

Białystok, 14-VI-2021.

Prof. dr hab. med. Barbara Bień
Klinika Geriatrii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
15-471 Białystok
Ul. Fabryczna 27
e-mail: bien@umb.edu.pl

OCENA

Rozprawy doktorskiej mgr Ilony Barańskiej

**pt. „Percepcja komunikacji pomiędzy lekarzem a krewnymi osób u kresu życia
przebywających w placówkach opieki długoterminowej – analiza porównawcza w sześciu
krajach Europy”**

przygotowanej pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Katarzyny Szczerbińskiej

Rozprawę oceniłam w oparciu o Ustawę z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2017 r. poz. 1789) oraz na podstawie rozporządzenia MNiSW z dnia 19 stycznia 2018 roku w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodach doktorskich, postępowaniu habilitacyjnym oraz postępowaniu o nadanie tytułu profesora (Dz. U. z 2018 r. poz. 261), zgodnie z uchwałą Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum w Krakowie powołujących mnie na recenzenta w przewodzie doktorskim mgr Ilony Barańskiej.

Ocena wyboru tematu

Przedłożona do recenzji praca doktorska oparta jest o oryginalne badanie porównawcze w sześciu krajach Europy (Belgia, Finlandia, Holandia, Włochy, Polska i Anglia) nad

postrzeganiem komunikacji z lekarzem przez opiekunów rodzinnych osób starszych przed śmiercią podopiecznego w placówkach opieki długoterminowej. **Temat pracy w dużym stopniu wypełnia lukę w wiedzy na temat podstaw teoretycznych i praktycznych aspektów komunikacji między lekarzem a rodziną seniora w terminalnej fazie życia w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej, która przecież nie odpowiada w pełni atrybutom fachowej opieki hospicyjnej.** Uświadomienie kończącego się życia i bezradności formalnych i nieformalnych opiekunów wobec zbliżającej się śmierci ich podopiecznych niezwykle utrudnia relacje lekarz – pacjent – rodzina. Z tego powodu tak ważne jest poznanie czynników zakłócających lub wpływających na komunikację w tym trójkącie, który z natury rzeczy przemienia się z czasem w relację dwustronną z pominięciem umierającego pacjenta. Z tego powodu podjęty temat analizy oceny jakości komunikacji między lekarzem i krewnymi osób umierających w placówkach opiekuńczych w Polsce na tle Europy uważam za uzasadniony i cenny.

Ocena formalna

Rozprawę doktorską Ilony Barańskiej stanowi samodzielnie opracowany i wyodrębniony cykl trzech prac wieloautorskich (pierwszej przeglądowej w języku polskim i dwóch prac oryginalnych opublikowanych w języku angielskim w JAMDA). W każdej z nich doktorantka jest pierwszym autorem. W manuskrypcie zawarła oświadczenia o swoim 80% wkładzie merytorycznym w całość poszczególnych publikacji oraz załączyła oświadczenia zgody na dysertację czterech współautorów publikacji wieloautorskich. Cykl prac został uzupełniony przez doktorantkę względnie obszernym, bo 85-stronicowym opracowaniem w formie manuskryptu pracy doktorskiej - podsumowującego przedłożone do oceny publikacje, włącznie z tabelami, rycinami, piśmiennictwem oraz streszczeniem w języku polskim i angielskim. Tematyka przedłożonych publikacji jest spójna i wyczerpująca w odniesieniu do postawionych celów pracy.

Badanie ma charakter przekrojowy retrospektywny i zostało przeprowadzone w ramach międzynarodowego projektu naukowego PACE (*Comparing the effectiveness of Palliative Care for the elderly people in long-term care facilities in Europe*) w ramach 7. Programu Ramowego UE koordynowanego przez prof. Lieve Van den Block (Belgia), współfinansowanego przez MNiSW w Polsce. Koordynator projektu, prof. Van den Block

poświadczyła uczestnictwo mgr Ilony Barańskiej jako doktorantki uczestniczącej w projekcie i wyraziła pisemną zgodę na wykorzystanie danych z projektu do pracy doktorskiej. Prof. dr hab. Katarzyna Szczerbińska – promotor pracy doktorskiej nad wybranym aspektem Projektu międzynarodowego PACE – kierowała polską częścią tego projektu w Pracowni Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem w Katedrze Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ Collegium Medicum w Krakowie. Projekt uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniu 29 stycznia 2015 roku (nr 122.6120.11.2015).

