

Prof. dr hab. med Andrzej Wojteczak
Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Mazovia, Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach

**Ocena rozprawy przedstawionej na stopień doktora nauk o zdrowiu
mgr. Aikerim Kulsharovej**

“Developing a concept of interaction between TB and HIV medical services for a better management of patients with TB/HIV co-infection based on practical experience”

„Opracowanie koncepcji interakcji świadczeń dotyczących zakażeń TB i HIV w celu poprawy opieki nad pacjentami z infekcją TB / HIV w oparciu o praktyczne doświadczenia”

Doktorantka sześciolatek studia medyczne ukończyła w 1986 roku na Uniwersytecie Medycznym w Akbole w Kazachstanie, a następnie przez dwa lata specjalizowała się w Centralnym Instytucie Gruźlicy w Moskwie. Pracując jako lekarz fizjatra przeszła wiele szkoleń kursowych szkolenia w zakresie zwalczania gruźlicy na kursach organizowanych w różnych krajach, między innymi w Instytucie Gruźlicy Warszawie oraz w Uniwersytecie Columbia w Nowym Yorku. Ukończyła również kursowe szkolenie z zakresu zdrowia publicznego w Almaty w Kazachstanie. We wrześniu 2006 r. ukończyła 3-letnie studia magisterskie z zakresu administracji biznesu (MBA) studiując na Uniwersytecie w Almaty oraz w Szkole Handlowej w Moskwie.

W 1997 roku podjęła prace w organizacji Projekt HOPE finansowanej przez USAID jako nad-zorująca leczenie gruźlicy metodą DOTS w Kazachstanie. W latach 2005-2009 koordynowała program Banku Światowego oraz USAID zwalczania AIDS w krajach Azji Centralnej. Program ten umożliwił jej przeprowadzenie projektu badawczego który stał podstawą dysertacji doktorskiej. W następnych latach pełniła szereg funkcji kierowniczych w sponsorowanych przez organizacje zagraniczne programach lokalnych na terenie krajów Azji Środkowej. Od czerwca 2011 do sierpnia 2015 roku była dyrektorem Regionalnym Programu Zwalczania HIV w Republikach Azji Środkowej sponsorowanym przez CDCP w Atlancie i Uniwersytet Columbia w Nowym Yorku a od września 2015 roku jest Zastępcą Dyrektora Regionalnego ds. Zarządzania Programem zwalczania HIV/AIDS w Republikach Azji Środkowej przewidzianym na okres 5 lat i finansowanym przez CDCP w Atlancie.

Projekt badawczy, którego wyniki przedstawione zostały jako podstawa uzyskania stopnia naukowego doktora nauk o zdrowiu mgr. *Kulsharova*, przeprowadziła w latach 2005- 2008 jako koordynator programu Banku Światowego i USAID mającego na celu zwalczanie epidemii HIV/AIDS w krajach Azji Centralnej, która w dużej mierze decyduje o częstości zachorowań na gruźlicę w skali globu. Ten rozmiar epidemii HIV/AIDS i wzrost zachorowań na gruźlicę wymaga działań medycznych obejmujących w sposób zintegrowany zakażonych tak TB jak i HIV. Na rozprzestrzenianie się gruźlicy w regionie Azji Środkowej zasadniczy wpływ ma zakażenie wirusem HIV, a jest to region globu, gdzie liczba „osób żyjących z HIV” w 2016 r. przekroczyła 1,6 mln zakażonych. Szybki wzrost liczby zakażonych HIV jest związany z rosnącą liczbą zażywających narkotyki drogą dożylną co przy-

czynia się do wzrostu zachorowalności na gruźlicę zarówno wśród zakażonych jak i niezakażonych wirusem HIV. Doktorantka badania przeprowadziła w Republice Kirgiskiej, która w Regionie Europejskim ŚOZ jest jednym z krajów o najwyższym poziomie występowania TB z wskaźnikiem zachorowalności -141, chorobowości - 190 i umieralności – 11 na 100 000 ludności.

Celem przeprowadzonych badań było opracowanie i wdrożenie w Republice Kirgizji organizacji świadczeń medycznych które w sposób zintegrowany objęłyby zakażonych prątkami gruźlicy (TB) oraz wirusem HIV. Wymaga to pełnego współdziałania różnych pionów systemu opieki zdrowotnej a oczekiwanym efektem jest zmniejszenie liczby chorych na gruźlicę wśród osób zakażonych HIV (PLHIV) oraz zmniejszenie liczby zakażonych HIV pośród pacjentów ze stwierdzoną gruźlicą. Należy dodać, że przed rozpoczęciem tych badań w oficjalnych źródłach Republiki Kirgiskiej do 2005 r. nie rejestrowano przypadków występowania gruźlicy wśród zakażonych HIV.

