

Миرونюк В.І.

Комплаєнс пацієнта – індикатор можливості організаційної деінституалізації психіатричної допомоги в системі охорони здоров'я

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, Україна

Дотримання лікувального режиму, який призначено лікарем, – актуальне питання в усіх спеціальностях клінічної медицини, але в психіатрії комплаєнс набуває особливого значення. Адже, рівень дотримання режиму лікування у пацієнтів з психічними порушеннями значно нижче, ніж у соматичних хворих, особливо в умовах тривалого, багаторічного прийому ліків. Низький рівень комплаєнтності у пацієнтів, які страждають психічними порушеннями призводить до більш важкого перебігу захворювання і негативно впливає на якість життя хворого [1]. Згідно даних американських дослідників, до половини пацієнтів з психічними порушеннями, що були виявлені на первинній медичній ланці в США, або не приймають призначених психотропних препаратів, або ігнорують рекомендації і не з'являються на прийом до фахівців [2]. На вкрай низький рівень прихильності до лікування вказують наступні дані науковців: у хворих психозами комплаєнтність в середньому становить 58% (від 24 до 90%), а при депресивних розладах середнє значення – 65% (від 58 до 90%) [3]. З погляду соціальної медицини необхідно враховувати також той факт, що низький рівень комплаєнтності психіатричних пацієнтів значно підвищує витрати системи охорони здоров'я [4,5]. Загальним трендом розвитку економічно ефективної системи психіатричної допомоги став напрямок розвитку на її максимальну деінституалізацію, підтриману ВОЗ [6] та активно впроваджену в багатьох країнах світу [7].

Мета роботи полягала в оцінці можливості використання вивчення рівня комплаєнтності пацієнтів психіатричних клінік як інструменту панування організаційної деінституалізації психіатричної допомоги.

Матеріали та методи. В дослідженні було використано наступні методи дослідження: бібліосемантичний; контент-аналізу нормативно-правових документів України, що регулюють питання організації надання психіатричної допомоги населенню, рекомендаційних документів ВОЗ та структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи, дані наукових публікацій з визначених метою дослідження питань.

Результати. Політика ВОЗ в сфері психічного здоров'я в значній мірі орієнтована на зменшення питомої ваги послуг з питань психічного здоров'я в спеціалізованих клініках з стаціонарним компонентом лікування та розширення можливостей альтернативних форм отримання послуг за місцем проживання. При цьому

повинен існувати паритет між службами охорони психічного здоров'я і службами охорони здоров'я загального профілю [6]. В значній мірі це проглядається і в Україні, адже складовою частиною реформування загальної системи медичної допомоги є проблема пошуку дієвих механізмів і шляхів інтеграції психіатричної служби в загальносоматичну мережу в контексті основних положень Закону України «Про психіатричну допомогу». Різні країни мають досить відмінний досвід впровадження деінституалізації психіатричної допомоги і переведення її на рівень первинної ланки, а саме амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. Показовим є досвід Німеччини в два різні періоди реформування системи психіатричної допомоги: до 1970 р. і після 1975 р. Так, на початку 70-х років минулого століття в Німеччині виник колапс психіатричної допомоги, що було пов'язано з тим, що в процесі реалізації програми уряду не реформували мережу первинної психіатричної допомоги населенню та не забезпечили її доступності. Починаючи з 1975 року в Німеччині було впроваджено ефективну програму з бюджетною стратегією, яка дала можливість без шкоди для доступності та ефективності спеціалізованої допомоги планомірно більш ніж на 50% скоротити ліжковий фонд психіатричних установ [8]. В Україні також запропоновано і обговорюється схема багаторівневої моделі організації медичної допомоги особам з психічними розладами з урахуванням наявної бази установ загальної системи охорони здоров'я. В основу даної стратегії закладений багаторівневий мультидисциплінарний принцип надання медико-соціальної та спеціалізованої психіатричної допомоги населенню, що базується на чинній в Україні нормативно-правовій базі [9]. Дана модель передбачає базовий (з кризовою службою), первинний, вторинний та третинний рівень надання психіатричної допомоги. В той же час, на нашу думку, як медико-соціальна, так і економічна ефективність даної моделі організації психіатричної допомоги населенню буде значно вище при впровадженні на усіх (в першу чергу – на базовому) рівнях програм формування високого рівня мотивації до лікування та комплаєнсу у психіатричних пацієнтів. Програми формування прихильності до лікування у пацієнтів з психічними розладами повинні бути комплексними, етапними (на усіх рівнях надання допомоги) та диференційованими в залежності від виду та важкості психічних порушень. В той же час, на базовому та первинному рівні (перший етап програми формування комплаєнсу у психіатричних пацієнтів) програма має бути