Ocena merytoryczna

Pierwsza publikacja (*Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2018; 17:150-171*) z cyklu przedłożonych prac zgrabnie wprowadza w temat komunikacji między lekarzem a rodziną umierającego pacjenta skupiając się zarówno na aspektach teoretycznych relacji między stronami, znaczeniu komunikacji, jej jakości oraz narzędziach jej oceny. W ten sposób wyczerpująco realizuje postawiony w pracy doktorskiej pierwszy główny cel badawczy - opis stanu wiedzy na temat podstaw teoretycznych komunikacji u kresu życia między lekarzem a rodziną pacjenta przebywającego w placówce opiekuńczej wraz z celami szczegółowymi.

W omówieniu doktorantka w sposób przekonujący uzasadnia temat podjętego badania. Zwraca uwagę na rosnące w najbliższych latach zapotrzebowanie na opiekę długoterminową nad niesprawnymi seniorami wobec prognozowanego wzrostu udziału osób najstarszych i wydłużania się oczekiwanej długości życia. Mimo, iż aktualne parametry demograficzne w Polsce są mniej zaawansowane, aniżeli w porównywanych krajach europejskich, to prognozy GUS-wskie przewidują ich skokowy przyrost do 2050 roku, który *nolens volens* - z powodu proporcjonalnie rosnącego udziału niesprawnych seniorów - przełoży się na ogromne, szybko rosnące zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę długoterminową wobec kurczącego się potencjału opiekuńczego polskich rodzin. Należy tu dodać, że niezależnie od miejsca pobytu terminalnie chorego seniora, opieka formalna nad nim, w tym w jego środowisku zamieszkania, jest trudno dostępna, słabo zintegrowana między systemem opieki zdrowotnej i społecznej, a także niewystandaryzowana w zakresie norm jakości i standardów opieki. Między innymi z tego powodu rodziny świadczące opiekę nad niesprawnymi seniorami w środowisku pozostają osamotnieni w swojej roli, niedoinformowani i pozbawieni efektywnej komunikacji ze świadczeniodawcami. Warto byłoby w przyszłości

analogicznie przeanalizować ten najszerszy sektor świadczeń opiekuńczych pod kątem komunikacji z lekarzem POZ.

W kolejnej sekcji Wprowadzenia doktorantka koncentruje się na koncepcjach opieki długoterminowej w rozumieniu różnych gremiów. Zwraca uwagę na zależne od specyfiki krajów i koncepcji form opieki sformalizowanej, bardziej lub mniej wzbogaconych o funkcje pielęgniarstwo - lecznicze. Ta różnorodność uzasadnia kategoryzację opieki długoterminowej na typy placówek: 1. z 24-godzinną dostępnością do lekarza (nursing homes, jak ZOL/ZPO) lub 2. z dostępnością lekarza na wezwanie lub przypisanych do podstawowej opieki zdrowotnej (residential homes, jak DPS). Taka koncepcja wydaje się być arbitralna, ponieważ stan podopiecznych w momencie kwalifikowania ich do opieki stacjonarnej nie gwarantuje utrzymywania stanu funkcjonalnego z biegiem czasu – naprzemiennie oba typy opieki byłyby optymalne. Różne modele opieki długoterminowej w porównywanych krajach oparte o specyficzne dla krajów formy jej świadczenia mogą zakłócać interpretację wyników. Przykładem są różnice w charakterystyce podopiecznych, jak chociażby udział pensjonariuszy z poważnymi zaburzeniami funkcji poznawczych – u niemal co drugiego z nich w Polsce (najwyższy spośród porównywanych krajów) i u co szóstego w Holandii (najniższy udział takich osób). Zastanawiające jest również, dlaczego podopieczni opieki długoterminowej w Polsce znacznie częściej są kierowani do szpitala tuż przed śmiercią niż w innych krajach? Czy to tylko brak dobrego przygotowania personelu do świadczenia opieki nad osobą umierającą, jak sugeruje doktorantka? A może to wynik innej misji placówek, różnic w finansowaniu, przeświadczenia o braku formalnych kompetencji, i innych powodów.