W Republice Kirgiskiej leczenie gruźlicy i zakażeń HIV tradycyjnie było świadczone przez dwie odrębne specjalistyczne służby - Republikańskie Centrum AIDS (RCA) i Narodowe Centrum Gruźlicy (NCT), a także przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej tworzące Centra Medycyny Rodzinnej. Republikańskie Centrum AIDS i Narodowe Centrum Gruźlicy są krajowymi organami koordynującymi niezależne działania związane z zapobieganiem i leczeniem zakażeń HIV oraz gruźlicy.

Równocześnie notowany był brak wykwalifikowanego personelu w zakresie prowadzenia postępowania diagnostyczno-leczniczego w przypadkach ko-infekcji HIV/TB. Dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że nieodzownym dla zmniejszenia częstości występowania skojarzonej 1 infekcji TB i HIV konieczne jest zintegrowane leczenie TB oraz HIV. Wszystkie nowe przypadki HIV, a także zakażenia HIV z ekspozycją na gruźlicę w wywiadzie lub z jej objawami, kwalifikują do 6 miesięcznej Terapii Prewencyjnej Isoniazidem dla zapobieżenia rozwojowi aktywnej gruźlicy, a leczenie typu DOST) pozostaje nadal najważniejszą metodą leczenia gruźlicy, chociaż niewystarczającą aby zmniejszyć częstość występowania zachorowań na gruźlicę w obliczu istniejącej epidemii HIV..

W świetle opisanej sytuacji epidemiologicznej jako cel rozprawy doktorskiej *Aikerim Kulsharova* postawiła opracowanie takiego modelu współdziałania pionowo ukierunkowanych służb medycznych, który pozwalałby na funkcjonalne zintegrowanie działań ukierunkowanych na zwalczanie zarówno gruźlicy jak i zakażenia HIV. Warto dodać, że taki model postępowania pozwala na lepsze wykorzystanie zasobów leczniczych. W poszukiwaniu odpowiedniego rozwiązania problemu badawczego doktorantka dokonała wyboru najbardziej jej zdaniem efektywnego modelu *zarządzania biznesowego projektem*. Zakres tego projektu objął szereg zadań takich jak: zdefiniowanie problemów, planowanie, programowanie, analiza i ocena efektów podjętych decyzji. Zadaniem Doktorantki było zainicjowanie projektu i opracowanie jego założeń programowych i narzędzi potrzebnych do jego wdrożenia oraz nadzorowanie jego wdrażania.

Doktorantka definiowane problemów badawczych i ich priorytet oparła o metodę tzw. „drzewa celów” – pozwalającą na ustalenie relacji między różnymi celami według zasady wyższego i niższego ich znaczenia Sposób realizacji zadań metodą „krok po kroku” umożli-

liwia uporządkowanie problemów pod względem ich ważności i pilności oraz upraszcza proces wdrażania programów naprawczych.

Głównym problemem badawczym było znalezienie modelu zintegrowanych świadczeń medycznych ukierunkowanych na diagnozę i leczenie zarówno zakażeń TB jak i HIV czyli tzw. chorych z ko-infekcją TB/HIV.

Celami pierwszego konaru „drzewa celów” w prezentowanej pracy było opracowanie modelu udzielania świadczeń leczniczych wymierzonych przeciwko infekcji TB i HIV oraz wdrożenie zasad dotyczących leczenia ko-infekcji TB i HIV i zasad monitorowania i oceny wyników działań, a

Celem zadań drugiego konaru „drzewa celów” było przeszkolenie menedżerów i specjalistów w zakresie zagadnień związanych z ko-infekcją TB/HIV w oparciu o opracowane formy szkolenia i materiały szkoleniowe dla personelu medycznego oraz wprowadzenie tego nowego modelu zuniifikowanego modelu świadczeń medycznych do praktyki

Efektom tych rozwiązań powinno być zmniejszenie częstości zachorowań na TB osób zakażonych wirusem HIV (PLHIV) oraz ograniczenie szerzenia się zakażeń HIV wśród osób z rozpoznaną gruźlicą. Dobrze funkcjonujący model mógłby znaleźć zastosowanie przez wszystkich zainteresowanych leczeniem tych chorób.

