



Европейская министерская конференция
933 по системам здравоохранения
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-
ЗДОРОВЬЕ- БЛАГОСОСТОЯНИЕ“
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении?

Angela Coulter, Suzanne Parsons и
Janet Askham



КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

PATIENT PARTICIPATION -
methods

DECISION MAKING

DELIVERY OF HEALTH CARE

HEALTH POLICY

EUROPE

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и
Всемирная организация здравоохранения от имени
Европейской обсерватории по системам и политике
здравоохранения, 2008 г.

Запросы относительно публикаций Европейского
регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по
вопросам здравоохранения или разрешение на
цитирование или перевод документов ВОЗ можно
заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального
бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

Все права защищены. Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения охотно
удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку
или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и
приводимые в ней материалы, не отражают какого бы то
ни было мнения Всемирной организации
здравоохранения относительно правового статуса той
или иной страны, территории, города или района или их
органов власти или относительно делимитации их
границ. Пунктирные линии на географических картах
обозначают приблизительные границы, относительно
которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов
отдельных изготовителей не означает, что Всемирная
организация здравоохранения поддерживает или
рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению
с другими компаниями или продуктами аналогичного
характера, не упомянутыми в тексте. За исключением
случаев, когда имеют место ошибки и пропуски,
названия патентованных продуктов выделяются
начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все
разумные меры предосторожности для проверки
информации, содержащейся в настоящей публикации.
Тем не менее, опубликованные материалы
распространяются без какой-либо четко выраженной
или подразумеваемой гарантии. Ответственность за
интерпретацию и использование материалов ложится на
пользователей. Всемирная организация
здравоохранения ни в коем случае не несет
ответственности за ущерб, связанный с использованием
этих материалов. Мнения, выраженные в данной
публикации авторами, редакторами или группами
экспертов, необязательно отражают решения или
официальную политику Всемирной организации
здравоохранения.

Данный обзор,
подготовленный для
Европейской министерской
конференции по системам
здравоохранения (25–27 июня
2008 г., Таллинн, Эстония) –
один из первых обзоров новой
серии, призванной
удовлетворить потребности
лиц, определяющих политику,
и организаторов
здравоохранения. Его главная
задача заключается в
изложении и развитии
ключевых концепций в
поддержку процесса
формирования политики на
основе фактических данных.
Редакторы – в активном
сотрудничестве с авторами –
продолжат работу по усилению
данной серии, в частности
путем повышения внимания к
вопросам, связанным с
выбором тех или иных
стратегических подходов и их
реализацией.

Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Суть проблемы: повышение активности пациентов	1
Методы повышения активности пациентов	7
Возможные стратегии повышения активности пациентов	12
Внедрение: разработка национальных и местных стратегий	16
Выводы	18
Библиография	20

Авторы

Janet Askham, Picker Institute Europe, Оксфорд, Соединенное Королевство

Angela Coulter, Picker Institute Europe, Оксфорд, Соединенное Королевство

Suzanne Parsons, Picker Institute Europe, Оксфорд, Соединенное Королевство

Под редакцией
Европейского
регионального бюро
ВОЗ и Европейской
обсерватории по
системам и политике
здравоохранения

Главный редактор
Govin Permanand

Соредакторы
Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск
Kate Willows
Jonathan North

Авторы и редакторы
выражают благодарность
рецензентам за их
экспертную помощь и за
их комментарии о данной
публикации.

Основные положения

Суть проблемы: повышение активности пациентов

Время от времени каждый гражданин должен принимать важные решения, которые оказывают существенное влияние на состояние его здоровья. Поэтому стратегии по повышению грамотности пациентов и их вовлечению в процесс принятия решения должны быть одними из фундаментальных стержней политики здравоохранения. Кроме того, пациенты могут играть важную роль в понимании причин болезни, в охране своего здоровья и в осуществлении соответствующих действий, в частности, в выборе оптимального лечения при острых заболеваниях и в осуществлении терапии при хронических заболеваниях. Необходимо признавать эти важные роли пациентов и всячески их поддерживать.

Возможные подходы

При осуществлении стратегий для стимулирования активного участия пациентов необходимо обращать особое внимание на их грамотность в вопросах здоровья, совместную ответственность за принятие решения и самоконтроль в поддержании своего здоровья.