Komunikacja w medycynie wydaje się zaniedbanym obszarem wiedzy zarówno w edukacji przed i podyplomowej, zwłaszcza w odniesieniu do komunikacji u schyłku życia. Nadmiar obowiązków administracyjnych, przeciążenie personelu i jego frustracja odbija się na zaniedbywaniu tej sfery relacji zachodzących nie tylko w ramach zespołów terapeutycznych, ale także między lekarzami a pacjentami i ich opiekunami. Z tego powodu niezwykle interesujące było podjęcie się analizy nad postrzeganiem komunikacji z lekarzem przez rodzinę w dramatycznym dla niej czasie odchodzenia bliskich osób.

Trzy kolejne cele - (1) porównanie opinii krewnych osób zmarłych w placówkach opiekuńczych w zakresie komunikacji z lekarzem w sześciu krajach Europy; (2) porównanie

opinii krewnych osób zmarłych w zależności od typu placówek oraz (3) identyfikacja czynników zależnych od cech osoby zmarłej, krewnych zmarłego oraz lekarza powiązanych z percepcją komunikacji między nimi – doktorantka osiągnęła prezentując wyniki badań oryginalnych opublikowanych w dwóch kolejnych artykułach anglojęzycznych w renomowanym czasopiśmie JAMDA.

Do osiągnięcia celów zastosowano retrospektywne przekrojowe badanie kwestionariuszowe w 6 krajach europejskich, w tym w Polsce, w ramach wspomnianego wcześniej projektu PACE. Sposób doboru i wielkości próby były ujednolicone i wystandaryzowane z wyłonieniem dwóch typów placówek opiekuńczych (z całodobowym dostępem do lekarza – typ 1, w Polsce ZOL lub ZPO oraz z całodobową opieką opiekunów lub pielęgniarek z dostępem do lekarza POZ w ciągu dnia – typ 2, w Polsce DPS). Spośród 1707 zmarłych pacjentów założoną do analiz pełną dokumentację kwestionariuszową udało się skompletować jedynie dla 761 zmarłych pacjentów, tj. dla 45% osób z pierwotnie zakładanej próby, co niestety stanowi stosunkowo niski wskaźnik odpowiedzi.

7-punktowa skala *Family Perception of Physician-Family Communication* (FPPFC) posłużyła do oceny komunikacji z lekarzem przez członka rodziny zmarłej osoby (oceny subiektywne) obok kilku dodatkowych kwestionariuszy wypełnianych przez osoby powiązane ze zmarłymi za ich życia (dane zobiektywizowane).

W pracy zastosowano jedno i wielowymiarowe metody statystyczne, w tym opisowe, modele wielopoziomowe, modele regresji, które zostały właściwie omówione.

Wyniki pracy przedstawiono w sposób jasny i przekonujący. Jak się można było spodziewać jakość komunikacji u schyłku życia między lekarzem a krewnym umierającego różniła się istotnie między krajami, od najlepiej ocenianej we Włoszech do najgorzej ocenianej w Finlandii. Wg rankingu średniej ze skali FPPFC, Polska plasowała się tuż przed najniżej ocenianą komunikacją w Finlandii, o czym doktorantka nie wspominała.

Jakość komunikacji w zależności od typu placówek opiekuńczych (z całodobowym dostępem do lekarza vs. ograniczonym dostępem do lekarza z POZ) możliwa była do oceny w trzech krajach (Polska, Włochy i Holandia), tj. w tych gdzie próby badawcze uwzględniały zarówno typ 1 jak i typ 2. placówek. Nie wykazano tu podobnych wyników – w Polsce wyżej oceniano

komunikację z lekarzem w typie 1. placówek (ZOL/ZPO), we Włoszech w typie 2., zaś w Holandii nie stwierdzono istotnej różnicy w zakresie jakości komunikacji między porównywanymi placówkami.

Omówienie i dyskusja uzyskanych wyników jest poprawna i pokazuje ich zgodność z innymi badaniami w zakresie możliwym do porównań. Wyższa jakość komunikacji między analizowanymi interlokutorami wydaje się być powiązana z fachowym przygotowaniem do tego typu wyzwań, edukacją studentów i lekarzy, włącznie z ofertą kursów i szkoleń dla lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia.

