

Jan E. Zejda

SYLWETKA ZAWODOWA LEKARZA EPIDEMIOLOGA W OPINII DYREKTORÓW SZPITALI W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Zakład Epidemiologii Wydziału Zdrowia Publicznego
Śląska Akademia Medyczna
Kierownik: Jan E. Zejda

Artykuł przedstawia wyniki opracowania anonimowych opinii dyrektorów szpitali (województwo śląskie) na temat zakresu kompetencji i obowiązków lekarza epidemiologa. Wyniki wskazują na postrzeganie nowej specjalizacji jako interdyscyplinarnej dziedziny, obejmującej zarówno tradycyjne obszary epidemiologii (np. nadzór nad chorobami zakaźnymi) jak i jej nowsze zastosowania (np. monitoring stanu zdrowia populacji, populacyjne programy profdaktyczne, ocena ryzyka zdrowotnego).

Słowa kluczowe: epidemiologia, specjalizacja lekarska, program szkolenia
Key words: epidemiology, medical specialty, course curriculum

WSTĘP

Nie tylko w teorii, ale także w praktyce epidemiologii dobre podstawy metodologiczne są gwarancją skuteczności działań. Jakość badań epidemiologicznych realizowanych w kraju jest przedmiotem uzasadnionej troski. Pogląd ten wynika przede wszystkim z własnych doświadczeń autora, nabytych w trakcie podejmowania i prowadzenia szeregu badań, w których - z perspektywy czasu - łatwo można zidentyfikować wiele mankamentów. Krytyczne uwagi na temat realiów „dobrej praktyki epidemiologicznej” nie są izolowane i zapewne podzielana jest w środowisku opinia, że przyczyną niedostatków metodologicznych są „ułomności kształcenia w epidemiologii zarówno na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym” (1). Przytoczony pogląd dotyka sedna sprawy i ma uniwersalne znaczenie (2-4). Złożoność tematyczna i metodologiczna dociekań epidemiologicznych jest zrozumiałą przyczyną trudności, które zostały dawno rozpoznane i których natężenie raczej nie będzie maleć, zważywszy na obserwowany rozwój warsztatu naukowego epidemiologii. W tej sytuacji naturalną reakcją jest prowadzenie systematycznego szkolenia w dziedzinie epidemiologii. Na tym tle zrozumiałe jest rozpowszechnienie szkoleń podyplomowych z zakresu epidemiologii, oferowanych przede wszystkim przez ośrodki uniwersyteckie w Ameryce Północnej i krajach Unii Europejskiej (5-7). Pobieżny nawet przegląd programów i kursów publikowanych w sieci internetowej pośrednio odzwierciedla wielkość zapotrzebowania na szkolenie

w tym zakresie. Z niektórych ofert korzystali i korzystają polscy lekarze. Jest to korzystne w indywidualnym wymiarze, ale trudne do zaakceptowania ze względu na potrzeby kreowania i doskonalenia nowoczesnego, krajowego potencjału kadrowego w tym zakresie. Przedstawiona sytuacja została uwzględniona podczas prac nad nowelizacją programu specjalizacji w dziedzinie higieny i epidemiologii (8). Nie został on wdrożony, albowiem na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2001 r. wprowadzona została tzw. specjalizacja szczegółowa w dziedzinie epidemiologii (9).

Konieczność utrzymania epidemiologii wśród specjalizacji lekarskich raczej nie budzi wątpliwości. Uzasadnione są natomiast pytania o zawodową sylwetkę i kompetencje lekarza epidemiologa. Niniejsza praca jest próbą określenia poglądów opiniotwórczego gremium pracowników służby zdrowia odnośnie specjalizacji z epidemiologii. Artykuł przedstawia wyniki badania, którego celem było poznanie opinii dyrektorów szpitali w województwie śląskim na temat kompetencji i miejsca pracy lekarza epidemiologa.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w okresie wrzesień-październik 2002 roku. Polegało ono na rozesłaniu anonimowych kwestionariuszy do dyrektorów szpitali w województwie śląskim. Na podstawie adresów zidentyfikowanych w komputerowej bazie danych wysłano do 120 szpitali anonimowe kwestionariusze otrzymując z powrotem 55 wypełnionych egzemplarzy (odsetek odpowiedzi = 46%). W kwestionariuszu zawarto wykaz możliwych zakresów kompetencyjnych lekarza epidemiologa oraz wykaz możliwych miejsc jego zatrudnienia. Respondent był proszony o zajęcie stanowiska w odniesieniu do każdej propozycji, poprzez określenie swoich preferencji według pięciostopniowej skali: 1 („pełna dezaprobata”) ... 5 („pełna aprobata”). Treść poszczególnych pytań jest ujawniona w tabelach przedstawiających rozkład odpowiedzi (rozdział WYNIKI). Analiza danych obejmowała obliczenie częstości względnej (%) poszczególnych odpowiedzi (w skali 1-5), w odniesieniu do każdej propozycji w kwestionariuszu.