Было показано, что множество действий являются эффективными в повышении грамотности населения в вопросах здоровья, в вовлечении пациентов в процесс принятия решения по вопросам лечения и в обучении пациентов более активной позиции в самоконтроле состояния здоровья при хронических заболеваниях. В качестве примеров таких действий можно назвать следующие:

- письменная информация, дополняющая клинические консультации
- информация в интернете и другие электронные источники информации
- персональная компьютерная информация и виртуальная поддержка
- обучение медицинских работников коммуникационным навыкам
- обучение пациентов и оперативные ответы на возникающие вопросы
- помощь больным в принятии решений
- программы обучения самоконтролю.

Осуществление идеи

Правительства, руководящие органы здравоохранения и налогоплательщики, ищущие пути для более эффективного

информирования пациентов и усиления их возможностей, должны прийти к согласию в отношении четких целей и оптимальной стратегии, а также целенаправленных мероприятий на национальном, региональном и (местном) учрежденческом уровнях.

Реферат

Суть проблемы: повышение активности пациентов

Пациенты могут играть существенную роль в охране своего здоровья, в выборе оптимального лечения при острых заболеваниях и в осуществлении терапии при хронических заболеваниях. Имеющиеся данные свидетельствуют, что повышение заинтересованности больных может способствовать улучшению их состояния и появлению чувства удовлетворенности, а также сопровождаться клиническим и экономическим эффектом.

В кратком аналитическом обзоре суммированы данные научных исследований, результаты которых демонстрируют эффективность вовлечения пациентов в процесс их лечения, а также приведен анализ мероприятий, которые были (или могут быть) осуществлены в рамках различных систем здравоохранения в странах Европы. В частности, особое внимание уделено тем стратегиям, которые позволяют улучшить:

- грамотность населения в вопросах здоровья
- принятие решения о лечении
- самоконтроль при хронических заболеваниях.

Возможные стратегии

Повышение грамотности в вопросах здоровья

Под грамотностью в вопросах здоровья подразумевается способность читать, понимать, оценивать и использовать информацию по вопросам здоровья для принятия правильных решений по вопросам здоровья и медицинской помощи. Низкая грамотность населения в вопросах здоровья ассоциируется с неравным доступом к медицинскому обслуживанию, поэтому у людей с низкой грамотностью в вопросах здоровья состояние здоровья обычно хуже, а риск госпитализации выше. Мероприятия по повышению грамотности в вопросах здоровья имеют три основные задачи: предоставить информацию и возможность обучения, способствовать более правильному и эффективному использованию ресурсов медико-санитарной помощи и ликвидировать неравенство в доступе к медицинской помощи.

Мероприятия по повышению грамотности в вопросах здоровья могут принимать множество различных форм, каждая из которых имеет определенные достоинства. Письменная информация по вопросам здоровья, нацеленная на индивидуальные потребности, может быть весьма полезна для закрепления ранее полученных от медицинского работника знаний по

проблемам здоровья. Информация в электронном формате может быть более эффективна по сравнению с информацией на бумажных носителях, так как она может быть лучше приспособлена к индивидуальным потребностям. Интерактивное телевидение, аудиозаписи и мероприятия, осуществляемые через Интернет, дают различные результаты в плане повышения уровня знаний, но могут оказывать положительное влияние на чувство уверенности у пациента и возможность его вовлечения в процесс принятия решения. Эти виды информации могут также способствовать улучшению клинических результатов и более рациональному поведению пациента.

Очень полезными могут быть информация и обучение, специально нацеленные на людей с низкими уровнями грамотности в вопросах здоровья. Хорошие результаты могут быть получены при использовании хорошо спланированных образовательных программ, причем некоторые факты свидетельствуют, что для представителей менее образованных групп населения компьютерная поддержка, если решены проблемы доступа к компьютерам, оказывается более эффективной, чем для более образованных людей.

Участие в принятии решения о лечении

Одной из наиболее частых причин чувства неудовлетворенности у больных является ощущение недостаточной информированности о лечении (и недостаточной вовлеченности в этот процесс). Для успешного решения данной проблемы можно рекомендовать добиваться участия больных в процессе принятия решения, то есть вовлекать пациентов в дискуссии с клиницистом в качестве активных партнеров. Клиницисты и пациенты работают вместе в качестве активных партнеров, чтобы уточнить приемлемость различных медицинских подходов к лечению и выбрать оптимальную терапию. Хотя не все больные стремятся играть активную роль в выборе лечения – что может быть связано с их возрастом или с образовательными проблемами, большинство пациентов все-таки хотели бы, чтобы клиницисты информировали их в достаточной степени и принимали во внимание предпочтения больных.

