

**Prof. dr hab. n. med. Witold Lukas**  
Politechnika Częstochowska  
Wydział Zarządzania  
Instytut Nauk o Zdrowiu i Żywieniu  
Katedra Zdrowia Publicznego

## **Recenzja Rozprawy Doktorskiej**

**Lek. Julii Strumilo**

p/t

### **Analiza wpływu pacjentów na decyzje lekarzy rodzinnych dotyczących antybiotykoterapii.**

#### **Uwagi wstępne**

Przedstawiona do recenzji praca zawiera 109 stron + aneks: 5 stron, spis treści – 3 strony, spis tabel, rycin i skrótów – 3 strony, wstęp - 29 stron, cel i założenia – 2 strony, materiał i metody – 4 strony, wyniki badań – 18 stron, dyskusja – 28 stron, wnioski – 1 strona, piśmiennictwo – 17 stron, streszczenie w j. polskim i j. angielskim: 6 stron. Wstęp zawiera 8 podrozdziałów, w rozdziale wyniki zamieszczono 10 tabel i 7 rycin. Praca zawiera 182 pozycje piśmiennictwa w tym 162 anglojęzyczne, a pozostałe polskojęzyczne.

Pracy jest przygotowana zgodnie z zasadami redagowania rozpraw doktorskich. Umieszczenie zarówno tabel, jak i rycin w tekście, a także sposób ich zredagowania i opracowania graficznego ułatwia zapoznanie się z treścią pracy.

## **Wprowadzenie**

Problem racjonalnego stosowania antybiotyków w Polsce i wielu krajach europejskich, a także Ameryki jest przedmiotem licznych analiz zmierzających do optymalizacji podejmowania decyzji terapeutycznych, co w konsekwencji powinno przeciwdziałać zjawisku narastającej oporności bakterii na stosowane leki przeciwbakteryjne. Ważnym przedsięwzięciem w Polsce jest publikowanie rekomendacji postępowania w zakażeniach układu oddechowego, nerwowego, dróg moczowych przez grupy ekspertów wypełniających w ten sposób Narodowy Program Ochrony Antybiotyków koordynowany przez prof. Walerię Hryniewicz. Przyjmuje się, że 80-90 % antybiotyków przepisywanych jest w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. A zatem szczególnie ważnym problemem jest racjonalizacja antybiotykoterapii w POZ. Nadal lekarze pierwszego kontaktu decyzję o zastosowaniu antybiotyków podejmują przede wszystkim w oparciu o domniemanie prawdopodobnej etiologii zakażenia w ramach tzw. terapii empirycznej. Niezwykle istotnym jest również problem znajomości czynników mogących mieć wpływ na decyzje lekarzy podejmowanych podczas konsultacji lekarskich zarówno z pacjentami dorosłymi, jak i dziećmi w obecności rodziców. Dominującym modelem konsultacji przyjętym przez środowisko lekarzy rodzinnych jest postępowanie ukierunkowane na pacjenta i jego rodzinę. Taki sposób podejścia do osoby chorej i jego rodziny determinuje podejmowanie m.in. decyzji terapeutycznych przede wszystkim u pacjentów z chorobami przewlekłymi, z ostrymi epizodami zapalnymi na tle bakteryjnym, wirusowym lub alergicznym. Oczekiwania zarówno pacjentów dorosłych, jak i opiekunów w przypadku dzieci są różnorodne i uwarunkowane są cechami pacjentów, które można ująć w kilka grup typologicznych, np.: sceptyków, hedonistów, ufających i konsumpcjonistów. W konsultacji lekarz-dziecko-rodzic należy również uwzględnić aspekt relacyjny, strukturalny i zawartości konsultacji. Podjęcie przez lek. Julię Strumiło pracy dotyczącej wpływu pacjentów na decyzje terapeutyczne lekarzy rodzinnych stanowi atrakcyjne i nowe podejście do problematyki dotyczącej stosowania antybiotyków u pacjentów POZ. Doktorantka dokonała oceny rodzaju wpływu pacjentów, częstości poszczególnych rodzajów wpływu i ich istotności w procesie podejmowania i stosowania antybiotykoterapii w zakażeniach dróg oddechowych. Szczegółowe cele dotyczyły: analizy częstości przepisywania antybiotyków, zgodności z wytycznymi antybiotykoterapii zakażeń dróg oddechowych; analizy korelacji objawów klinicznych z częstością wypisywania antybiotyku, oceny które objawy kliniczne są najsilniej skorelowane z wypisywaniem, jak również z niewypisywaniem antybiotyku; analizy rodzaju wpływu wywieranego przez pacjentów w celu uzyskania recepty na antybiotyk, częstości ich

