

Meldunek 5/A/07

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach

zgłoszonych w okresie od 1.05 do 15.05.2007 r.

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.05.2007 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2007 r. w porównaniu do analogicznych okresów 2006 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/A		Dane skumulowane ^{1/}	
	1.05.07. do 15.05.07.	1.05.06. do 15.05.06.	1.01.07. do 15.05.07.	1.01.06. do 15.05.06.
Cholera (A00)	-	-	-	-
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A,B,C (A01.1-3)	-	-	2	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	331	325	2348	2351
w tym: zatrucia pokarmowe (A02.0)	326	319	2306	2309
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	-	-	4	12
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	359	181	2705	1955
w tym: zakażenie <i>Escherichia coli</i> - enterokrwotoczną (A04.3)	-	-	-	1
wywołane przez <i>Campylobacter</i> (A04.5)	10	5	39	30
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A05)	146	96	1160	1111
w tym: zatrucie gronkowcowe (A05.0)	6	9	78	39
zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	2	17	10
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-8)	1	2	66	35
nie określone (A05.9)	136	83	998	1026
Lamblioza /giardioza/ (A07.1)	129	112	1161	1232
Kryptosporidioza (A07.2)	-	-	-	-
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	1732	1218	11154	10773
w tym: nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy (A08.0)	1383	1097	7847	9275
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	1503	1152	10655	10410
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	541	409	4290	3636
Dżuma (A20)	-	-	-	-
Tularemia (A21)	-	-	-	-
Wąglik (A22)	-	-	-	-
Bruceloza: nowe zachorowania (A23)	-	-	1	-
Leptospiroza (A27)	-	-	-	-
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2)	11	3	117	68
Listerioza: ogółem (A32; P37.2)	1	3	13	8
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	2	7	3
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	86	71	1008	476
Płonica /szkarlatyna/ (A38)	638	467	5754	5662
Choroba meningokokowa, inwazyjna: ogółem (A39) ^{2/}	10	8	163	100
w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	2	4	79	54
zapalenie mózgu (A39.8/G05.0)	-	-	5	9
posocznica (A39.1-4)	9	5	108	65
Legionelloza (A48.1-2)	1	3	20	32
Borelioza z Lyme (A69.2)	151	128	2135	1330
Gorączka Q (A78)	-	-	-	-

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.05.2007 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2007 r. w porównaniu do analogicznych okresów 2006 r. (cd)

