko w Afryce subsaharyjskiej, ale również w krajach azjatyckich i krajach Europy Wschodniej, są bardzo poważne.

O skutecznej walce z chorobami zakaźnymi decyduje w pierwszym rzędzie sprawny system nie tylko zgłaszania już rozpoznanych chorób zakaźnych ale również sprawny system szybkiego powiadamiania o ich podejrzeniu. Obowiązek zgłaszania chorób zakaźnych i zasady monitorowania ich przebiegu określiła w 1999 r. Komisja Europejska jako organ wykonawczy Unii Europejskiej, a następnie powołane w 2005 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych. Tworzona sieć nadzoru i epidemiologicznej kontroli chorób zakaźnych ma właśnie gwarantować szybką (natychmiastową) wymianę informacji na temat rzeczywistego i prawdopodobnego ich rozprzestrzeniania się.

Duża dynamika zjawisk medycznych i pozamedycznych towarzyszących chorobom zakaźnym jest powodem częstych nowelizacji prawnych. Do końca 2001 r. nadzór nad chorobami zakaźnymi w Polsce regulowany był na podstawie Dekretu o zwalczaniu chorób wenerycznych (1946 r.), Ustawy o zwalczaniu gruźlicy (1959 r.) oraz Ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych (1963 r.). Wprowadzona w 2002 r. Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach nałożyła m.in. na lekarzy obowiązek zgłaszania w ciągu 24 godzin, na odpowiednim formularzu, podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej do właściwego, ze względu na miejsce zachorowania, powiatowego inspektora sanitarnego. Zawierała ona bardziej rozbudowaną

(w porównaniu do poprzednich) listę chorób objętych nadzorem sanitarno-epidemiologicznym oraz wzór formularza, na którym należy dokonać zgłoszenia. Obecnie obowiązuje Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, 2008 r.). W kwestii zgłaszania podejrzeń i rozpoznań chorób zakaźnych nowa ustawa zmieniła w stosunku do poprzedniej jedynie listę chorób zakaźnych, ograniczając ich liczbę do 59 [7, 8, 9].

Na podstawie przesłanych zgłoszeń chorób zakaźnych powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne (PSSE) sporządzają sprawozdania (dwutygodniowe, kwartalne, roczne) o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażenia i zatrucia, które przesyłane są następnie do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych [10, 11]. System ten ma, z jednej strony, umożliwić szybkie zastosowanie środków profilaktycznych natury medycznej, z drugiej strony, umożliwić podjęcie szeregu decyzji natury organizacyjnej na poziomie województwa, kraju czy międzynarodowym. W polskiej literaturze medycznej (epidemiologicznej) nie można spotkać pogłębionego opracowania na temat skuteczności obecnego systemu powiadamiania o chorobach zakaźnych. Pojawiają się okresowo jedynie wypowiedzi autorytetów z zakresu epidemiologii i chorób zakaźnych (Główny Inspektor Sanitarny, Krajowy Specjalista ds. Epidemiologii) wskazujące że, około 50% chorób zakaźnych nie jest zgłaszane.

## Cel pracy

Opisana wyżej niepokojąca sytuacja obliguje do postawienia następujących pytań:

- jaka jest świadomość lekarzy, głównie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), na temat obowiązku zgłaszania chorób zakaźnych do inspekcji sanitarnej?
- jaki odsetek podejrzeń i już zaistniałych chorób zakaźnych jest rzeczywiście zgłaszanych przez lekarzy POZ do inspekcji sanitarnej?
- jakie są w polskim systemie opieki zdrowotnej bariery zgłaszalności chorób zakaźnych?
- jakie działania reformatorskie mogą poprawić obecną niską zgłaszalność tych chorób?

Nieznana jest odpowiedź na kluczowe pytanie – w jakim stopniu wspomniana na wstępie zmniejszająca się zapadalność jest efektem niskiej, a tym samym fałszywej zgłaszalności chorób zakaźnych, a w jakim jest skutkiem autentycznej profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych?

## Materiał i metody

Badaniami objęto 367 lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej w trzech województwach: łódzkim, mazowieckim i wielkopolskim.