występowania, analizy korelacji z wypisywaniem lub niewypisywaniem antybiotyku; łącznej oceny wpływu objawów klinicznych i odchyleń w badaniu przedmiotowym oraz wpływu pacjenta na decyzję o antybiotykoterapii.

We **wstępie** autorka zwraca uwagę na zagrożenia związane z nadmiernym spożyciem antybiotyków z szczególnym uwzględnieniem antybiotykoodporności występującej w Polsce i na świecie. Godne podkreślenia jest zamieszczenie tabeli przedstawiającej oszacowanie zagrożeń związanych z antybiotykoodpornością opracowane przez CDC Atlanta skategoryzowane w trzy grupy: pilne, poważne i niepokojące. Doktorantka podkreśla, że mimo wzrostu poziomu wiedzy na temat zagrożeń związanych z antybiotykoterapią nadal obserwuje się zwiększenie globalnej konsumpcji antybiotyków w wielu krajach, w tym również w Polsce. W kolejnych częściach wstępu autorka w sposób bardzo przejrzysty i syntetyczny omawia poszczególne grupy antybiotyków stosowane w terapii stanów zapalnych. Ważne miejsce zajmuje rozdział poświęcony najczęstszym wskazaniom do wypisywania antybiotyków. Doktorantka zwraca uwagę na potrzebę stosowania różnych narzędzi przede wszystkim skal punktowych szacujących prawdopodobieństwo zakażenia bakteryjnego u pacjentów demonstrujących patologiczne zaburzenia ze strony układu oddechowego. Autorka omawia problemy związane z podejmowaniem decyzji terapeutycznych w zapaleniu gardła i migdałków, w zapaleniu płuc, ostrym zapaleniu jam nosowych i zatok przynosowych, ostrym zapaleniu ucha środkowego i zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Badania dodatkowe mające na celu ustalanie etiologii zakażeń omówione zostały w odrębnym rozdziale. Dużo uwagi doktorantka poświęca w nim wskaźnikom ostrej fazy. Oznaczanie CRP powinno przyczynić się według licznych poglądów cytowanych przez autorów anglojęzycznych, jak również i polskich do poprawy trafności diagnozy i wpłynąć na zdecydowanie zmniejszenie stosowania antybiotyków w infekcjach wirusowych. Jednakże wyniki badań nie są jednoznaczne, chociaż metaanaliza z 2013r. (Br J Gen Pract) sugeruje, że wykonanie CRP podczas konsultacji lekarskiej znacząco zmniejsza preskrypcję antybiotyków. Autorka zwraca uwagę, że jedynym zalecanym badaniem bakteriologicznym przez polskie wytyczne jest wymaz z gardła i/lub szybki test paciorkowcowy. Kluczowe miejsce we wstępie zajmują dwa podrozdziały, które omawiają czynniki wpływające na decyzję lekarzy i działania mające na celu zmniejszenie preskrypcji antybiotyków. Duże znaczenie przypisuje się aktualizacji wytycznych postępowania w stanach zapalnych, edukacji lekarzy, w tym szkoleniom na odległość, przez internet, monitorowaniu preskrypcji wraz z przekazywaniem informacji zwrotnej zainteresowanym lekarzom. Na zakończenie wstępu Autorka przedstawia Narodowy Program Antybiotyków wprowadzony w Polsce i prezentuje dotychczasowe dokonania w zakresie realizacji tego programu.