Хорошо спланированные учебные курсы могут существенно улучшить коммуникационные навыки врачей, медицинских сестер и фармацевтов. По мере того, как пациенты все больше вовлекаются в этот процесс, повышается уровень их знаний, а также ослабевает чувство тревоги, в результате чего они чувствуют себя более комфортно.

Обучение пациентов и оперативные ответы на возникающие вопросы помогают повысить их заинтересованность и играть более активную роль во время консультаций. Разъяснительная работа улучшает и освежает знания пациентов, помогает им чувствовать свою большую причастность к проведению собственного лечения.

Основанные на фактических данных наглядные пособия для больных помогают ускорить процесс принятия информированного решения о ведении пациентов и оптимальном их лечении. Используемые наглядные пособия могут повысить уровень информированности больных и активнее вовлечь их в принятие решений по вопросу лечения. Эти материалы помогают пациентом более точно оценить степень риска и способствуют правильному использованию эффективных процедур.

Улучшение самоконтроля при хронических заболеваниях

В настоящее время трое из десяти европейцев страдают от хронических заболеваний или расстройств здоровья. Сейчас во многих странах руководящие работники здравоохранения ищут пути для передачи средств на местный уровень, чтобы обеспечить более эффективное лечение пациентов с хроническими заболеваниями. В частности, ищут пути для того, чтобы заставить людей более внимательно относиться к своему здоровью и к медицинскому обслуживанию путем оказания им помощи в эффективном самоконтроле.

Образовательная работа среди пациентов по вопросам самоконтроля может улучшить уровень знаний и понимание своего состояния, противостояния болезни, приверженности рекомендациям по лечению, чувства самоуважения и даже ощущение симптомов болезни. Компьютеризованная поддержка и обучение по вопросам самоконтроля помогают улучшить информированность больного и возможности ухода за самим собой, а также усилить социальную поддержку, что в конечном счете ведет к положительным изменениям в поведении и лучшему исходу заболевания.

Создается впечатление, что программы по самоконтролю работают лучше в тех случаях, когда они интегрированы в системы здравоохранения, а не осуществляются как самостоятельные программы. Решающее значение в успешной реализации этих программ имеют усилия медицинских работников по оказанию помощи пациентом во всем этом процессе.

Реализация: подход целостной системы

Правительства, руководящие органы здравоохранения и налогоплательщики, ищущие пути для более эффективного информирования пациентов и усиление их возможностей, должны прийти к согласию в отношении четких целей и оптимальной стратегии, а также целенаправленных мероприятий на макро- (национальном), мезо- (региональном) и микро- (учрежденческом) уровнях. Такая оптимальная стратегия требует

целостного подхода всей системы, при котором поддержка участия пациентов строится на следующих различных инициативах:

- права или хартии пациентов;
- официальные требования к сервисным организациям, включая финансовую заинтересованность и контракты;
- процедуры для регулирования взаимоотношений с медицинскими работниками, включая мнения пациентов о коммуникационных навыках сотрудников и качестве медицинской помощи;
- предоставление информационных материалов по вопросам здоровья, информации о релевантных сайтах в интернете и порталах;
- обучение медицинских работников коммуникационным навыкам;
- обучение и поддержка по вопросам самопомощи, интегрированное во все уровни медицинского обслуживания населения; и
- специальные наглядные пособия и методики для пациентов, чтобы помочь им играть более активную роль.

Несмотря на отсутствие некоторых важных данных, имеется достаточно надежная информация, на которой могут быть построены стратегии более интенсивного вовлечения пациентов в процесс оказания им медицинской помощи. При планировании стратегий, которые обеспечат более интенсивное участие больных в этом процессе, следует принимать во внимание различия в заболеваемости, культурные барьеры и социальные различия. Если эти барьеры удастся преодолеть, результаты этой работы могут быть очень впечатляющими, так как лучше информированные и более заинтересованные люди требуют меньших расходов на здравоохранение и осуществляют более рациональный выбор, что приводит к лучшим клиническим результатам. Помимо возможности более эффективного использования имеющихся ресурсов привлечение пациентов к контролю состояния своего здоровья в период заболевания может быть также эффективным средством для улучшения функционирования системы здравоохранения.