WYNIKI

Wyniki badania przedstawiają tabele I-III. W tabelach I i II przedstawiono opinie respondentów na temat kompetencji i zakresu obowiązków lekarza epidemiologa. Analiza wyników ujawnia zróżnicowanie stanowisk, przy czym z największą aprobatą (ponad 50% wskazań na poziomie „pełnej aprobaty”) odznaczały się następujące propozycje: „organizowanie i prowadzenie nadzoru epidemicznego, w tym ustalanie wskazań i nadzór nad realizacją kalendarza szczepień”, „opracowanie ogniska epidemicznego”, „organizowanie zabezpieczenia zdrowotnego ludności na terenie dotkniętym klęską lub katastrofą i prognozowanie potencjalnych skutków zdrowotnych tych wydarzeń”, „profilaktyka, diagnostyka i orzecznictwo w odniesieniu do zakażeń szpitalnych”, „planowanie i prowadzenie badań ukierunkowanych na ocenę stanu zdrowia i uwarunkowań stanu zdrowia populacji”, „opiniowanie planowanych przedsięwzięć i inwestycji pod kątem potencjalnego ryzyka zdrowotnego dla lokalnej społeczności”.

W tabeli III przedstawiona jest opinia respondentów na temat miejsca pracy lekarza epidemiologa. Ponad połowa ankietowanych udzieliła pełnej aprobaty dla następujących instytucji: „terenowa lub wojewódzka stacja sanitarno-epidemiolo-

Tabela I. Rozkład opinii respondentów w odniesieniu do poszczególnych kompetencji i zakresu obowiązków lekarza epidemiologa (część I)

Table I. Responders' opinions concerning specific areas of competence and professional tasks of a physician-epidemiologist (part I)

Kompetencje i zakres obowiązków lekarza epidemiologa	Częstość (%) odpowiedzi klasyfikowanych jako*:				
	„1”	„2”	„3”	„4”	„5”
Organizowanie i prowadzenie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi	1,8	3,6	1,8	9,1	83,6
Ustalanie wskazań do szczepień, nadzór nad realizacją kalendarza szczepień	5,5	3,6	12,7	21,8	56,4
Opracowanie ogniska epidemicznego (rozpoznanie epidemii, identyfikacja łańcucha epidemicznego, organizacja postępowania itd.)	1,8	0,0	3,6	12,7	81,8
Organizowanie tzw. zabezpieczenia zdrowotnego ludności na terenie dotkniętym kłęską lub katastrofą, prognozowanie potencjalnych skutków zdrowotnych tych wydarzeń	0,0	0,0	12,7	18,2	69,1
Postępowanie profilaktyczne, diagnostyczne i orzecznicze w odniesieniu do tzw. zakażeń szpitalnych	3,8	1,9	9,4	13,2	71,7
Interpretacja przepisów prawnych i wyników badań w obszarze higieny żywności i żywienia	1,9	3,7	25,9	26,9	38,9
Interpretacja przepisów prawnych i wyników badań w obszarze higieny wody	3,7	3,7	24,1	33,3	35,2
Interpretacja przepisów prawnych i wyników badań w obszarze higieny powietrza	3,8	3,8	28,3	28,3	35,8
Interpretacja przepisów prawnych i wyników badań w obszarze higieny budownictwa	3,9	7,8	29,4	27,5	31,8
Interpretacja przepisów prawnych i wyników badań w obszarze higieny transportu	3,8	9,6	28,8	28,8	28,8
Interpretacja przepisów prawnych i wyników badań w obszarze higieny szkolnej	3,8	3,8	26,9	26,9	38,5