**Cele pracy** zostały sformułowane jasno. Autorka zamieściła również cele strategiczne, a mianowicie: poprawę jakości preskrypcji antybiotyków, a tym samym zapobieganie dalszemu narastaniu antybiotykoodporności.

Rozdział **material i metody** przedstawia zakres wykonanych badań, długi okres obserwacji 2007-2013r. co stanowi niewątpliwie dużą zaletę pracy. W badaniu wzięło udział 50 lekarzy rodzinnych – kierowników specjalizacji, którym przyglądało się podczas realizacji projektu 50 rozpoczynających specjalizację rezydentów medycyny rodzinnej co skutkowało utworzeniem 50 par typu mistrz-uczeń. Chciałbym podkreślić, że taki sposób doboru grupy badanej jest oryginalny, rzadko stosowany w badaniach w POZ w Polsce. Przedmiotem zainteresowania tak dobranych badaczy (50 lekarzy i 50 ich obserwatorów- rezydentów) było opisanie przebiegu konsultacji 1456 pacjentów, u których lekarz prowadzący podejmował decyzję przepisania, bądź nie stosowania antybiotyku. Rezydenci mieli za zadanie opisanie postępowania swojego „mistrza” posługując się uprzednio przygotowanym kwestionariuszem badania, który został załączony do pracy i ma charakter autorski. Szczególną cechą charakterystyczną przyjętej metody badań było przeprowadzanie konsultacji w systemie triady (lekarz rodzinny, szkolący się, pacjent) lub w kwartecie (lekarz rodzinny, szkolący się, dziecko, rodzic/opiekun). W kwestionariuszu ankiety uwzględniono rozpoznanie informacji o przepisaniu lub nie antybiotyku, a także zamieszczono 10 czynników wpływu pacjenta na wypisanie przez lekarza antybiotyków. Kwestionariusz został przygotowany na podstawie dostępnych pozycji piśmiennictwa, w tym przede wszystkim pracy Scotta.

**Wyniki badań** poddano analizie statystycznej posługując się testem  $\chi^2$  dla oszacowania zależności\* między zmiennymi jakościowymi oraz stworzono model wielowymiarowy metodą regresji logistycznej wieloczynnikowej. Wyeliminowano również predyktory o najmniejszym wpływie stosując metodę wstecznej eliminacji. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu STATA/IC 12.1. Wyniki zostały przedstawione w sposób uporządkowany i przejrzysty. Zostały zilustrowane tabelami i rycinami dobrze wkomponowanymi w tekst. Zwraca uwagę duża dokładność i staranność jaką Doktorantka wykazała analizując kwestionariusze ankiet. Wyniki przeprowadzonych badań u pacjentów, których średni wiek wynosił 30,5 lat, a rozpiętość wieku od 1 m.ż.-91 r.ż. wykazały, że pacjenci najczęściej zgłaszali się z objawami z strony dróg oddechowych tj. kaszel, ból gardła, katar. Najczęściej obserwowano w badaniu przedmiotowym czerwone gardło, powiększenie węzłów chłonnych szyjnych i podżuchwowych, a nieprawidłowe wyniki badań dodatkowych stwierdzony w zaledwie 5,2 % wszystkich konsultacji.

Najczęstszymi rozpoznaniem stawianymi przez lekarza były: rozpoznania infekcji wirusowej, ostrego zapalenia gardła, ostrego zapalenia oskrzeli. U 790 pacjentów przepisano antybiotyki (54,3 % wszystkich konsultacji). Najczęściej lekarze przepisywali amoksyliny, a zalecana jako antybiotyk pierwszego rzutu fenoksymetylopenicylinę wypisano tylko w 0,5 % konsultacji. Największymi czynnikami wpływu pacjenta na przepisanie antybiotyku przez lekarza były: wcześniejsze samodzielne stosowanie antybiotyku przez pacjenta, poproszenie lekarza wprost o wypisanie antybiotyku, a także skarga pacjenta sugerująca nasilenie dolegliwości. Jak wynika z badań statystycznych (regresji logistycznej wieloczynnikowej) największą szansę wypisania antybiotyku zwiększała obecność zmian osłuchowych typu rzężeń i trzeszczeń, a także obecność wysięku lub nalotów na migdałkach. Trzy czynniki wpływu pacjenta okazały się istotne w analizie regresji logistycznej wieloczynnikowej: samodzielne rozpoczęcie antybiotykoterapii przez pacjenta, prośba o antybiotyk wprost i prośba pacjenta by nie wypisywać antybiotyku.