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/A		Dane skumulowane ^{1/}	
	1.05.07. do 15.05.07.	1.05.06. do 15.05.06.	1.01.07. do 15.05.07.	1.01.06. do 15.05.06.
Ostre porażenia wiotkie u dzieci w wieku 0-14 lat	-	2	19	31
Ostre nagminne porażenie dziecięce /polio/: ogółem (A80)	-	-	-	-
tym: wywołane dzikim wirusem (A80.1-2,4)	-	-	-	-
Encefalopatie gąbczaste: ogółem (A81.0,2-9)	-	-	4	1
w tym: wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba /vCJD/ (A81.0)	-	-	-	-
Styczność i narażenie na wściekliznę / potrzeba szczepień (Z20.3/Z24.2)	323	313	2207	1918
Wścieklizna (A82)	-	-	-	-
Wirusowe zapalenie mózgu: przenoszone przez kleszcze (A84)	2	-	6	4
inne, określone (A83;A85;B00.4;B02.0) ^{3/}	2	6	26	27
nie określone (A86)	10	7	87	67
Wirusowe zap. opon mózgowych, określ. i nie określ. (A87; B00.3; B02.1)	26	23	264	193
Bakteryjne zap. opon i/lub mózgu: określone, NGI (G00.2-8; G04.2) ^{4/}	6	2	66	29
nie określone (G00.9; G04.2)	21	19	171	162
Zapalenie mózgu inne i nie określone (G04.0,8-9)	4	7	52	38
Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone (G03)	8	7	103	68
Gorączka denga - klasyczna lub krwotoczna (A90-A91)	-	-	-	-
Żółta gorączka (A95)	-	-	-	-
Gorączka Lassa, krymsko-kongijska, Marburg, Ebola (A96.2; A98.0,3,4) ^{5/}	-	-	-	-
Inne wirusowe gorączki krwotoczne (A92-A94; A96-A99) ^{5/}	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	9837	6551	96370	75072
Ospa prawdziwa (B03)	-	-	-	-
Odra (B05)	4	5	30	48
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2315	1748	13328	10443
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	2	-	12	26
typu B - ogółem (B16; B18.0-1) ^{6/}	66	57	593	579
typu C - ogółem (B17.1; B18.2) ^{6/}	116	109	1088	1034
typu B+C (B16; B18.0-1 + B17.1; B18.2)	1	3	18	18
inne i nie określ.(B17.0;B17.2-8;B18.8-9;B19)	2	-	25	26
Bezobjawowy stan zakażenia wirusem HIV (Z21)	45	10	196	202
Choroba wywołana przez HIV /AIDS/: ogółem (B20-B24)	7	5	49	59
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	194	692	2162	9885
Zimnica /malaria/ (B50-B54)	2	-	5	1
Bąblowica /echinokokoza/ (B67)	1	1	12	7
Włośnica (B75)	-	8	26	70
Świerzb (B86)	315	336	4790	4734
Choroba wyw. przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> , inwazyjna: ogółem (B95.3) ^{7/}	16	13	98	84
w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B95.3/G04.2; G00.1)	7	10	55	47
Choroba wyw. przez <i>Haemophilus influenzae</i> typu b, inwazyjna: ogółem (B96.3)	1	-	16	17
w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B96.3/G04.2; G00.0)	1	-	12	14
Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę: ogółem (J10; J11)	2102	2925	301081	194766
w tym: przypadki potwierdzone laboratoryjnie (J10; J11)	-	3	25	30
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T61-T62) ^{7/}	6	-	9	7
w tym: grzybami (T62.0) ^{7/}	6	-	9	6
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65) ^{7/}	392	347	3115	4160
w tym: pestycydami (T60) ^{7/}	2	6	16	17
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50) ^{7/}	174	207	1662	1917
alkoholem (T51) ^{7/}	74	81	729	996

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.05.2007 r. wg województw

Województwo	Dur brzuszny i dury rzekome (A01)	Salmonellozy: zatrucia pokarmowe (A02.0)	Czerwonka bakteryjna /szigeloza/ (A03)	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe		Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe		Wirusowe i in. określ. zakażenia jelitowe		Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Leptospiroza (A27)	Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2)	Tężec: ogółem (A33-A35)
				Ogółem (A04)	w tym: <i>E.coli</i> - enterokrowotoczną (A04.3)	Ogółem (A05)	zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	Ogółem (A08)	w tym: nieżyt jelit. wyw. przez rotawirusy (A08.0)				
POLSKA	-	326	-	359	-	146	3	1732	1383	1503	-	11	2
Dolnośląskie	-	13	-	12	-	17	-	143	129	114	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	16	-	7	-	8	2	57	47	90	-	1	-
Lubelskie	-	23	-	40	-	10	1	83	70	85	-	1	-
Lubuskie	-	7	-	3	-	-	-	22	20	18	-	-	-
Łódzkie	-	26	-	65	-	8	-	106	73	106	-	-	-
Małopolskie	-	53	-	21	-	13	-	107	100	106	-	2	-
Mazowieckie	-	49	-	20	-	-	-	280	201	172	-	3	-
Opolskie	-	7	-	2	-	-	-	34	20	25	-	2	-
Podkarpackie	-	26	-	11	-	15	-	98	88	100	-	-	-
Podlaskie	-	18	-	48	-	4	-	104	67	67	-	-	1
Pomorskie	-	31	-	20	-	10	-	132	117	94	-	-	-
Śląskie	-	21	-	49	-	33	-	214	148	160	-	-	1
Świętokrzyskie	-	7	-	5	-	6	-	63	57	65	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	12	-	5	-	18	-	68	63	69	-	-	-
Wielkopolskie	-	11	-	26	-	-	-	167	136	184	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	6	-	25	-	4	-	54	47	48	-	2	-