* - „1” oznacza minimum (pełną dezaprobatę, kompletny brak zgody) a „5” oznacza maksimum (pełną aprobatę, pełną zgodę)

Tab e l a II. Rozkład opinii respondentów w odniesieniu do poszczególnych kompetencji i zakresu obowiązków lekarza epidemiologa (część II)

Tab l e II. Responders' opinions concerning specific areas of competence and professional tasks of a physician-epidemiologist (part II)

Kompetencje i zakres obowiązków lekarza epidemiologa	Częstość (%) odpowiedzi klasyfikowanych jako*:				
	„1”	„2”	„3”	„4”	„5”
Planowanie i prowadzenie badań ukierunkowanych na ocenę stanu zdrowia i uwarunkowań stanu zdrowia lokalnej społeczności (populacji), analiza danych i interpretacja ich wyników	1,8	1,8	7,3	32,7	56,4
Planowanie, inicjowanie i nadzór nad realizacją i ocena wyników populacyjnych programów profilaktycznych	0,0	9,6	5,8	38,5	46,2
Planowanie i prowadzenie badań ukierunkowanych na ocenę metod diagnostycznych, procedur terapeutycznych i strategii profilaktycznych, analiza danych i interpretacja wyników	0,0	3,7	22,2	29,6	44,4
Profilaktyka, diagnostyka, terapia i orzecznictwo w chorobach o podłożu środowiskowym	1,9	9,4	18,9	34,0	35,8
Konsultacje z zakresu metodologii badań naukowych w medycynie (protokoły badawcze, biostatystyka) i udział w realizacji badań	7,5	13,2	22,6	28,3	28,3
Udział w kształtowaniu lokalnej polityki zdrowotnej	0,0	3,7	13,0	37,0	46,3
Opiniowanie planowanych przedsięwzięć i inwestycji pod kątem potencjalnego ryzyka zdrowotnego dla lokalnej społeczności	0,0	0,0	11,3	30,2	58,5

* - „1” oznacza minimum (pełną dezaprobatę, kompletny brak zgody) a „5” oznacza maksimum (pełną aprobatę, pełną zgodę)

Tab e l a III. Rozkład opinii respondentów w odniesieniu do kwestii miejsca pracy lekarza epidemiologa

Tab l e III. Responders' opinions concerning potential job placements of a physician-epidemiologist

Podstawowe miejsce pracy lekarza epidemiologa	Częstość (%) odpowiedzi klasyfikowanych jako*:				
	„1”	„2”	„3”	„4”	„5”
Terenowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna	0,0	0,0	7,5	17,0	75,5
Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna	1,9	1,9	0,0	17,3	78,8
Szpital kliniczny	12,2	2,0	8,2	16,3	61,6
Szpital wieloprofilowy - poziom powiatu	12,5	2,1	12,5	20,8	52,1
Szpital wieloprofilowy - poziom województwa	12,5	2,1	8,3	12,5	64,6
Publiczne zakłady opieki zdrowotnej („lecznictwo otwarte”)	33,3	15,6	26,7	11,1	13,3
Prywatna praktyka	58,1	18,6	16,3	7,0	0,0
Urząd Miejski („wydział zdrowia”)	12,2	6,1	14,3	28,6	38,8
Urząd Wojewódzki („wydział zdrowia”)	7,7	5,8	7,7	25,0	53,8
Kasa Chorych	22,9	2,1	18,8	16,7	39,6

* - „1” oznacza minimum (pełną dezaprobatę, kompletny brak zgody) a „5” oznacza maksimum (pełną aprobatę, pełną zgodę)

giczna", „szpital kliniczny albo wieloprofilowy (powiatowy lub wojewódzki)", „urząd wojewódzki".

Uzyskane informacje poddano dodatkowej klasyfikacji przyjmując za miarę poziomu akceptacji głosy odzwierciedlające „aprobatę" (4 pkt.) lub „pełną aprobatę" (5 pkt.). Przyjęto za istotny skumulowany odsetek wskazań przekraczający 75%. Na tej podstawie opracowano „zbiorną" opinię, przedstawioną na rycinie 1.