Краткий аналитический обзор

Суть проблемы: повышение активности пациентов

Системы здравоохранения в Европе и во всем мире продолжают поиски путей для того, чтобы сделать более качественным медицинское обслуживание больных и всего населения. Нередко возникает отчетливая необходимость реагирования на требования потребителей и модификации медицинской службы с тем, чтобы она была более похожа на другие потребительские службы. В то же время при этом нередко игнорируется необходимость более активного вовлечения в процесс самих пациентов, в частности, чтобы они играли активную роль в качестве ключевых действующих фигур в охране своего здоровья, а также в выборе оптимального лечения при возникновении острых заболеваний и в борьбе с хроническими болезнями. Большое количество фактических данных свидетельствуют, что вовлечение пациентов в эти процессы может способствовать улучшению их состояния и появлению чувства удовлетворенности, а также сопровождаться клиническим и экономическим эффектом.

Пациенты могут играть существенную роль в охране собственного здоровья путем:

- лучшего понимания причин болезни и факторов, которые оказывают влияние на здоровье
- самодиагностики и самолечения незначительных и не прогрессирующих расстройств здоровья
- выбора, совместно с медицинскими работниками, наиболее оптимального лечения при острых заболеваниях
- контроля за проведением лечения и правильного приема лекарств
- мониторинга симптомов и эффективности лечения
- знания опасных признаков и сообщения об их появлении
- приобретения знаний о том, как бороться с симптомами хронических заболеваний
- практики здорового образа жизни для предупреждения развития заболевания или его рецидива.

Признавая роль больных в процессе лечения и необходимость усиления взаимодействия с пациентами, очень важно при оказании медико-санитарной помощи больше ориентироваться на потребности больных. Кроме того, такой подход обеспечивает хорошую поддержку для стратегий, нацеленных на преодоление неравенства в доступности медицинской помощи и на улучшение реализации программы здоровья для всего населения.

В данном аналитическом обзоре суммированы результаты научных исследований, свидетельствующие об эффективности вовлечения пациентов в процесс их лечения, а также рассмотрены мероприятия, которые были (или могли быть) реализованы в условиях различных систем здравоохранения в странах Европы. В частности, рассмотрены стратегии, которые позволяют улучшить:

- грамотность в вопросах здоровья
- принятие решения по вопросам лечения
- самоконтроль при хронических заболеваниях.

В обзоре проанализированы исследования, оценивающие эффективность мероприятий, направленных на достижение перечисленных целей. Хотя существуют более широкие, но в равной мере важные концепции того, как вовлечь население в процесс принятия решения о том, как развивать, планировать и осуществлять медицинское обслуживание, они не являются предметом для рассмотрения в данном обзоре. Напротив, в нем основное внимание уделено той роли, которую могут сыграть отдельные личности в улучшении именно их медицинского обслуживания. Причины, почему эти аспекты являются настолько важными в политике здравоохранения, рассмотрены ниже. Кроме того, в отчете проанализированы фактические данные о том, насколько различные мероприятия эффективны в расширении участия самих пациентов в охране своего здоровья, и проведено детальное обсуждение их приемлемости для систем здравоохранения европейских стран.

Грамотность в вопросах здоровья

Имеется четкое определение понятия "грамотность в вопросах здоровья" как "способность принимать решения по вопросам своего здоровья в контексте повседневной жизни – дома, в общине, на рабочем месте, в системе здравоохранения, в торговле и на политической арене" (1).

В улучшении грамотности в вопросах здоровья решающее место занимает предоставление информации по вопросам здоровья и проведение образовательной работы. Применительно к проблеме грамотности в вопросах здоровья были сформулированы три различных уровня или цели (2):

- *функциональный*: базовые навыки чтения и письма, необходимые для эффективного функционирования в контексте охраны здоровья;
- *интерактивный*: более глубокая когнитивная грамотность и социальные навыки, которые позволяют принимать более активное участие в охране здоровья; и

- *критический*: способность критически анализировать и использовать информацию для осуществления действий, которые позволяют преодолевать структурные барьеры в улучшении состояния здоровья.

Грамотность в вопросах здоровья имеет решающее значение для вовлечения пациента в решение соответствующих задач. Если люди не могут получить, обработать и понять элементарную информацию по вопросам здоровья, они не смогут качественно заботиться о своем собственном здоровье или принимать правильные решения. Повышение грамотности в вопросах здоровья имеет огромное значение в преодолении неравенства в доступности медицинской помощи. Люди с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья имеют более низкие показатели здоровья и более высокую частоту госпитализации; они в меньшей степени привержены выбранному плану лечения и менее аккуратны в приеме назначенных лекарств, чаще допускают ошибки в процессе лечения и меньше пользуются профилактическими службами (3). Результаты изучения корреляции между уровнем образования и состоянием здоровья в 22 европейских странах показали, что люди с более низким уровнем образования чаще имеют более низкие показатели здоровья, особенно в таких странах, как Венгрия, Польша и Португалия (4).