Województwo	Błonica (A36)	Krzusiec (A37)	Choroba meningokokowa			Ostre nagminne porażenie dziecięce /polio/: ogółem (A80)	Wirusowe zapalenie mózgu przenoszone przez kleszcze (A84)	Wirusowe zap. opon mózgow. i nie określ. (A87; B00.3; B02.1)	Bakteryjne zapalenie opon i/lub mózgu		Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)
			Ogółem (A39) ²	w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	w tym: posocznica (A39.1-4)				określone, NGL (G00.2-8; G04.2) ⁴	nie określone (G00.9; G04.2)			
POLSKA	-	86	10	2	9	-	2	26	6	21	9837	4	2315
Dolnośląskie	-	-	1	-	1	-	-	1	1	1	710	-	42
Kujawsko-Pomorskie	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	944	-	30
Lubelskie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	349	-	189
Lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	184	-	15
Łódzkie	-	18	-	-	-	-	-	3	1	1	543	-	52
Małopolskie	-	1	2	1	1	-	-	1	1	2	908	-	238
Mazowieckie	-	10	1	1	1	-	-	5	1	3	1254	2	135
Opolskie	-	-	5	-	5	-	-	2	-	1	329	-	8
Podkarpackie	-	3	-	-	-	-	-	5	-	2	361	-	319
Podlaskie	-	44	-	-	-	-	2	1	-	1	229	-	36
Pomorskie	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	343	1	68
Śląskie	-	2	-	-	-	-	-	3	-	-	1506	1	634
Świętokrzyskie	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	486	-	253
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	365	-	150
Wielkopolskie	-	4	-	-	-	-	-	1	1	-	932	-	107
Zachodniopomorskie	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2	394	-	39

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.05.2007 r. wg województw (cd)

Województwo	Wirusowe zapalenie wątroby			Choroba wywołana przez HIV/AIDS/; ogółem (B20-B24)	Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	Zimnica /malaria/ (B50-B54)	Włośnica (B75)	Choroba wywołana przez <i>S. pneumoniae</i>		Choroba wywołana przez <i>H. influenzae</i>		Grypa i podejrzana zachorowań na grype	
	Typu A (B15)	Typu B: ogółem (B16; B18.0-1) ⁶	Typu C: ogółem (B17.1; B18.2) ⁶					Ogółem (B95.3) ⁷	w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B95.3/G04.2; G00.1)	Ogółem (B96.3)	w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B96.3/G04.2; G00.0)	Ogółem (J10; J11)	w tym: przypadki potwierdzone laboratoryjnie (J10; J11)
POLSKA	2	66	116	7	194	2	-	16	7	1	1	2102	-
Dolnośląskie	-	3	14	-	6	-	-	-	-	-	-	47	-
Kujawsko-Pomorskie	1	4	7	-	4	-	-	4	1	-	-	77	-
Lubelskie	-	12	12	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	-	3	-	-	4	1	-	-	17	-
Łódzkie	-	7	16	-	4	1	-	-	-	-	-	562	-
Małopolskie	-	3	-	-	3	-	-	1	-	-	-	63	-
Mazowieckie	-	8	16	2	19	1	-	3	3	-	-	982	-
Opolskie	-	2	3	3	8	-	-	-	-	-	-	97	-
Podkarpackie	1	3	1	2	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Podlaskie	-	1	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorskie	-	1	3	-	4	-	-	1	-	-	-	36	-
Śląskie	-	7	15	-	20	-	-	1	1	1	1	73	-
Świętokrzyskie	-	3	9	-	73	-	-	-	-	-	-	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	4	-	-	1	1	-	-	71	-
Wielkopolskie	-	8	12	-	8	-	-	1	-	-	-	50	-
Zachodniopomorskie	-	4	6	-	5	-	-	-	-	-	-	26	-

3. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.05.2007 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2007 r. wg definicji przypadku

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/A				Dane skumulowane ¹			
	Definicja przypadku ⁸			Razem	Definicja przypadku ⁸			Razem
	możliwe	prawdopodobne	potwierdzone		możliwe	prawdopodobne	potwierdzone	
Salmonelozy: ogółem (A02) ^{UE}	x	2	329	331	x	66	2282	2348
Czerwonka bakteryjna /szigeloza/ (A03) ^{UE}	x	-	-	-	x	-	4	4
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2) ^{UE}	x	-	11	11	x	3	114	117
Zatrucie jadem kiełb. /botulizm/ (A05.1) ^{UE/PL}	2	-	1	3	11	1	5	17
Leptospiroza (A27) ^{UE/PL}	-	-	-	-	-	-	-	-
Odra (B05) ^{UE}	1	-	3	4	4	6	20	30
Wirusowe zapalenie wątroby typu A (B15) ^{UE}	x	-	2	2	x	-	12	12
Zimnica /malaria/ (B50-B54) ^{UE}	x	x	2	2	x	x	5	5
Włośnica (B75) ^{UE}	x	-	-	-	x	4	22	26

Objaśnienia: (1) z uwzględnieniem ewentualnych korekt; (2) jedno zachorowanie może być wykazane w kilku pozycjach; (3) w 2005 r. zmiany w rejestracji, bez znaczącego wpływu na porównywalność danych z wcześniejszych lat; (4) niesklasyfikowane gdzie indziej (NGI), z wyłączeniem wywołanego przez *H. influenzae* lub *S. pneumoniae*; (5) szczegółowych informacji o zachorowaniu/zachorowaniach zarejestrowanych w okresie sprawozdawczym należy szukać na stronie 5., lub kolejnych; (6) łącznie z zachorowaniami z koinfekcją HBV/HCV; (7) rejestracja niepełna; (8) UE - standardowe definicje Unii Europejskiej, UE/PL - definicja Unii Europejskiej przystosowana do potrzeb nadzoru w Polsce; (-) nie było zachorowań; (.) brak danych; (x) nie dotyczy.

Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc w IV kwartale 2006 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo	Wszystkie postacie gruźlicy			
	ogółem	w tym dzieci i młodzież		w tym BK+
		0-14	15-19	
POLSKA	2629	36	47	1671
1. Dolnośląskie	182	-	-	125
2. Kujawsko-Pomorskie	229	1	3	205
3. Lubelskie	220	1	6	123
4. Lubuskie	46	-	-	21
5. Łódzkie	255	1	5	149
6. Małopolskie	177	1	3	156
7. Mazowieckie	466	18	7	271
8. Opolskie	41	-	-	27
9. Podkarpackie	124	-	3	84
10. Podlaskie	58	4	1	40
11. Pomorskie	157	2	4	69
12. Śląskie	300	-	7	170
13. Świętokrzyskie	109	1	1	60
14. Warmińsko-Mazurskie	64	-	-	31
15. Wielkopolskie	104	1	2	74
16. Zachodniopomorskie	97	6	5	66

Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc w 2006 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo	Wszystkie postacie gruźlicy			
	ogółem	w tym dzieci i młodzież		w tym BK+
		0-14	15-19	
POLSKA	8593	69	156	5233
1. Dolnośląskie	587	1	3	391
2. Kujawsko-Pomorskie	530	7	12	436
3. Lubelskie	784	6	16	431
4. Lubuskie	172	-	3	77
5. Łódzkie	778	2	15	444
6. Małopolskie	664	2	10	558
7. Mazowieckie	1231	23	19	710
8. Opolskie	206	1	3	130
9. Podkarpackie	433	1	9	267
10. Podlaskie	214	6	3	152
11. Pomorskie	518	6	8	240
12. Śląskie	1042	3	22	555
13. Świętokrzyskie	412	1	6	197
14. Warmińsko-Mazurskie	289	-	6	151
15. Wielkopolskie	371	4	13	267
16. Zachodniopomorskie	362	6	8	227