максимально уніфікованою і технічно простою. Адже, впроваджуватися буде не вузькими спеціалістами в галузі психіатрії та психотерапії, а медичними працівниками первинної ланки надання медичної допомоги.

Висновки. Широке і масштабне впровадження деінституалізації психіатричної допомоги з використанням різних моделей організації психіатричної допомоги потребує впровадження комплексних етапних програм формування високого рівня мотивації до

лікування та комплаєнсу у психіатричних пацієнтів. В іншому випадку медико-соціальна і економічна ефективність деінституалізованої системи психіатричної допомоги буде низька у зв'язку з високим рівнем рецидивів, які потребуватимуть госпіталізації і, в окремих випадках, інтенсивної терапії в спеціалізованих психіатричних закладах.

Ключові слова: комплаєнс, психіатрична допомога, первинна ланка.

Література

1. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаєнса в клинической психиатрии. Психиатрия и психофармакология. 2004; 6 (11): 159–162.
2. Lin E.N., Von Korff M., Katon W. et al. The role of the primary care physician in patient's adherence to antidepressant therapy. Med. Care. 1995; 33:67–74.
3. Cramer J.A., Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatr. Serv. 1998; 49: 196–201.
4. Любов Е.Б., Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией клиничко-социальные и экономические аспекты. Российский психиатрический журнал. 2007; 5: 65–70.
5. West J.C., Wilk J.E., Muszynski I.L. et al. Medication access and continuity: The experiences of dual-eligible psychiatric patients during the first 4 months of the Medicare prescription drug benefit. Am. J. Psychiatry. 2007; 164: 789–796.
6. Политика, планы и программы в области психического здоровья – обновленное издание. (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). ВОЗ. 2006:120.
7. Вайнгарен-Кремерс В. П. Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Нидерландах. Журнал невропатологии и психиатрии. 2012; 12 : 69–75.
8. Семенова И. В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами. Российский психиатрический журнал. 2012; 2: 25–29.
9. Педак А.А. Деинституционализация, или концепция многоуровневой организации психиатрической помощи в Украине. Архив психиатрии. 2014; 3(78): 19-21.

DOI 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213742

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кабацій Н.О., Левко Л.В., Бронь Ю.В.

Основні положення Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю: уроки для України

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Конвенція з прав інвалідів (з 2016 р. – осіб з інвалідністю) була прийнята в грудні 2006 року в штаб-квартирі ООН. Вона визначила зміну парадигми по відношенню до осіб з інвалідністю. Вона включає детальний розподіл категорій осіб з інвалідністю і підкреслює, що всі люди злюбими формами інвалідності мають всі права людини і свободи. Конвенція визначає яким способом всі категорії прав мають застосовуватися до осіб з інвалідністю, визначає ті сфери, які необхідно адаптувати для того, щоб особи з інвалідністю могли успішно користуватися своїми правами, а також сфери, в яких порушувалися права осіб з інвалідністю та в яких треба посилити права осіб з інвалідністю. Конвенція не вводить нові права, а зосереджує увагу на тих правах,

які регулярно порушуються по відношенню до осіб з інвалідністю.

В Конвенції наводяться конкретні рекомендації з формування стратегій в сфері інвалідності на національному рівні. До них відноситься наступне:

1. **Включення в громаду.** Центральним елементом Конвенції є той факт, що особи з інвалідністю краще за все функціонують серед своєї громади і що вони можуть бути корисними своїй громаді. Цю позицію треба виконувати обов'язково.

2. **Відхід від стереотипного мислення.** Найкращий спосіб відходу від стереотипного мислення – це щоденне спілкування з особами з інвалідністю. Цьому можуть сприяти державні органи, громади, групи людей, які