Ryc. 1. Kompetencje lekarza epidemiologa, które w opinii respondentów zyskały największą akceptację (skumulowana częstość opinii „4" i „5" na poziomie 75% lub wyższym)

Fig. 1. Areas of professional competence of a physician-epidemiologist receiving the largest responders' acceptance (cumulated frequency of marks "4" and "5" at the level of 75% or above)

DYSKUSJA

Przeprowadzone badanie miało charakter sondażowy, a odsetek uzyskanych odpowiedzi (50%) nie upoważnia do uogólniania wyników. Do wyrażenia poglądów zaproszono jednakże grono tych pracowników służby zdrowia, których opinia nie może nie być brana pod uwagę, gdy rozważa się praktyczne aspekty funkcjonowania specjalizacji lekarskich. Udział w badaniu miał charakter anonimowy i nie można wykluczyć, że przekazane poglądy były formułowane z uwzględnieniem wyników konsultacji środowiskowych. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że w opinii dyrektorów szpitali w województwie śląskim lekarz epidemiolog powinien:

- organizować i prowadzić nadzór specjalistyczny nad chorobami zakaźnymi;
- ustalać wskazania do szczepień i prowadzić nadzór nad realizacją kalendarza szczepień;
- opracowywać ogniska epidemiczne;
- organizować zabezpieczenie zdrowotne ludności na terenie dotkniętym kłeską lub katastrofą i prognozować potencjalne skutki zdrowotne tych wydarzeń;

- prowadzić postępowanie profilaktyczne, diagnostyczne i orzecznicze w odniesieniu do tzw. zakażeń szpitalnych;
- planować i prowadzić badania ukierunkowane na ocenę stanu zdrowia i uwarunkowań stanu zdrowia lokalnej społeczności;
- planować, inicjować i nadzorować realizację oraz interpretować wyniki populacyjnych badań profilaktycznych;
- planować i prowadzić badania mające na celu ocenę metod diagnostycznych, procedur terapeutycznych i strategii profilaktycznych;
- brać udział w kształtowaniu lokalnej polityki zdrowotnej;
- opiniować planowane przedsięwzięcia i inwestycje pod kątem potencjalnego ryzyka zdrowotnego.

Preferowany profil zawodowy lekarza epidemiologa ujawnia dwie interesujące okoliczności. Po pierwsze, trzeba odnotować fakt, że poza tradycyjnie postrzeganym zakresem działalności epidemiologa wymienione zostały te elementy, które dotyczą roli lekarza w prowadzeniu populacyjnych programów oceny stanu zdrowia populacji, populacyjnych programów profilaktycznych oraz zadań z zakresu oceny ryzyka zdrowotnego. Obecność trzech ostatnich obszarów odzwierciedla - w opinii autora - korzystną ewolucję w poglądach na temat profilu zawodowego lekarza epidemiologa i z pewnością wymaga od specjalisty nowoczesnej wiedzy dotyczącej metodologii badań epidemiologicznych, a przede wszystkim wskazuje na celowość istotnej modyfikacji programu szkolenia specjalizacyjnego.

Znamienne wydaje się być pominięcie szeregu aspektów, np. nie znalazły się wśród obszarów kompetencji zawodowych klasyczne zagadnienia higieny. Może to odzwierciedlać fakt, że ustanowiona została nowa, podstawowa specjalizacja w dziedzinie zdrowia publicznego, obejmującego zagadnienia higieny - zdrowia środowiskowego (9). Stosunkowo wysoko, ale poniżej przyjętego kryterium (75% odpowiedzi „4” i „5”), postrzegano rolę lekarza epidemiologa w realizacji badań z zakresu epidemiologii klinicznej. Ten wynik zasługuje na uwagę. Z jednej strony rola dowodów naukowych w medycynie klinicznej jest powszechnie akceptowana (10). Z drugiej strony, ewentualny brak szkoleń w tym zakresie nie będzie sprzyjał bardzo pożądanemu podnoszeniu poziomu krajowej kompetencji w zakresie epidemiologii klinicznej.