Informacje od lekarzy gromadzono posługując się autorskim kwestionariuszem wywiadu. Badanie prowadzono wśród lekarzy, za zgodą ich przełożonych, w II połowie 2008 r. W analizie logicznej i statystycznej uwzględniono m.in. podział na placówki publiczne i niepubliczne, staż pracy lekarzy i płeć. Silnie akcentowana anonimowość badania wpłynęła na wysoką zwrotność wypełnionych kwestionariuszy (82%) oraz wyzbycie się badanych lekarzy obawy przed ewentualnymi konsekwencjami niezgłoszenia chorób zakaźnych. Kwestionariusz wywiadu umożliwił pozyskanie informacji nie tylko o status quo w konkretnym miejscu pracy lekarzy, ale również o barierach organizacyjnych, świadomościowych i ekonomicznych utrudniających zgłaszalność chorób zakaźnych. Respondenci wskazali również, jak ich zdaniem, w uwarunkowaniach polskiego systemu opieki zdrowotnej, powinien funkcjonować sprawny system zgłaszania chorób zakaźnych. W badaniu koncentrowano się zarówno na zgłaszaniu już rozpoznanych chorób zakaźnych, jak i na zgłaszaniu podejrzeń. Siłę zbadanych związków przyczynowo-skutkowych określono stosując nieparametryczny test  $\chi^2$  dla poziomu istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Większość badanych stanowiły: kobiety (55,9%), osoby powyżej 35 roku życia (79,3%), z co najmniej 10-letnim stażem pracy (69,5%). Ponad połowa lekarzy (55,9%) pracowała w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

### Świadomość lekarzy nt. obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zakaźnych

Spośród wszystkich badanych lekarzy jedynie 42,2% jest świadomych obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zakaźnych do inspekcji sanitarnej (tab. I).

Co czwarty uważa, iż przed zgłoszeniem konieczne jest wykonanie badań sugerujących występowanie choroby, a co piąty twierdzi, że nie ma bezwzględnego obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zawodowych. Ponad 7% respondentów kieruje się własnym uznaniem, co do wyboru jednostek chorobowych, które należy zgłaszać. Nieliczni badani (ponad 2%) przyznali, że nie wiedzą o obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zakaźnych lub jest to problem leżący w gestii ich przełożonego. Stwierdzono zależność między wiedzą lekarzy nt. obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zakaźnych a ich miejscem pracy ( $\chi^2=26,51$ ,  $p < 0,05$ ,  $C=0,257$ ). Brak wiedzy lub błędną interpretację obowiązujących przepisów istotnie częściej stwierdzono u lekarzy pracujących w województwie wielkopolskim. Również lekarze pracujący w tym w województwie istotnie częściej, w porównaniu z lekarzami z pozostałych województw, kierowali się błędną zasadą, że przed zgłoszeniem podejrzenia choroby zakaźnej konieczne jest wykonanie dodatkowych badań potwierdzających jej obecność.

Lekarze pracujący w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej posiadają istotnie lepszą wiedzę nt. obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zakaźnych, niż ich koledzy pracujący w placówkach publicznych (45,7% vs 39,5%,  $\chi^2=88,31$ ,  $p < 0,05$ ,  $C=0,440$ ).

Rzeczywista zgłaszalność podejrzeń chorób zakaźnych

Spośród lekarzy świadomych obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zakaźnych do SSE, jedynie 40% wypełnia ten obowiązek, co stanowi mniej niż 17% wszystkich badanych (tab. II, ryc. 1). Blisko 23% badanych nie zgłasza podejrzeń chorób zakaźnych w ogóle, a ponad 33% kieruje się „własnymi odczuciami” co do ważności jednostek chorobowych, które należy zgłaszać. Najsilniej to zjawisko występuje u lekarzy z województwa wielkopolskiego i łódzkiego.

Tabela I. Wiedza lekarzy POZ nt. obowiązku zgłaszania podejrzeń chorób zakaźnych do PSSE

Table I. The primary health care physicians' knowledge of the obligation to notify the unit for control of epidemics and hygiene promotion about suspicions of infectious diseases