W pracy doktorantka korzystała zarówno z zaleceń SOZ, jako wytycznych dla opracowania zasad organizacyjnych i narzędzi klinicznych a także systemu monitorowania i ewaluacji modelu zintegrowanych działań w przypadku ko-infekcji TB i HIV. Ich implementacja umożliwia efektywne interwencje w obliczu zmiennej sytuacji epidemiologicznej.

Organem koordynującym projekt była powołana „**Techniczna Grupa Robocza**” -TWG (Technical Working Group), której zadaniem było przygotowanie planu działań zgodnego z podejściem „jedna strategia i jeden program”, opracowanie wytycznych dotyczących leczenia pacjentów z podwójną infekcją TB/HIV, formularzy monitorowania i ewaluacji, zasad rejestracji pacjentów i odpowiednich formularzy .

Plan działania w zakresie integracji świadczeń dotyczących gruźlicy i zakażeń wirusem HIV został przedstawiony na spotkaniu z szefami służb, partnerami krajowymi i międzynarodowymi. Pakiet dokumentów dotyczących realizacji modelu formularzami monitorowania i planami stopniowego wdrażania oraz podręcznikiem i materiałami szkoleniowymi został zatwierdzony przez **Ministerstwo Zdrowia** Republiki Kirgizji. Plan działania obejmował również szkolenie krajowego zespołu trenerów, którzy z kolei przeszkolili grupy specjalistów TB i HIV oraz personel tych pionów opieki zdrowotnej.

Za szczególnie istotne należy uznać utworzenie organu koordynacyjnego na szczeblu centralnym. W skład **Krajowego Organu Koordynującego** weszli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości, przedstawiciele pionów instytucjonalnych i placówek zajmujących się leczeniem TB i HIV oraz przedstawiciele współdziałających organizacji międzynarodowych finansujących projekt i wielu innych.

Testowanie opracowanego modelu służył w pierwszym rzędzie zaplanowany przez nią **pro-**

jekt pilotażowy służący stworzeniu modelu skutecznej integracji świadczeń dotyczących pacjentów z podwójną infekcją HIV i TB w oparciu o zasadę dzielonej odpowiedzialności. Pilotaż przeprowadzony został w latach 2005-2007 w obwodzie Chui Republiki Kirgiskiej i dotyczył organizacji modelowego rozwiązania udzielania zintegrowanych świadczeń diagnostycznych i leczniczych chorym na TB i HIV oraz systemu rejestracji pacjentów i świadczenia usług. Zaproponowany model integracji świadczeń odnoszonych do TB i HIV wykazał wysoką skuteczność. Liczba pacjentów objętych działaniem tego modelowego rozwiązania wyniosła 880 osób (100 pacjentów z TB / HIV i 780 pacjentów z HIV). Otrzymali oni świadczenia zintegrowane w oparciu o standardy SOZ

Podczas prowadzonych badań Autorka jako uzupełniającą zastosowała tzw. „fokusową” metodę ankietowania ekspertów i pacjentów. Dla oceny sytuacji istniejącej przed wprowadzeniem modelu zintegrowanych świadczeń przeprowadziła wywiady z osobami zarażonymi wirusem HIV i gruźlicą oraz specjalistami z tego zakresu. W badaniu wzięło udział 60 osób reprezentujących 40 instytucji medycznych, w tym 20 kierowników placówek medycznych. W dyskusjach grup ‘fokusowych’ uczestniczyło 25 lekarzy specjalistów reprezentujących placówki leczenia HIV i TB. Dodatkowo przeprowadzono wywiad z 30 pacjentami, aby ustalić zakres świadczeń leczniczych ukierunkowanych na leczenie TB i HIV

Podczas realizacji projektu przeprowadzono szereg szkoleń dotyczących prowadzenie pacjentów z równoczesnym zakażeniem HIV i TB (dla lekarzy specjalistów w obu dziedzinach), sposobów oferowania zintegrowanych świadczeń - dla zarządzających placówkami medycznymi w obu profilach (TB albo HIV) oraz z zakresu monitorowania i ewaluacji świadczeń TB/HIV - dla członków zespołów monitorowania i ewaluacji (M&B;).