Szkolenie z epidemiologii pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Posiedzenie Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej

W posiedzeniu Komisji w dniu 7 lutego 2007 r. wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Głównego

Inspektoratu Sanitarnego, Głównego Inspektoratu Sanitarnego MSWiA, Wojewódzkiej Inspekcji Sanitarnej, Państwowego Zakładu Higieny, Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii, Śląskiej Akademii Medycznej oraz Szkoły Głównej Służby Pożarniczej. Tematem obrad była specjalizacja z epidemiologii i szkolenie epidemiologiczne pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

* * *

Dr J. Dzisko (WSSE Olsztyn) omówił potrzeby dotyczące szkolenia epidemiologicznego z punktu widzenia Państwowej Inspekcji Sanitarnej. • Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) wymagają wykwalifikowanego personelu, któremu należy zapewnić regularne szkolenia z uwagi na zmieniającą się sytuację epidemiologiczną i regulacje prawne. • Dla zapewnienia ciągłości i wysokiej jakości szkoleń potrzebne jest współistnienie szeregu czynników, w tym odpowiednio wykwalifikowanych i doświadczonych ekspertów, środków finansowych, akredytowanych laboratoriów oraz odpowiednich przepisów prawnych. • Mało jest chętnych do podjęcia pracy na stanowisku epidemiologa, dostrzegalny jest szczególnie niedobór lekarzy. • Brakuje środków finansowych na prowadzenie szkoleń. • Istniejące luki prawne stawiają pod znakiem zapytania rolę laboratoriów referencyjnych Inspekcji Sanitarnej w ujednolicaniu diagnostyki w zakładach opieki zdrowotnej oraz prowadzeniu szkoleń w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. • Aktualne rozwiązania prawne nie określają jasno kwalifikacji wymaganych do podjęcia pracy w Inspekcji Sanitarnej. • Na podstawie prac komisji ds. szkoleń powołanej przez Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie opracowano cykl szkoleń dla nowo zatrudnianych pracowników Inspekcji, obejmujących m.in. podstawy epidemiologii opisowej i analitycznej, zasady opracowywania ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń, zagadnienia prawne, zasady rejestracji podejrzeń i zachorowań, definicje przypadków zachorowań, podstawy wakcynologii i immunologii, interpretację wyników badań laboratoryjnych, zasady prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, zasady prowadzenia nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej, praktykami lekarskimi i praktykami pielęgniarskimi, zasady dezynfekcji i sterylizacji, współdziałanie z komórkami własnej jednostki i innymi instytucjami. Po przejściu cyklu szkoleń, pracownicy powinni być zobowiązani do zdania egzaminu.

* * *

Dr A. Gębska-Kuczerowska (Studium Zdrowia Publicznego PZH) przedstawiła aktualne zagadnienia związane ze specjalizacją z epidemiologii. • Od 2002 r. dostępna jest specjalizacja z epidemiologii dla magistrów (Dz.U. z 2002 r., Nr 173, poz. 1419), natomiast od 2005 r. dostępna jest specjalizacja podstawowa z epidemiologii dla lekarzy (Dz.U. z 2005 r., nr 213, poz. 1779). • Przedstawiciele zawodów, których nie obejmują przytoczone regulacje prawne, np. mgr pielęgniarstwa, mgr farmacji lub lekarze weterynarii, mogą rozpocząć specjalizację po uzyskaniu zgody dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). • Obecnie w Polsce jest akredytowanych 5 ośrodków mogących kształcić lekarzy w dziedzinie epidemiologii (łącznie 63 miejsca specjalizacyjne) oraz 5 ośrodków mogących kształcić magistrów (łącznie 78 miejsc), ale obecnie ośrodki te kształcą około 25 lekarzy i ok. 40 magistrów, co jest związane przede wszystkim z brakiem kadry koniecznej do prowadzenia specjalizacji. • Jedynie 4 WSSE są otwarte na prowadzenie staży kierunkowych, co znacznie utrudnia od-