	woj. wielkopolskie		woj. łódzkie		woj. mazowieckie		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak, jest taki obowiązek dotyczący każdego podejrzenia	22	21,8	73	47,7	60	53,1	155	42,2
Tak, ale tylko podejrzenia w moim odczuciu „poważnych” zakażeń (HCV, HBV, HIV, gruźlica)	9	8,9	14	9,2	4	3,5	27	7,4
Tak, ale dopiero po badaniach sugerujących chorobę zakaźną	37	36,6	21	13,7	33	29,2	91	24,8
Tak, ale tylko na terenach i w okresie realnego zagrożenia (sezonowe zgłaszanie podejrzenia grypy na wyraźne polecenie PSSE)	5	5,0	9	5,9	0	0	14	3,8
Nie ma bezwzględnego obowiązku zgłaszania podejrzenia każdej choroby zakaźnej przez lekarzy POZ	27	26,7	29	18,9	16	14,2	72	19,6
Obowiązek zgłaszania podejrzenia nie spoczywa na „szeregowych” lekarzach POZ tylko na kierowniku przychodni/poradni	0	0	2	1,3	0	0	2	0,6
Nie wiem, czy jest taki obowiązek (nie interesuję się tym problemem)	1	1,0	5	3,3	0	0	6	1,6
Razem	101	27,5	153	41,7	113	30,8	367	100



Lekarze NZOZ istotnie częściej niż ich koledzy zatrudnieni w przychodniach publicznych deklarowali zgłaszanie podejrzeń chorób zakaźnych (19,1% vs 15,1%,  $\chi^2=11,71$ ,  $p<0,05$ ,  $C=0,466$ ).

### Świadomość lekarzy nt. obowiązku zgłaszania rozpoznanych chorób zakaźnych

W badaniu wykazano znacznie większą wiedzę lekarzy nt. obowiązku zgłaszania rozpoznanych chorób zakaźnych do SSE. Ponad 61% badanych lekarzy wie, że należy zgłaszać każdą jednostkę wymienioną na liście chorób zakaźnych, pomimo iż nie zakończono jeszcze wszystkich badań w pełni potwierdzających to rozpoznanie (tab. III). Około 21% respondentów uważa jednak, że konieczne jest wcześniejsze wykonanie dodatkowych badań w pełni potwierdzających postawione rozpoznanie (w województwie wielkopolskim ponad 45% lekarzy posiada takie błędne przekonanie). Nieliczni badani twierdzą, że nie ma w ogóle takiego obowiązku, oraz uznają, że o tym, które choroby podlegają zgłaszaniu, decyduje indywidualnie lekarz, bez odwoływania się do wspomnianego wykazu.

Tabela II. Zgłaszanie podejrzeń chorób zakaźnych do psse

Table II. Notifying the unit for control of epidemics and hygiene promotion about suspicions of infectious diseases

	woj. wielkopolskie		woj. łódzkie		woj. mazowieckie		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nie zgłaszam nikomu podejrzeń chorób zakaźnych	31	30,7	35	22,9	18	15,9	84	22,9
Nie zgłaszam podejrzeń chorób zakaźnych do SSE tylko do kierownika przychodni/poradni	3	73,0	4	2,6	5	4,4	12	3,3
Tak, zgłaszam każdy przypadek podejrzenia choroby zakaźnej do PSSE	3	3,0	34	22,2	25	22,1	62	16,9
Tak, ale tylko podejrzenia zakażeń w moim odczuciu „poważnych” (HCV, HBV, HIV, gruźlica)	55	54,4	52	34,0	17	15,1	124	33,8
Tak, ale dopiero po badaniach sugerujących podejrzenie choroby zakaźnej	8	7,9	21	13,7	48	42,5	77	20,9
Tak, ale tylko na terenach i w okresie realnego zagrożenia (np. sezonowe zgłaszanie podejrzenia grypy na wyraźne polecenie PSSE)	1	1,0	7	4,6	0	0	8	2,2
Razem	101	27,5	153	41,7	113	30,8	367	100

Tabela III. Wiedza lekarzy POZ nt. obowiązku zgłaszania do PSSE rozpoznanych chorób zakaźnych

Table III. The primary health care physicians' knowledge of the obligation to notify the unit for control of epidemics and hygiene promotion about diagnoses of infectious diseases