**Dyskusja** świadczy o dużej dojrzałości naukowej doktorantki i znajomości piśmiennictwa. Autorka dokonała szczegółowej analizy porównawczej własnych wyników badań z wynikami przeprowadzonych badań w Polsce w wielu krajach europejskich, Azji i Ameryce. Należy podkreślić, że Doktoranta zachowała dystans i krytycyzm w odniesieniu do własnych dokonań, jak również wskazała na rozbieżność poglądów u badaczy tego zagadnienia. Istotne jest stwierdzenie Autorki, że bardzo rzadko wykonuje się badania dodatkowe u pacjentów z chorobami dróg oddechowych i co jest zaskakujące sporadycznie stwierdza się nieprawidłowości w zakresie tych badań. Doktorantka podkreśliła, że w Polsce rzadko dokonuje się badania ostrej fazy – CRP. Oznaczanie CRP nie jest polecane w polskich rekomendacjach. Lek. Julia Strumiło podkreśliła jednak, że brak jednoznacznych poglądów dotyczących przydatności CRP u pacjentów POZ. Problem dotyczy m.in. przyjęcia wartości odcięcia CRP co ma istotne znaczenie w interpretacji wyników badań tego wskaźnika. We własnych badaniach u pacjentów, u których rozpoznano bakteryjne zapalenie gardła badania mikrobiologiczne lub szybki test (strepto) wykonano u zaledwie u 1% wszystkich badanych. Przeciwwstawiając postawy lekarzy rodzinnych w Polsce doświadczeniom lekarzy europejskich Doktorantka podkreśliła specyficzne podejście lekarzy skandynawskich do antybiotykoterapii. Wyraża się ono ograniczeniem stosowania antybiotyków, stosowaniem penicylin o wąskim spektrum, częstym wykonywaniem badań dodatkowych i instytucjonalnym monitorowaniem preskrypcji. A zatem nasuwa się istotny wniosek, że dostępność do wytycznych, regularne ich publikowanie i aktualizowanie, ich znajomość nie oznacza, że są one stosowane przez lekarzy w praktyce codziennej. Z przeprowadzonego badania przez Autorkę wynika, że lekarze POZ nadmiernie przepisują antybiotyki zwłaszcza