Потребности людей в информации очень различаются и в значительной мере зависят от их возраста, социального положения, пола, мировоззрения, предпочтений и образа жизни, а также их общего уровня грамотности, родного языка, навыков и способностей. Нередко по мере развития заболевания информационные потребности меняются. Например, когда больные впервые узнают о своем диагнозе, им часто требуется практическая информация, которая может быть полезной при принятии решения о лечении, а также успокаивающая информация для уменьшения чувства тревоги. Позже, когда больные будут сосредоточены на долгосрочном прогнозе и проблемах лечения и ухода, им может потребоваться более специфическая и детальная информация.

Таким образом, мероприятия по повышению грамотности в вопросах здоровья в любом регионе мира имеют три основные задачи: предоставить информацию и провести обучение, способствовать более правильному и эффективному использованию медицинских служб, а также ликвидировать неравенства в доступности медицинской помощи.

Совместное принятие решения

Чаще всего причиной неудовлетворенности больных является недостаточная информированность об их заболеваниях и о возможных вариантах лечения. Большинство больных хотели бы получить больше информации, чем им

обычно предлагают медицинские работники, а многие больные хотели бы более активно участвовать в процессе принятия решения об их лечении (5).

Совместное принятие решения – это "процесс, в который больные вовлекаются в качестве активных партнеров лечащего врача для уточнения приемлемых методов лечения и в выборе оптимальной формы лечения" (6). Совместное принятие решения должно быть правилом в любой ситуации, где имеется выбор из нескольких возможных действий и где отсутствует какое-либо очевидное для всех единственно оптимальное действие. Такая ситуация возникает очень часто, так как нередко имеется множество различных методов лечения нарушений здоровья, причем каждый из этих методов может привести к различным результатам. В таких ситуациях говорят о "предпочтительных решениях", подразумевая при этом, что при выборе лечения необходимо принимать во внимание оценку больным возможных результатов.

Главным при совместном принятии решения является двусторонний обмен информацией между пациентом и медицинским работником. В этом случае медицинский работник выступает в качестве эксперта, предоставляя информацию о его или ее социальных обстоятельствах, отношении к болезни, а также о риске, ценностях и предпочтениях. Эти факторы могут оказывать существенное влияние на обдумывание пациентом приемлемости различных методов лечения и должны быть признаны разумными в процессе принятия решения. Также приемлемой является совместная ответственность больного за принятое решение и за любые возможные риски.

Не все больные хотят принимать участие в выборе решения. Например, пожилые люди или пациенты с угрожающими жизни заболеваниями чаще всего хотят, чтобы решение принял врач (7). Однако некоторые люди хотят принимать участие в решении абсолютно всех вопросов, касающихся их лечения, и ожидают от своего врача предоставления им всей необходимой информации, которая будет им необходима для принятия решения, тогда как другие люди предпочитают возложить ответственность за принятие решения на врача.

Отношение к более активному участию больных в принятии решения может быть различным в разных странах и популяциях. Например, результаты популяционного исследования, проведенного в Великобритании, Германии, Испании, Италии, Польше, Словении, Швейцарии, Швеции, показали, что в Польше и Испании доминировали более патерналистические воззрения на отношения между доктором и пациентом, чем в остальных шести странах: 91% респондентов в Швейцарии и 87% респондентов в Германии считали, что в принятии решения о лечении ключевую роль должен играть пациент – или разделяя ответственность с

врачом, или даже принимая на себя основную ответственность за решение; в то же время такую точку зрения высказали только 59% пациентов в Польше и лишь 44% респондентов в Испании (8).

Относительно здоровые люди могут предпочитать более активное свое участие – например, в принятии решения о скрининговых исследованиях – чем те пациенты, кто действительно серьезно болен. Очень важно, чтобы медицинский работник не делал на основании своих наблюдений за больным предположений о том, насколько сам пациент хотел бы принимать участие в процессе лечения. Клиницисты должны всегда стремиться определить истинные предпочтения больного, используя эффективные коммуникации с пациентом.