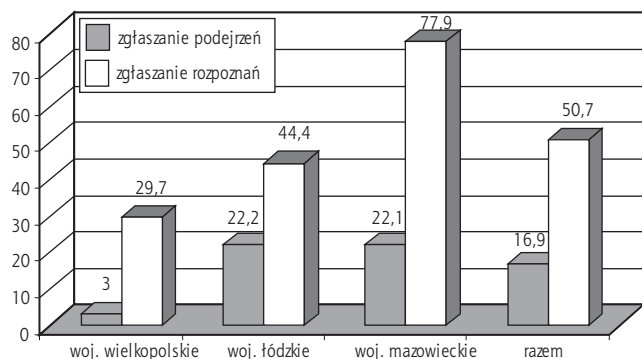
	województwo wielkopolskie		województwo łódzkie		województwo mazowieckie		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak, jest taki obowiązek dotyczący każdej rozpoznanej choroby zakaźnej	39	38,6	94	61,4	92	81,4	225	61,3
Tak, ale tylko rozpoznanych w moim odczuciu „poważnych” (HCV, HBV, HIV, gruźlica)	8	7,9	11	7,2	9	8,0	28	7,6
Tak, ale dopiero po wykonaniu badań potwierdzających chorobę zakaźną	46	45,5	22	14,4	10	8,8	78	21,3
Tak, ale tylko na terenach i w okresie realnego zagrożenia (np. sezonowe zgłaszanie grypy na wyraźne polecenie PSSE)	1	1,0	6	3,9	0	0	7	1,9
Nie ma bezwzględnego obowiązku zgłaszania każdej choroby zakaźnej	6	5,9	15	9,8	2	1,8	23	6,3
Obowiązek zgłaszania chorób zakaźnych nie spoczywa na „szeregowych” lekarzach POZ tylko na kierowniku przychodni/poradni	0	0	2	1,3	0	0	2	0,5
Nie wiem, czy jest taki obowiązek (nie interesuję się tym problemem)	1	1,0	3	2,0	0	0	4	1,1
Razem	101	27,5	153	41,7	113	30,8	367	100



Ryc. 1. Zgłaszanie podejrzeń chorób zakaźnych przez lekarzy świadomych tego obowiązku

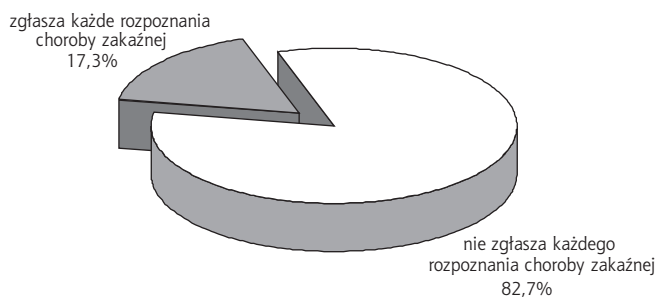
Fig. 1. Reporting suspicions of infectious diseases by physicians aware of that obligation

Lekarze z województwa mazowieckiego posiadali istotnie większą świadomość niż ich koledzy z pozostałych województw nt. obowiązku zgłaszania chorób zakaźnych. ( $\chi^2=36,71$ ,  $p<0,05$ ,  $C=0,307$ ) (ryc. 2). Kobiety w istotnie większym odsetku niż mężczyźni (66,8% vs 54,3%) posiadają właściwą wiedzę nt. obowiązku zgłaszania do PSSE rozpoznanych chorób zakaźnych. ( $\chi^2=5,97$ ,  $p=0,05$ ,  $C=0,127$ ).



Ryc. 2. Zgłaszanie podejrzeń i rozpoznań chorób zakaźnych wg województw

Fig. 2. Reporting suspicions and diagnoses of infectious diseases according to regions



Ryc. 3. Zgłaszanie rozpoznań chorób zakaźnych przez lekarzy świadomych tego obowiązku

Fig. 3. Reporting diagnoses of infectious diseases by physicians aware of that obligation

Stwierdzono istotnie gorszy poziom wiedzy lekarzy pracujących w sektorze publicznym niż prywatnym (57,1% vs 66,7%,  $\chi^2=45,58$ ,  $p<0,05$ ,  $C=0,332$ ). Również lekarze zatrudnieni w tym sektorze istotnie częściej błędnie twierdzili, że konieczne jest wcześniejsze wykonanie dodatkowych badań potwierdzających występowanie choroby zakaźnej (23,9% vs 17,9%,  $p<0,05$ ). Szczególnie niepokojące są twierdzenia 6,8% lekarzy zatrudnionych w NZOZ oraz 5,9%

lekarzy pracujących w placówkach publicznych, iż w ogóle nie istnieje obowiązek zgłaszania rozpoznanych chorób zakaźnych.