Model zintegrowanych świadczeń TB/HIV wprowadzono w 26 placówkach leczniczych w tym w 11 zlokalizowanych na terenie zakładów karnych oraz 15 placówkach POZ (centrów medycyny rodzinnej) lub opieki specjalistycznej w zakresie TB albo HIV. Ważnym elementem wdrożeniowym było przeszkolenie 75 osób zajmujących się leczeniem TB i HIV - w tym 48 lekarzy specjalistów, a wśród nich 12 lekarzy z zakładów karnych i 17 menedżerów opieki zdrowotnej.

Głównymi czynnikami, które gwarantowały wdrożenie zintegrowanych świadczeń medycznych ukierunkowanych na leczenie gruźlicy (DOST-TB) oraz terapię przeciwwirusowej (ART) było zaangażowanie rządu, zapewnienie źródeł finansowania oraz utworzenie niezbędnej infrastruktury dla zintegrowanych usług .

Wstępna ocena pilotażowego wdrożenia modelu została dokonana z udziałem kadry zarządzającej, doradców, specjalistów, grupy ds. monitorowania i ewaluacji oraz pacjentów. Podczas badania opinii pracowników i pacjentów ośrodków potwierdzono potrzebę, zarówno w przypadku leczenia TB, jak i HIV, pilnego wprowadzenia modelu zintegrowanych świadczeń, bowiem .poprawia on efektywność zapewnienia potrzeb pacjentów, usprawnia system wymiany informacji między służbami i pozwala na sprawną identyfikację, rejestrację i leczenie pacjentów z podwójną infekcją. W wyniku zaproponowanych zmian uzyskano poprawę dostępności podstawowego pakietu świadczeń dla pacjentów z ko-infekcją TB i HIV co zapewnia opiekę możliwie najwyższej jakości. Ten model zintegrowanych świadczeń został przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia do zastosowania w ca-

łym kraju przez Republikańskie Centrum ds. AIDS (KRAC) i Krajowe Centrum ds. TB.

Warto tu dodać, że podejmowane przez SOZ w innych krajach próby wdrożenia podobnego modelu skończyły się niepowodzeniem z uwagi na brak woli politycznej władz krajowych utrwalenia wprowadzonych zmian, niechęci personelu do zmian lub braku środków finansowych i zaopatrzenia.

Struktura rozprawy oparta o zasady tzw. *biznesowego modelu projektu* odbiega swym układem od prac doktorskich w dziedzinie nauk medycznych czy nauk o zdrowiu. Odpowiada ona sposobowi przygotowania projektów organizacji międzynarodowych finansujących różne programy wdrożeniowe. Stąd układ pracy i jej sposób prezentacji wyników nie są 'przyjazne' recenzentom przywykłych do innego formatu recenzowanych rozpraw doktorskich. Ten układ pracy utrudnia w dużym stopniu 'wyłuskanie' z różnych podrozdziałów metodologicznych i proponowanych rozwiązań, inicjatywy i roli Doktorantki we wdrażanym projekcie badawczo – rozwojowym.

Nadmiernie rozbudowany jest też rozdział dotyczący epidemiologii zakażenia TB oraz HIV. Rysuje on obraz epidemii w skali świata i w różnych krajach co jest bardzo ważne z punktu widzenia organizacji międzynarodowych dla których aspekt globalny stanowi ważny element rozwiązywanego problemu lokalnego. W przypadku pracy doktorskiej zorientowanej na rozwiązanie problemu lokalnego ten globalny obraz zajmujący dużą część maszynopisu nie wnosi istotnych wartości do rozprawy doktorskiej. Również rozważania na temat zadań zarządzania projektami czy modelowania są edukacyjne ale nie wnoszą wartości dodanej do przedstawianej rozprawy.

Maszynopis rozprawy na stopień doktora nauk o zdrowiu mgr *Aikerim Kulsharovej* przedstawiony w języku angielskim i zatytułowany "*Developing a concept of interaction between TB and HIV medical services for a better management of patients with TB/HIV co-infection based on the practical experience*" liczy 60 stron, zawiera 10 rycin oraz listę 112 pozycji bibliograficznych. Do tekstu rozprawy dołączone są 4 Aneksy przy czym aneks 4 obejmuje 5 tabel, które zawierają szczegółowe opisy różnych rozwiązań i etapów wdrażania tego projektu badawczego. Do maszynopisu dołączone są *Streszczenie pracy doktorskiej* w języku angielskim na 2 stronach w sposób syntetyczny podsumowuje istotę przeprowadzonych badań i ich wynik oraz *streszczenie w języku polskim* przygotowane przez promotora prof. dr hab. Mirosława Jarosza i promotora pomocniczego dr n. o zdrowiu Konrada Juskiewicza, które w sposób zwięzły i jasny przedstawia istotę i znaczenie badań przeprowadzonych przez doktorantkę.