Самолечение

Самолечение – это такие действия, которые люди предпринимают для того, чтобы независимо от официальной медицинской системы определить свои проблемы со здоровьем и проводить лечение. Оно является наиболее доминирующей формой медицинского обслуживания. Большинство людей сами справляются с небольшими расстройствами здоровья, не прибегая к помощи медицинских работников, а люди с хроническими заболеваниями гораздо больше времени уделяют своему лечению, чем они находят под наблюдением медицинских работников; однако при планировании медицинского обслуживания населения этот важный факт чаще всего игнорируется. Отсутствие понимания и поддержки самостоятельных усилий пациентов приводит к излишней зависимости от медицинских работников. В результате возрастают потребности в дорогостоящей медицинской помощи, что может ухудшать долгосрочные перспективы функционирования многих систем здравоохранения.

Значительная часть самопомощи заключается в ежедневном решении проблем, связанных с длительными и хроническими заболеваниями – такими как бронхиальная астма, диабет или артрит. Трое из десяти европейцев страдают от длительных заболеваний или расстройств здоровья, в связи с чем лечение таких медицинских проблем имеет огромный приоритет для европейского здравоохранения, что также признается Европейской комиссией (9). Самопомощь – это то, чем большинству людей с хроническими нарушениями здоровья приходится заниматься практически все время. Они стремятся как можно лучше организовать свое повседневное существование и преодолеть последствия нарушений своего здоровья, причем в огромной мере без каких-либо вмешательств со стороны медицинских работников. Однако когда люди с хроническими расстройствами здоровья обращаются за профессиональной консультацией, они действительно нуждаются в соответствующей помощи и поддержке, чтобы улучшить

имеющиеся у них навыки самопомощи. К сожалению, они не всегда получают такую помощь от профессионалов (8). Слишком часто взаимоотношения клиницистов и пациентов имеют тенденцию к стимулированию не уверенности в себе, а пассивности и зависимости, что в конечном счете разрушает остатки уверенности больных в своих силах и снижает способность сопротивляться болезни.

В настоящее время руководящие работники здравоохранения во многих странах изыскивают пути для передачи средств на местный уровень – и таким образом, уменьшить зависимость от дорогостоящей госпитальной помощи, чтобы более эффективно лечить пациентов с хроническими заболеваниями. Широкое международное признание получила "модель лечения хронических заболеваний", разработанная в США Эдом Вагнером (Ed Wagner) и его коллегами (10). Центральным стержнем этой модели являются действия, направленные на то, чтобы заставить людей более внимательно относиться к своему здоровью и к медицинскому обслуживанию путем оказания им помощи в эффективном самоконтроле при наличии у них длительных нарушений здоровья.

Цель такой помощи в самоконтроле – научить пациентов решать три вида задач (11):

1. проводить лечение своего заболевания – например, принимать лекарство или придерживаться специальной диеты
2. выполнять повседневные функции и действия
3. контролировать эмоциональные последствия своих заболеваний.

Принципы самоконтроля были разработаны во многих теоретических моделях, преимущественно в области психологии и поведенческих наук. Из этих моделей чаще всего ссылаются на теорию самодостаточности Бандуры (12). Самодостаточность имеет отношение к уверенности индивидуума в своих способностях к успешному обучению и выполнению определенных действий. Выраженное ощущение самодостаточности обеспечивает осознание человеком своих способностей и его готовность решать новые и более трудные задачи. Если речь идет о здоровье человека, то эта теория подразумевает, что больные в достаточной степени мотивированы на решение проблем, связанных с их здоровьем, в тех случаях, когда они уверены в своих возможностях добиться этой цели. Поэтому мероприятия для повышения степени самоконтроля должны быть сфокусированы на выработке у людей чувства уверенности в своих силах и на передаче им соответствующих знаний и навыков, с помощью которых пациенты смогут сформулировать свои индивидуальные цели и выбрать стратегии для успешного их достижения.

Методы повышения активности пациентов

Существует множество достаточно изученных и оцененных методов, которые мотивируют больных на более активное участие в решении вопросов, связанных с их здоровьем. В реферате приведен специально подготовленный для данного обзора анализ исследований, имеющих целью оценку эффективности соответствующих подходов (13, 14). Систематически проводился поиск релевантной информации в электронных базах данных, включая "Медлайн", "Embase", "CINAHL", Кокрановскую библиотеку, "Database of Abstracts of Reviews of Effects", Всемирную организацию здравоохранения и Agency for Healthcare Research and Quality. В результате этого поиска, который был ограничен только статьями, опубликованными на английском языке с 1998 года, было выявлено 120 аналитических обзоров. Ниже суммированы материалы, систематизированные в этих обзорах. Более детальный анализ методов и результатов исследований, а также полный список публикаций приведены в самостоятельном документе, который можно получить от авторов по специальному запросу. Не все материалы имеют хорошие доказательные обоснования (особенно слаба доказательная база в материалах по экономической и долгосрочной эффективности), тем не менее, перечисленные ниже инициативы имеют наиболее серьезное обоснование.