### Rzeczywista zgłaszalność chorób zakaźnych

Spśród respondentów świadomych obowiązku zgłaszania rozpoznanych chorób zakaźnych, blisko 83% deklaruje wypełnianie tego obowiązku, co stanowi 50,7% ogółu badanych (tab. IV, ryc. 3). Co drugi badany lekarz zgłasza rozpoznane choroby zakaźne, natomiast co czwarty przyznaje, że zgłasza tylko choroby w jego odczuciu wymagające zgłoszenia, takie jak gruźlica, czy wirusowe zapalenie wątroby. Ponad 15% badanych zgłasza choroby zakaźne, ale dopiero po pełnym potwierdzeniu rozpoznania badaniami dodatkowymi. Najczęściej to zjawisko miało miejsce wśród lekarzy województwa wielkopolskiego. Nieliczni badani deklarowali zgłaszanie rozpoznań do kierownika placówki, kilkoro lekarzy podało, że zgłasza rozpoznania jedynie w okresie realnego zagrożenia (np. sezonowa epidemia grypy). 14 lekarzy spośród 367 populacji objętej badaniem przyznało, że nie zgłasza nikomu rozpoznanych chorób zakaźnych.

Kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały wywiązywanie się z tego obowiązku (56,1% vs 43,8%) ( $\chi^2=5,45$ ,  $p=0,05$ ,  $C=0,121$ ).

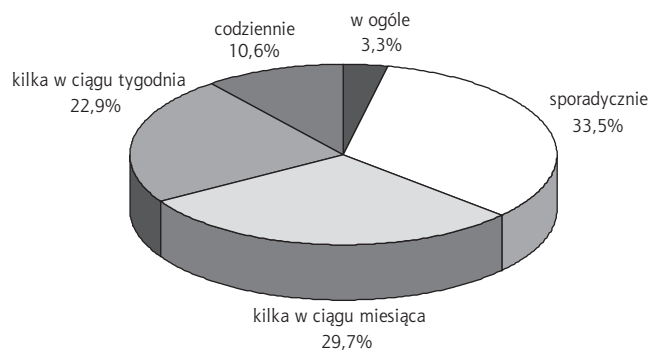
### Częstość podejrzewania i rozpoznawania chorób zakaźnych

Respondenci udzielili także informacji nt. charakteru swojej pracy, który wpływa na częstość podejrzeń i rozpoznań chorób zakaźnych u pacjentów. Blisko 37% lekarzy POZ twierdziło, że w swoim podstawowym miejscu pracy nie spotyka w ogóle, lub tylko sporadycznie, pacjentów z objawami choroby zakaźnej (ryc. 4 i 5). To wysoce niepokojące, subiektywne twierdzenie lekarzy pozostaje w ewidentnej sprzeczności z rzeczywistym obrazem schorzeń, z jakimi rutynowo zgłaszają

Tabela IV. Zgłaszanie rozpoznań chorób zakaźnych do PSSE

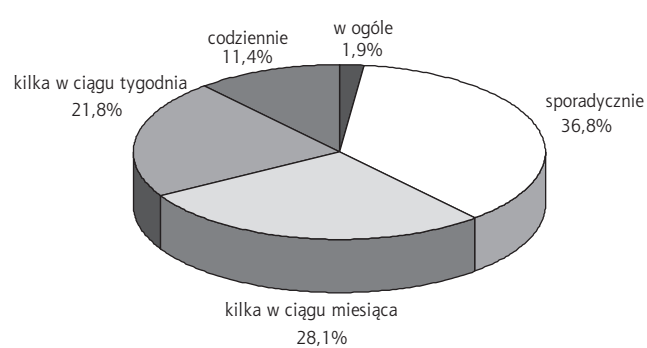
Table IV. Notifying the unit for control of epidemics and hygiene promotion about diagnoses of infectious diseases

	województwo wielkopolskie		województwo łódzkie		województwo mazowieckie		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nie zgłaszam nikomu rozpoznanych chorób zakaźnych	2	2,0	12	7,8	0	0	14	3,8
Nie zgłaszam chorób zakaźnych do PSSE tylko do kierownika przychodni/poradni	1	1,0	5	3,3	7	6,2	13	3,6
Tak, zgłaszam każdy przypadek rozpoznanej choroby zakaźnej do PSSE	30	29,7	68	44,4	88	77,9	186	50,7
Tak, zgłaszam ale tylko zakażenia w moim odczuciu „poważne” (HCV, HBV, HIV, gruźlica)	44	43,6	41	26,8	5	4,4	90	24,5
Tak, ale dopiero po wykonaniu badań potwierdzających chorobę zakaźną	24	23,7	20	13,1	13	11,5	57	15,5
Tak, ale tylko na terenach i w okresie realnego zagrożenia (np. sezonowe zgłaszanie grypy na wyraźne polecenie PSSE)	0	0	7	4,6	0	0	7	1,9
Razem	101	27,5	153	41,7	113	30,8	367	100