Na szczególne podkreślenie zasługuje doświadczenie Doktorantki zdobyte w toku wieloletniej pracy w organizacjach międzynarodowych prowadzących projekty i programy walki z chorobami zakaźnymi na terenie krajów Azji Środkowej. Pozwoliło to Jej na zdobycie umiejętności zarówno w zakresie planowania badań, ich organizacji oraz zarządzania programami zwalczania chorób. Jednym z tych programów było opracowanie modelu zintegrowanego postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadku zakażeń TB i HIV i jego wdrożenie do praktyki opieki zdrowotnej. Wymagało to nie tylko umiejętności zaplanowania tego szeroko zakrojonego projektu badawczego ale i zapewnienia trudnej koordynacji współdziałania wielu grup pracowników medycznych i wielu różnych instytucji

współpracujących w tym organizacji międzynarodowych. Jej kluczowa rola jako koordynatora tego projektu badawczego jest dobrze udokumentowana

Wnioski podsumowujące

Na dojrzałość badawczą Doktorantki wskazuje nie tylko perfekcyjne zaplanowanie projektu i sprawne zarządzanie jego wdrażaniem, ale również dbałość o odpowiednie dostosowanie struktur organizacyjnych opieki medycznej, przeszkolenie potrzebnych w realizacji projektu kadr. Należy podkreślić że uzyskanie a dla jego realizacji poparcia władz państwowych miało zasadnicze znaczenie dla wdrożenia opracowanego modelu zintegrowanych świadczeń medycznych.

Zaprezentowany model postępowania w przypadku chorych z podwójną infekcją TB i HIV w zasadniczy sposób wpływa na poprawę nie tylko procesu leczenia zakażonych ale w dalszej perspektywie również i na stan zdrowia populacji. Wdrożenie tego nowego w warunkach Kirgiskiej Republiki modelu zintegrowanego postępowania w leczeniu TB oraz HIV, wymagało także odpowiedniego przeszkolenia lekarzy i personelu medycznego oraz zaangażowania władz administracyjnych. Wsparcie władz Republiki oraz zapewnienie potrzebnych regulacji prawnych i środków materialnych spowodowało że model ten wdrożony w trybie eksperymentu w jednym regionie kraju obecnie funkcjonuje nie tylko w Republice Kirgizji ale również w innych krajach Azji Środkowej.

Warto tu dodać, że w piśmiennictwie brak jest opisu wprowadzonego do szerokiej praktyki modelu zintegrowanych świadczeń ukierunkowanych na ko-infekcje TB I HIV. Głównymi barierami to brak woli politycznej odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną, brak powiązań między różnymi programami leczniczymi oraz brak wsparcia materialnego.

Na podkreślenie zasługuje umiejętność doktorantki osiągnięcia celów badawczych w przedsięwzięciach typu badań populacyjnych istoty działań zdrowia publicznego. Doktorantka zrealizowała w pełni zamierzenia sformułowane w celach projektu badawczego mającego na celu poprawę efektywności zwalczania zarówno gruźlicy jak i zakażeń HIV wyniszczających zdrowie ludzi w tym regionie.

Znaczenie przeprowadzonych badań podkreśla fakt wdrożenia tego modelu organizacji świadczeń nie tylko w Republice Kirgiskiej ale i w innych krajach regionu Azji Środkowej. Podkreśla to praktyczno- wdrożeniowy aspekt projektu badawczego. Sposób i rezultaty przeprowadzonych badań zdaniem moim spełniają wymagania ustawowe ustalone przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla uzyskanie stopnia naukowego doktora.

Przedstawiam więc Komisji Doktorskiej Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie wniosek o dopuszczenie *mgr. Aikerim Kulsharovej* do dalszych etapów postępowania w procesie nadania Jej stopnia naukowego *doktora nauk o zdrowiu*

Warszawa, 28.12.2 018


Prof. dr hab. med. Andrzej Wojtczak