Методы повышения грамотности в вопросах здоровья

В европейских странах существует выраженная заинтересованность в передаче пациентам и населению информации по вопросам здоровья. В большинстве последних разработок основное внимание уделено компьютерной информации и разработке интернет-сайтов и порталов по вопросам здоровья, включая организацию виртуальных групп поддержки (15). Полезной может быть хорошо подготовленная и оформленная письменная информация, которая помогает лучше понять представленные медицинскими работниками объяснения, касающиеся нарушений здоровья и лечения. Информация работает лучше всего, если она подготовлена персонально для нужд конкретного индивидуума, поэтому компьютерная информация может быть более эффективной по сравнению с печатными материалами (16).

В ряду мероприятий, специально нацеленных на группы населения с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья, особое внимание уделяется учебным курсам, мероприятиям в общинах и подготовке или модификации информации по вопросам здоровья, которая отвечала бы специфическим потребностям этих групп населения. Результаты оценки этих мероприятий оказались несколько противоречивыми; часть из них, но далеко не все, способствовали улучшению информированности населения и лучшему пониманию проблемы (17, 18). Были предприняты попытки использовать пиктограммы и другие визуальные наглядные пособия, однако до сих пор

не получено убедительных данных, которые доказывали бы, что такие подходы действительно оказывают какое-то влияние на преодоление неравенства в доступности медицинской помощи. Люди, которые используют компьютеры в своей повседневной жизни, нередко предпочитают получать информацию по вопросам здоровья через интернет, однако придание этому информационному каналу чрезмерного значения может усилить неравенства в доступности медицинской помощи, так как исключит из числа потенциальных потребителей компьютерной информации пожилых людей и инвалидов, людей с низкими доходами, а также представителей этнических меньшинств. Однако если удастся решить проблему неравенства доступа к медицинской помощи, это позволит считать, что люди из более ограниченных сообществ получают больше выгод, чем представители более зажиточных групп населения (19).

Было показано, что информация в других электронных форматах – например, в виде цифрового интерактивного телевидения, текстовые сообщения в мобильных телефонах, аудиозаписи и вмешательства через Интернет – дает противоречивые результаты в плане улучшения уровня знаний среди населения; тем не менее, такая информация может оказывать благоприятный эффект на чувство уверенности у пациентов и их возможности быть вовлеченными в процесс принятия решения. Имеются также убедительные данные, что такая информация помогает улучшить результаты лечения и изменить поведение людей, особенно если она используется в дополнение к санитарно-просветительной работе, проведенной в медицинских учреждениях (20). Информация в электронном формате может быть особенно полезной при работе с труднодоступными группами населения – например, при работе с молодыми диабетиками текстовые сообщения, отправляемые на их мобильные телефоны, были достаточно успешно использованы для решения задач, связанных с оказанием самопомощи (21).

Люди в наибольшей степени стремятся получить информацию по вопросам здоровья, которая будет наиболее полезной в ответственные моменты принятия решений. Эта информация должна быть приемлемой, своевременной, релевантной и достоверной. Качество информации, предоставляемой интернетом, варьирует в значительной степени и нередко вызывает серьезные сомнения, поэтому полезными могут быть методы, позволяющие оценить ее качество и достоверность (22). Клиницисты и руководящие работники здравоохранения обычно считают, что наиболее важным является предоставление пациентам основной медицинской информации – например, основных сведений о болезни, однако сами больные могут быть более заинтересованы в получении информации о возможных альтернативах лечения, о вероятности успеха терапии (прогноз) или о том, каким образом можно получить помощь для того, чтобы более

эффективно бороться со своими заболеваниями (23). Было разработано большое количество различных вопросников для оценки качества информационно-коммуникационных материалов по вопросам здоровья – например, "Health on the Net Foundation Code of Conduct" (24) или критерии качества "DISCERN" (25).

Методы для стимулирования совместного принятия решения при выборе лечения

Больным, если они хотят играть более активную роль в принятии решения о собственном лечении, нужна помощь со стороны высококвалифицированных клиницистов. Имеющиеся факты свидетельствуют о том, что хорошо организованные учебные курсы помогают улучшить коммуникационный потенциал врачей, медицинских сестер и фармацевтов (26,27). В результате такого стимулирования со стороны профессионалов больные становятся более активными, уровень их информированности повышается, их тревога ослабевает, они чувствуют себя более удовлетворенными. В то же время такой подход не увеличивает расходы на лечение; напротив, расходы могут даже сократиться – например, путем уменьшения количества выписанных рецептов на лекарства (28,29). Кроме того, пациенты лучше соблюдают назначенную им схему лечения (усиливается приверженность лечению), что в свою очередь повышает вероятность того, что лечение окажется эффективным. Несомненно, можно существенно улучшить характер коммуникаций между медицинскими работниками и их пациентами.