bywanie obowiązkowych staży przez osoby specjalizujące się z terenu kraju. • W świetle przepisów prawnych i programów specjalizacji lekarze bez specjalizacji odbywają 6-letni staż (w tym 20 miesięcy stażu podstawowego), gdy posiadają inną specjalizację - muszą przejść 3-letni staż (w tym 12 miesięcy stażu podstawowego), natomiast magistrzy bez specjalizacji przechodzą 3-letni staż, a w przypadku posiadania specjalizacji, staż 2-letni. • Długoterminowe staże oraz niewielka liczba kierowników specjalizacji oraz ośrodków specjalizacyjnych na terenie kraju generują wysokie koszty pośrednie i bezpośrednie dla osób rozpoczynających specjalizację, jak również zwiększają obciążenie obowiązkami istniejących akredytowanych ośrodków, które muszą prowadzić rekrutację, kwalifikację i szkolenie większej liczby osób spoza swojego regionu. • Uwzględniając ograniczenia w zakresie opieki specjalizacyjnej (merytorycznej) zdecydowano się umożliwić jednemu kierownikowi specjalizacji prowadzenie specjalizacji 3 lekarzy oraz 3 magistrów. • W przypadku instytucji nie prowadzących specjalizacji, zatrudnienie osoby rozpoczynającej specjalizację, z punktu widzenia pracodawcy jest "niekorzystne" z powodu konieczności częstego jej oddelegowywania do odbywania staży, a przez to ponoszenia kosztów delegacji oraz absencji w pracy. • Wskazane jest uproszczenie procedur związanych z prowadzeniem ośrodków, tj. procesu ich akredytacji, aktualizacji danych, podpisywania umów z osobami delegowanymi na staże oraz kierownikami specjalizacji.

* * *

Dr P. Stefanoff (Zakład Epidemiologii PZH) omówił szkolenie z epidemiologii w perspektywie międzynarodowej. • Pogłębiająca się integracja europejska stawia przed Państwową Inspekcją Sanitarną (PIS) nowe zadania. • Oceniając nowe zadania i konieczność unowocześnienia oraz poprawy nadzoru w Polsce, wskazane jest podwyższenie kwalifikacji pracowników PIS pracujących w nadzorze nad chorobami zakaźnymi, zwiększenie ich aktywności w zakresie samodzielnej analizy danych oraz pracy naukowej, jak również nadanie im odpowiedniego prestiżu. • W Polsce jedyną obecnie ścieżką kształcenia epidemiologicznego, ukierunkowanego w pewnym stopniu na epidemiologię chorób zakaźnych, jest specjalizacja z epidemiologii, po której większość lekarzy będzie wybierała bardziej intratne stanowisko epidemiologa szpitalnego. • Dobrym rozwiązaniem dla PIS byłoby krajowe szkolenie z epidemiologii interwencyjnej, polegające na odbyciu pod nadzorem doświadczonego epidemiologa 2-letniego stażu (w miejscu pracy) ukierunkowanego na działania praktyczne. Szkolenie to różni się od specjalizacji położeniem nacisku na zastosowania praktyczne epidemiologii oraz tym, że kierownik specjalizacji (jedna osoba na kraj) cały swój czas poświęca na organizację kursów i wspieranie stażystów w ich codziennej pracy. • Szkolenie uniwersyteckie w dziedzinie epidemiologii w Polsce jest prowadzone w 3 instytucjach: Uniwersytecie Jagiellońskim, Śląskiej Akademii Medycznej oraz Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi (łącznie ok. 60-80 absolwentów rocznie). Większość absolwentów tych programów nie decyduje się na pracę w PIS, jednak może służyć do rozwijania wiedzy epidemiologicznej w kraju oraz prowadzenie kursów specjalizacyjnych. • W innych krajach europejskich, oprócz podstawowej specjalizacji z higieny i epidemiologii (Włochy - 170 absolwentów rocznie) lub zdrowia publicznego (Wielka Brytania - 50 absolwentów, Francja - 70 absolwentów), uruchomiono krajowe programy szkolenia z epi-