Ryc. 4. Częstość podejrzeń chorób zakaźnych wśród pacjentów POZ

Fig. 4. Frequency of suspicions of infectious diseases among the primary health care patients



Ryc. 5. Częstość rozpoznań chorób zakaźnych wśród pacjentów POZ

Fig. 5. Frequency of diagnoses of infectious diseases among the primary health care patients

się pacjenci, m.in. z infekcjami grypowymi i grypopodobnymi wyszczególnionymi w wykazie chorób zakaźnych. Jedynie co trzeci badany lekarz deklaruwał częste lub bardzo częste podejrzania lub rozpoznania chorób zakaźnych wśród swoich pacjentów, co jednak wcale nie było równoznaczne z ich zgłaszaniem do SSE.

### Źródła wiedzy o konieczności zgłaszania chorób zakaźnych

W badaniu przyjęto hipotezę, że ta bardzo niska wiedza nt. zgłaszania chorób zakaźnych i wynikająca z tego faktu pasywność lekarzy jest efektem systemowych uwarunkowań organizacyjnych, ekonomicznych, prawnych oraz negatywnych wzorców kulturowych ukształtowanych w środowisku lekarskim. Ranga ważności zgłaszania chorób zakaźnych, czy inaczej mówiąc znajomość skutków zaniechania tego obowiązku, wymaga nie tylko ciągłego dopływu informacji do lekarzy, ale również stosowania wielu mechanizmów motywujących do respektowania tego obowiązku.

Aż 27,5% respondentów przyznało, że w przychodni, w której pracują, nie ma sprecyzowanych zasad zgłaszania chorób zakaźnych do PSSE i w kwestii ich zgłaszania lekarz sam podejmuje wszelkie decyzje i działania (tab. V). Tylko co czwarty lekarz stwierdził,

że zasady zgłaszania zostały opisane w regulaminie przychodni. Ponad 39% respondentów przyznało, że kierownik przychodni ustnie określił zasady zgłaszania chorób do PSSE. Co trzeci lekarz (34,3%) przyznał, że powiatowa stacja sanitarna powiadomiła lekarzy o zasadach zgłaszania chorób zakaźnych specjalnym pismem. Bardzo niewielki odsetek lekarzy (2,2%) uczestniczył w kursach doszkalających dotyczących m.in. zgłaszania chorób zakaźnych. Co piąty lekarz wskazał na co najmniej dwa źródła (czynniki organizacyjne), odnoszące się do problematyki zgłaszania chorób zakaźnych w jego miejscu pracy.

### Dyskusja

Doniesienia w polskiej literaturze nt. niskiej zgłaszalności chorób zakaźnych do powiatowych SSE są bardzo nieliczne i nie identyfikują przyczyn tej alarmującej sytuacji, o której się jedynie często mówi, np. Krajowy Specjalista ds. Epidemiologii, czy Główny Inspektor Sanitarny „gorąco apelują do lekarzy” o rzetelne dokumentowanie podejrzeń i rozpoznań chorób zakaźnych [14]. Na niewielki odsetek zgłaszalności zachorowań na choroby zakaźne w Polsce wskazali już w latach 1967-1968 Kostrzewski i Branowitzer, podkreślając, że nierzetelna zgłaszalność zaniża współczynniki zapadalności i chorobowości w stosunku do rzeczywistego stanu [12]. Teresa Kacperczyk-Baran,

Tabela V. Zasady zgłaszania chorób zakaźnych w miejscu pracy  
Table V. Principles of reporting infectious diseases in the workplace

	województwo łódzkie		województwo mazowieckie		województwo wielkopolskie		Razem (*)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak, zasady są opisane m.in. w regulaminie przychodni	34	22,22	52	46,02	2	1,98	88	23,98
Tak, kierownik przychodni/poradni ustnie określił zasady zgłaszania	48	31,37	73	64,60	24	23,76	145	39,51
Tak, lekarze poznali zasady na kursach doszkalających	7	4,58	0	0,00	1	0,99	8	2,18
Tak, PSSE powiadomiła lekarzy o zasadach specjalnym pismem	48	31,37	43	38,05	35	34,65	126	34,33
Nie ma określonych zasad - lekarze POZ według własnego uznania podejmują decyzję o zgłoszeniu/nie zgłaszaniu choroby zakaźnej	50	32,68	8	7,08	43	42,57	101	27,52

(\*) Respondenci mogli wskazywać na więcej niż jedno rozwiązanie organizacyjne, suma odsetek przekracza 100%

dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zwoleniu, objęła analizą zgłaszalność chorób zakaźnych w latach 2000-2004 przez placówki POZ działające na terenie zaledwie jednego powiatu. Z badań wynika, że około 50% rozpoznań nie było zgłoszonych. Zgłaszano głównie te choroby (np. wirusowe zapalenie wątroby), o których informacja była niezbędna w konkretnych procedurach, np. orzekanie o chorobie zawodowej [13].