Na uwagę zasługuje fakt, że ankietowani akceptują wielowątkową formułę specjalizacji w zakresie epidemiologii. Interdyscyplinarność może być traktowana jako istotny walor, ale z drugiej strony stwarza potencjalne pola „konfliktu kompetencyjnego” na styku epidemiologii ze zdrowiem publicznym, z obszarem chorób zakaźnych, immunologii itd. To zagrożenie wymaga szczególnej uwagi ze strony zespołu pracującego nad programem szkolenia specjalizacyjnego. Interdyscyplinarność jest jednakże „chlebem powszednim” epidemiologii i można oczekiwać, że problem ten zostanie pozytywnie rozstrzygnięty w programie specjalizacyjnym. Praktyka zweryfikuje te i inne wątpliwości. Należy przy tym żywić nadzieję, że nowa formuła specjalizacji w zakresie epidemiologii spotka się z większym zainteresowaniem lekarzy niż wcześniej funkcjonująca specjalizacja z zakresu higieny i epidemiologii. Za celowością podniesienia rangi specjalizacji z epidemiologii przemawia także fakt, że zaledwie połowa zaproszonych osób zechciała wziąć udział w sondażu, co może odzwierciedlać niski poziom zainteresowania problematyką specjalizacji w dziedzinie epidemiologii.

Jan E. Zejda

PROFESSIONAL PROFILE OF PHYSICIAN CERTIFIED IN EPIDEMIOLOGY IN
A VIEW OF HOSPITAL MANAGERS IN SILESIAN VOIVODESHIP, POLAND

SUMMARY

In Poland, the target profile of a new medical specialty - epidemiology - is subject to discussion. The objective of this paper was to review opinions concerning the tasks and areas of responsibilities of a physician-epidemiologist, expressed by 55 managers (out of 120 invited) of hospitals located in Silesian Voivodship. The results revealed that the preferable areas of professional activity of a physician-epidemiologist include: (a) control of infectious diseases, (b) design and control of vaccination programmes, (c) provision of health care in case of disasters/catastrophies, including assessment of potential health effects of emergency events, (d) prevention, diagnostics and evaluation of hospital-based infections, (e) planning and conducting population-based health monitoring programmes, (f) planning, designing, supervision and evaluation of population-based preventive measures, (g) design and conduct of investigations of diagnostic and therapeutic procedures and preventive strategies; (i) involvement in planning of local health policies, and (j) assessment of the health impact of new technologies. The findings could be addressed while drafting the curriculum of postgraduate medical training in epidemiology.

PIŚMIENNICTWO

1. Brzeziński ZJ, red.. Perspektywy epidemiologii w Polsce - bilans otwarcia na XXI wiek. Warszawa: Komisja Epidemiologii PAN, 2001:12.
2. Krzyzanowski M. Summary of round table discussion: „state and status of environmental epidemiology in CCEE”. Host Factors in Environmental Epidemiology. Kraków: Szkice, 1995:239-241.
3. Pająk A. Nauczanie epidemiologii. Brzeziński ZJ, red.. Perspektywy epidemiologii w Polsce - bilans otwarcia na XXI wiek. Warszawa: Komisja Epidemiologii PAN, 2001:103-108.
4. Jędrzychowski W, Maugeri U. Needs and requirements for undergraduate and graduate training in environmental and occupational epidemiology. *G Ital Med Lav* 1993;15:7-11.
5. Malfait P, Helynck B. Seventeen years of intervention epidemiology training at Veyrier-du-Lac, 1984-2000. *Euro Surveill* 2002;6:36-37.
6. Beebe LA, Neas BR, Asal NR. The health agency training program: continuing education courses in biostatistics and epidemiology. *Public Health Rep* 2000;115:370-377.
7. Zvarova J, Engelbrecht R, van Bommel JH. Education and training in medical information, statistics and epidemiology in EuroMISE. *Int J Med Inf* 1997;45:3-8.
8. Programy studiów specjalizacyjnych. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2001.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów. *Dziennik Ustaw RP* Nr 83 z dnia 13 sierpnia 2001 r.
10. Jędrzychowski W. Koncepcja medycyny opartej na dowodach nowym wyzwaniem dla epidemiologii i medycyny zapobiegawczej. *Przegl Epidemiol* 2001;55:1-8.

Adres autora:

Jan E. Zejda,
Zakład Epidemiologii, Śląska Akademia Medyczna,
ul. Medyków 18, 40-752 Katowice,
e-mail: epikat@slam.katowice.pl