miologii terenowej (9 krajów), w których szkoli się rocznie 6-10 osób w każdym kraju. • Zdecydowanie bardziej rozwinięte jest również szkolenie akademickie, w ramach którego szkoli się od 100 (Włochy) do 400 (Wielka Brytania) magistrów zdrowia publicznego lub epidemiologii. • Uwzględniając niekorzystny profil polskich epidemiologów terenowych w porównaniu z krajami Unii Europejskiej o porównywalnej wielkości, istnieje pilna potrzeba zwiększenia dostępności różnych form szkolenia z epidemiologii w Polsce.

* * *

W dyskusji, prof. A. Zieliński (PZH) podkreślił, że konieczne jest podwyższenie kwalifikacji wymaganych przy przyjmowaniu nowych pracowników, a szkolenia krótkoterminowe nie zastąpią podstawowego wykształcenia w dziedzinie epidemiologii. • Zgodzono się, że w PIS brakuje zarówno specjalistów mogących pełnić funkcję kierowników specjalizacji, jak również personelu wykwalifikowanego pod względem pedagogicznym. • W obecnej sytuacji istotną staje się możliwość komisyjnego przyznawania tytułu specjalisty z epidemiologii lekarzom oraz magistrów z odpowiednim stażem pracy w epidemiologii, dorobkiem naukowym oraz dydaktycznym. • Prof. J. Zejda (ŚAM) wyraził opinię, że kluczowe jest zwiększenie dostępności specjalizacji dla magistrów poprzez rozszerzenie listy zawodów upoważniających do rozpoczęcia specjalizacji z epidemiologii, stworzenie modelu finansowania przez PIS specjalizacji magistrów, oraz położenie większego nacisku w programach specjalizacji dla magistrów na powiązanie analizy danych epidemiologicznych z opracowywaniem i wdrażaniem programów profilaktycznych dla ludności. • Aby zwiększyć dostępność specjalizacji ważne jest również tworzenie rezydentur na terenie wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, umożliwiających odbywanie stażu podstawowego w miejscu pracy, oraz zwiększenie liczby placówek prowadzących staże kierunkowe. • Wskazane byłoby otwarcie drogi kariery w epidemiologii absolwentom szkół zdrowia publicznego w Polsce, np. poprzez zorganizowanie egzaminu państwowego, który by uprawniał do pracy w PIS na równi ze specjalistami z epidemiologii.

* * *

Na podstawie obrad Komisji sformułowane zostały następujące wnioski:

1. Aktualna sytuacja w zakresie szkolenia kadr Państwowej Inspekcji Sanitarnej z epidemiologii budzi głęboki niepokój Komisji i wymaga podjęcia działań długofalowych.
2. Potrzebne jest zachowanie ciągłości krótkoterminowych kursów szkoleniowych dla pracowników PIS poprzez rozbudowanie i ujednolicenie programu szkoleń oraz zapewnienie dla nich środków finansowych.
3. Aby zapewnić odpowiednią kadrę osób szkolących należy rozważyć zwiększenie dostępności szkolenia długoterminowego poprzez rozszerzenie specjalizacji z epidemiologii, rozwinięcie programów akademickich w dziedzinie epidemiologii, jak również krajowego szkolenia z epidemiologii interwencyjnej.
4. Powinno się dążyć do rozwinięcia specjalizacji z epidemiologii poprzez zwiększenie liczby akredytowanych ośrodków szkoleniowych oraz szybkie zwiększenie liczby specjalistów poprzez umożliwienie doświadczonym ekspertom o uznanym dorobku uzyskiwania specjalizacji w uproszczonym trybie.

Paweł Stefanoff, Sekretarz Komisji