w infekcjach o podłożu wirusowym co wskazuje na fakt, że nie przestrzegają rekomendacji. W dalszej części dyskusji Doktorantka uważa, że przyczyną takiej sytuacji może być również bardzo wczesne zgłaszanie się pacjentów z objawami początkowymi stanów zapalnych układu oddechowego, minimalne zlecenia badań dodatkowych, utrwalone nawyki preskrypcyjne, ograniczona dostępność niektórych leków (fenoksymetylopenicylina) na rynku farmaceutycznym w Polsce i presja pacjenta. Ważne jest również odniesienie wyżej dyskutowanej sytuacji do trendów światowych. Autorka stwierdza, że występuje ogólnoświatowa tendencja do nadużywania stosowania antybiotyków. Presja pacjenta może być w różnorodny sposób pojmowana przez lekarza. część pacjentów oczekuje informacji podczas konsultacji o szczegółowym planie terapeutycznym, o czasie trwania choroby i niekoniecznie domaga się przepisania antybiotyków. Stąd Doktorantka uważa, że lekarze niewłaściwie interpretują postawę pacjenta i przedkładają dbałość o satysfakcję pacjenta, chęć uzyskania szybkiej poprawy stanu klinicznego nad poświęcenie pacjentowi więcej czasu, dyskusję, wytłumaczenie jakie są następstwa nadmiernego stosowania antybiotykoterapii. Lek. Julia Strumilo trafnie stwierdza, że wpływ pacjenta na nawyki preskrypcyjne lekarza to zjawisko złożone, wieloczynnikowe. Lekarz POZ codziennie musi rozstrzygać konsultując pacjentów ze stanami zapalnymi układu oddechowego czy spełnia oczekiwania pacjenta czy realizuje jego rzeczywiste potrzeby zdrowotne. Co więcej Autorka stawia odważną tezę, że w podejmowaniu decyzji o antybiotykoterapii czynniki psychologiczne mogą być może odgrywać większą rolę niż stan kliniczny. Ważnym stwierdzeniem Doktorantki jest podkreślenie, że edukacja lekarzy powinna wzmacniać ich asertywność i doskonalić umiejętność przeciwdziałania presji pacjenta. Uzyskane wyniki badań wnoszą istotną wiedzę do dotychczas przeprowadzonych badań z zakresu antybiotykoterapii w POZ. Doktorantka wskazuje na potrzebę dalszej edukacji i podjęcie działań interwencyjnych, aby ograniczyć przepisywanie antybiotyków u pacjentów z infekcją wirusową. Ważnym osiągnięciem przeprowadzonych badań było zwrócenie uwagi na kreowanie pozytywnej postawy lekarza jako stabilnej cechy osobowości, która powinna być czytelna zarówno dla pacjenta dorosłego, jak i dla dziecka i jego rodzica/opiekuna. Może się to odbywać poprzez świadome i nieświadome zachowanie np. przez komunikowanie niewerbalne. Może również wyrażać się w zachowaniach uwzględniających wsparcie, współczucie i opiekuńczość wobec pacjenta. Wsparcie i opiekuńczość muszą być udzielane w sposób rozsądny uwzględniając oczekiwania pacjenta, potrzeby i ograniczenia wynikające z realizacji zadań leczniczych. Wyniki przeprowadzonych badań odzwierciedlają ten problem wskazując na granice stawiane nierealistycznym oczekiwaniom pacjentów, np. prośbą o nie wypisywanie antybiotyku podczas gdy lekarze tej prośby nie uwzględniają, prośbę wprost

o wypisanie antybiotyku, która najczęściej została uwzględniana. Przeprowadzone badania dotyczące wpływu pacjentów na decyzje terapeutyczne (antybiotykoterapię) potwierdzają, że postawa lekarza musi być oparta na gotowości do udzielania pomocy z jednoczesnym poczuciem odpowiedzialności wobec pacjenta jako autonomicznej jednostki. Autonomia pacjenta powinna być w dużym zakresie akceptowana przez lekarza, ale powinna również uwzględniać przez niego zasadę sprawiedliwości obok dobrze znanych lekarzom zasad dobroczynności i nieszkodzenia. Nasuwa się też refleksja, że lekarze rodzinni powinni kierować się zasadą konsultacji lekarskiej skoncentrowanej na pacjencie opartej o partnerstwo i obopólne zaufanie lekarza i pacjenta. W zakresie podniesienia świadomości i wiedzy pacjentów na temat antybiotykoterapii jest jeszcze wiele do zrobienia, tym bardziej, że aktualnie w 2016r. ukazały się nowe rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego. Gorąco zachęcałbym Doktorantkę do podjęcia kontynuacji badań z uwzględnieniem nowym strategii zalecanych przez zespół ekspertów.

Na podstawie przeprowadzonych badań doktorantka sformułowała sześć wniosków, które ściśle odpowiadają na cele pracy.

Wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wnioskiem o dopuszczenie Pani lek Julii Strumiło do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

4958444 prof. dr hab. n. med. Witold LUKAS  
specjalista  
medycyny rodzinnej i pediatrii  
pl. Wolności 114, tel. 52 206-25-42  
40-078 K A T O W I C E