Ponad połowa lekarzy objętych badaniem nie zna przepisów nakazujących zgłaszanie podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej. Ten brak elementarnej wiedzy jest oczywistą przeszkodą w wypełnianiu tego obowiązku. Wykazano również, że spośród lekarzy znających przepisy dotyczące zgłaszania podejrzeń i rozpoznania chorób zakaźnych, zaledwie połowa stosuje się do nich. Do alarmująco niskiej zgłaszalności „przyznają” się lekarze w przypadku podejrzeń chorób zakaźnych.

Ponadto, co czwarty lekarz (24,8%) jest błędnie przekonany, że zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej wymaga wcześniejszego wykonania pełnych badań potwierdzających postawione rozpoznanie. Sytuacja ta jest postrzegana przez lekarzy jako uciążliwa, m.in. generuje koszty, wydłuża czas niezbędny do postawienia rozpoznania, obniża autorytet lekarza w sytuacji błędnej diagnozy. Niestety lekarzom nieznanym jest fakt, że już w 1985 r. nadzór sanitarny nad chorobami zakaźnymi wprowadził 3 kategorie ich rozpoznania: możliwe (oparte na objawach klinicznych, w tym – podejrzenia chorób zakaźnych), prawdopodobne (oparte na objawach klinicznych i badaniach dodatkowych, które nie przesądzą o ostatecznym rozpoznaniu) oraz potwierdzone (oparte na wyhodowaniu czynnika zakaźnego lub na testach serologicznych potwierdzających jego obecność). Wprowadzenie takiej kaskady rozpoznania prowadzonej przez inspektora sanitarnego stwarza dogodną sytuację dla weryfikacji każdego zgłoszenia lub podejrzenia. Dalszy rozwój choroby jest kontrolowany od chwili zgłoszenia zarówno przez lekarza prowadzącego, jak i inspektora sanitarnego. Dla lekarza zgłaszającego sytuacja ta oznacza pomoc, chociażby przez to, iż współdecydentami stają się dwie osoby (lekarz + inspektor). Samo ostateczne zaklasyfikowanie rozpoznania jako choroby zakaźnej należy do Inspektora Sanitarnego [10].

Powszechnie wiadomo, że sam przedmiot badania (zgłaszalność chorób zakaźnych) jest trudny i nie przysparza badającemu uznania w środowisku lekarskim. Środowisko medyczne, podobnie jak każda inna kategoria pracowników, z natury rzeczy jest niechętnie do uczestniczenia w jakichkolwiek badaniach – nawet anonimowych, które pośrednio lub bezpośrednio wskazują na nieprzestrzeżenie norm prawnych, etycz-

nych, higienicznych itp. Pojawiają się jednak okresowo sytuacje sprzyjające „otwarceniu się” danego środowiska i gotowości do rozmowy publicznej na „wstydlivy” temat. Niewątpliwie takim sprzyjającym klimatem, jaki został wykorzystany w tym badaniu jest obecna bardzo dynamiczna sytuacja epidemiologiczna, jaka towarzyszy szeregu chorobom zakaźnym – głównie wirusowym. Dlatego lekarze pierwszego kontaktu dostrzegają konieczność funkcjonowania sprawnego systemu powiadamiania zarówno szeroko rozumianych decydentów, jak i ze zrozumiałych powodów siebie wzajemnie, o powstawaniu i przebiegu chorób zakaźnych. Stanowisko współczesnych lekarzy coraz silniej krystalizuje się wokół maksymy – „chcemy uczestniczyć – na określonych zasadach – w autentycznie sprawnym systemie zgłaszania chorób zakaźnych”. W maksymie tej lekarze sygnalizują szereg konkretnych uwarunkowań, jakie powinny ich zdaniem towarzyszyć sprawnemu systemowi zgłaszania chorób zakaźnych. Materiał empiryczny wskazujący na bariery, na jakie napotyka obecny polski system rejestracji chorób zakaźnych, a także propozycje konkretnych rozwiązań organizacyjnych sformułowane przez badanych lekarzy zostaną przedstawione w drugiej części opracowania.