Trzeci artykuł koncentruje się nad identyfikacją czynników związanych z jakością komunikacji między lekarzem a rodziną podopiecznych placówek opieki długoterminowej przed ich śmiercią. Zastosowano klasyczną procedurę doboru zmiennych do analiz wieloczynnikowych. Spośród poprawnie wyselekcjonowanych zmiennych w analizach jednoczynnikowych doktorantka opracowała 3 modele wystandaryzowane modele regresji liniowych stopniowo zawężając liczebność próby porównywanych zmiennych zgodnie z ich dostępnością. W modelu ograniczonym do charakterystyki krewnej osoby zmarłej istotnym dla jakości komunikacji okazało się obciążenie emocjonalne wynikające z pełnienia opieki, czas spędzony przy umierającym pacjencie oraz wiek – im starszy tym gorsza percepcja komunikacji. Po włączeniu do modelu I zmiennych dotyczących zmarłych osób nadal utrzymywały się wcześniej wykazane powiązania (model II), a dodatkowo wykazano pozytywny związek między percepcją komunikacji z oddaniem umierającej osoby do opieki paliatywnej. W III, najmniej liczny, ale najbardziej wszechstronny model pojawił się związek między liczbą wizyt lekarza w ostatnim tygodniu życia pacjenta a percepcją komunikacji przez rodzinę, powiązanie wyższego emocjonalnego obciążenia krewnego z negatywnym postrzeganiem komunikacji oraz dłuższego czasu spędzanego przez rodzinę przy łóżku umierającej osoby a pozytywną percepcją komunikacji z lekarzem. Uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w literaturze podkreślając wagę bezpośredniej rozmowy z opiekunem osoby odchodzącej, co tłumaczyłoby gorszą jakość komunikacji z lekarzem w placówkach nie zapewniających całodobowej jego obecności, jak w polskich Domach Pomocy Społecznej. Poza - wspomnianymi w omówieniu - możliwościami poprawy tego stanu rzeczy (organizacja pracy, poszerzanie wiedzy i przeszkolenie personelu) warto byłoby również

wskazać na problem za dużej liczebności populacji przypadającej na 1 lekarza POZ w Polsce. W takich warunkach trudno jest właściwie planować i realizować zadania zdrowotno-opiekuńcze wobec rzeszy podopiecznych, w tym w placówkach DPS.

Całość pracy przedłożonej do oceny podsumowują wnioski, które trafnie odpowiadają na cele badania. Mam tylko jedno zastrzeżenie dotyczące formy czasowników zastosowanych w pierwszej osobie (wykazałam, stwierdziłam, analizowałam, potwierdziłam), zamiast w formie bezosobowej, zwłaszcza iż wszystkie artykuły włączone do cyklu były wieloautorskie.

Podsumowanie

Całość pracy oceniam bardzo pozytywnie i składam wniosek o wyróżnienie. Podkreślenia wymaga nie tylko profesjonalny warsztat naukowy doktorantki, ale przede wszystkim nowatorski charakter podjętej tematyki. Praca wykracza ponad przeciętny poziom rozpraw doktorskich i opublikowana została w czasopiśmie z IF.

Zazwyczaj lekarze i inni praktycy opieki zdrowotnej i społecznej koncentrują się na aspektach merytorycznych i czynnościach instrumentalnych, a rzadziej na formie i sposobach przekazania zdobytej wiedzy pacjentowi i/lub jego opiekunowi rodzinnemu. A przecież poprawna komunikacja połączona z empatią czyni cuda. Trzeba się tego uczyć przez całe życie zawodowe praktyków ochrony zdrowia. Wnioski z badania mają wiele walorów aplikacyjnych, które warto rozpowszechniać.

Podsumowując stwierdzam, że przedstawiona mi do recenzji praca doktorska pt. *„Percepcja komunikacji pomiędzy lekarzem a krewnymi osób u kresu życia przebywających w placówkach opieki długoterminowej – analiza porównawcza w sześciu krajach Europy”* autorstwa mgr Ilony Barańskiej stanowi dzieło nowatorskie, oryginalne, a jednocześnie pouczające. Spełnia warunki art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.), a zatem spełnia wymagania stawiane rozprawom doktorskim.

Przedstawiam Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum wniosek o dopuszczenie mgr Ilony Barańskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Białystok, 11.06.2021

prof. dr hab. Barbara Bień