Nadzór sanitarny nad chorobami zakaźnymi w Polsce ze swej definicji ma dostarczać informacji na temat rozpowszechnienia chorób w naszym kraju, a jednocześnie umożliwić prawidłowe planowanie działań z zakresu zdrowia publicznego, jak i racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi. Mimo oczywistych argumentów przemawiających za koniecznością rzetelnego dokonywania zgłoszeń chorób zakaźnych w Polsce, nadal ich zgłaszalność nie jest pełna i znacznie zróżnicowana terytorialnie. Przyczyn złej sytuacji z pewnością jest wiele, natomiast konieczność zmian jest niewątpliwa. Argumenty lekarzy dotyczące przeciążenia pracą spowodowaną koniecznością dokumentowania wszystkich działań z pacjentem są zrozumiałe, nie zwalniają jednak z ustawowego obowiązku dokonywania zgłoszeń chorób zakaźnych do inspekcji sanitarnej.

### Wnioski:

1. Większość badanych lekarzy nie zna Ustawy o Chorobach Zakaźnych i Zakażeniach, nakazującej zgłaszanie rozpoznanych chorób zakaźnych i ich podejrzeń.
2. Większość tych lekarzy, która zgłaszała choroby zakaźne, kierowała się własnymi zasadami i kryteriami oceny ważności chorób, które należy zgłaszać.
3. Lekarze bardziej rygorystycznie przestrzegali obowiązku zgłaszania rozpoznania niż podejrzeń chorób zakaźnych do stacji sanitarno-epidemiologicznej.



4. Wg relacji badanych lekarzy, niemal połowa rozpoznań chorób zakaźnych nie trafia do inspekcji sanitarnej.
5. Istnieje duże zróżnicowanie poziomu świadomości/nieświadomości lekarzy w poszczególnych województwach, co wskazuje m.in. na brak ogólnokrajowego programu (systemu) dokształcania lekarzy nt. chorób zakaźnych.
6. Obecny bardzo dynamiczny stan sytuacji epidemiologicznej, w konfrontacji z niską zgłaszalnością chorób zakaźnych, staje się poważnym problemem zdrowotnym wymagającym pilnej interwencji.

## Piśmiennictwo / References

1. Dziubek Z. Choroby zakaźne i pasożytnicze. PZWL, Warszawa 2001.
2. Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A. Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka. alfa-medica press, Bielsko-Biała 2007.
3. Zieliński A, Czarkowski MP. Choroby zakaźne w Polsce w 2004 roku. *Prz Epidemiol* 2006, 60: 373-382.
4. Zieliński A, Czarkowski MP. Choroby zakaźne w Polsce w 2005 roku. *Prz Epidemiol* 2007, 61: 177-187.
5. Zieliński A, Czarkowski MP. Choroby zakaźne w Polsce w 2006 roku. *Prz Epidemiol* 2008, 62: 207-218.
6. Mazurek J, Czarkowski MP. Choroby zakaźne w Polsce w 2000 roku. *Prz Epidemiol* 2002, 56: 217-225.
7. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach. Dz.U. nr 126, poz. 1384.
8. Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach 06.09.2001 r. Dz.U. nr 126 poz. 1384 z późn. zm.
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz.U. nr 234, poz. 1570.
10. Ustawa o Inspekcji Sanitarnej z 14.03.1985 r. tekst jednolity Dz.U. nr 90 z 1998 r. poz. 575 z późn. zm.
11. Ustawa z dnia 29.06.1995 r. o statystyce publicznej Dz.U. nr 88 poz. 439.
12. Kostrzewski J, Branowitz Z. Studies on morbidity in the polish population by the representative method (1967-1968). *Prz Epidemiol* 1968, 22(3): 293-295.
13. Kacperczyk-Baran T. Zgłaszalność chorób zakaźnych w latach 2000-2004 na terenie działalności PSSE Zwoleń. *Prz Epidemiol* 2005, 59: 731-737.
14. Apel Krajowego Specjalisty ds. Epidemiologii w sprawie zgłaszania chorób zakaźnych i niepożądanych odczynów poszczepiennych z dnia 19.05.2008 r. <http://www.pzh.gov.pl>