Помимо действий, которые направлены, прежде всего, на клиницистов, были разработаны и с успехом апробированы различные другие методы повышения заинтересованности пациентов. К их числу относятся: наставничество, позволяющее повысить уверенность больного в своих силах, чтобы занимать более активную позицию во время встреч с медицинскими работниками; использование карточек с вопросами, которые они могут или должны задать профессионалам; дневники или тематические списки вопросов для дискуссий; резюме встречи с медицинским работником для последующего более детального анализа. В результате использования таких методов и средств повышается уровень информированности пациентов, и они чувствуют свою большую причастность к решению проблем (30,31). Имеющиеся данные показывают, что можно повысить активность больных и эффективность лечения без существенного увеличения расходов на медицинское обслуживание. Однако сведения о влиянии такого подхода на состояние физического здоровья пациентов противоречивы.

В качестве вспомогательных средств, которые помогают больным принимать решения, могут быть использованы любые средства, которые помогают улучшить обмен мнениями между больными и медицинскими

работниками. К настоящему времени в мире насчитывается более 500 таких средств (32). Они основаны на использовании различных носителей информации – например, памяток, компьютерных программ, аудиозаписей и компакт-дисков. Эти средства помогают пациентам проанализировать данные об эффективности различных схем лечения и выбрать наиболее предпочтительные для себя; таким образом, они могут принимать решения, основанные на информации о преимуществах и недостатках различных вариантов лечения.

Эти средства могут быть очень эффективными, если они правильно разработаны. Такие средства помогают улучшить информированность больных, в результате чего они более активно участвуют в принятии решения и лучше сопоставляют собственные потребности и имеющиеся возможности лечения (33). При разработке и оценке этих средств был использован набор стандартов, выбранных международной группой исследователей (34). Эти средства не увеличивают, но и не снижают чувство тревоги, но они дают пациентам возможность более точно оценить степени риска. Чем более индивидуализирована информация о степени риска, тем выше вероятность того, что она позволит улучшить участие пациента в принятии решения и в "достижении согласия" между предпочтениями больного и имеющимися альтернативами лечения. Имеются также определенные факты, свидетельствующие о возможной экономической эффективности таких средств, особенно в тех случаях, когда их использование сочетается с индивидуальным консультированием больного. Результаты оценки эффективности применения пациентами таких вспомогательных средств показывают, что следствием их использования может быть снижение частоты отдельных хирургических вмешательств на 25%, хотя несомненно, что это зависит от конкретной ситуации по данной проблеме, которая, как известно, существенно варьирует как в различных странах, так и в разных регионах одной страны (35).

Вспомогательные средства для принятия решения должны быть основаны на результатах анализа материалов новейших исследований; поэтому национальные организации (например, научно-исследовательский институт) могут получить просьбу об апробации, разработке и адаптации таких материалов. Несмотря на сведения о положительных результатах их использования, даже широкое внедрение инновационных подходов все еще очень медленно способствует более активному вовлечению больных в процесс принятия решения. Однако благодаря реализации этой инициативы во многих странах, включая Австралию, Великобританию, Германию, Италию, Канаду, Нидерланды, Францию и США, ситуация начинает меняться немного быстрее (36–43). В настоящее время руководящие работники здравоохранения и клиницисты начинают осознавать, что привлечение пациентов в качестве партнеров по ответственности при

принятии решения более рационально, чем просто лечение этих людей как пассивных потребителей медицинских услуг.

Обучение пациентов навыкам самостоятельного ухода за собой

Люди с хроническими заболеваниями – например, с депрессиями, нарушениями питания, бронхиальной астмой, артритами или гипертонической болезнью – очень выигрывают от приобретения информации по вопросам самообслуживания, особенно если эту информацию они получают от других людей с такими же хроническими заболеваниями. Программы самообслуживания при хронических заболеваниях, которые нередко осуществлялись неправительственными организациями добровольцев, были реализованы в Австрии, Великобритании, Испании, Италии, Нидерландах, Норвегии, Швеции (44). Участники этих обучающих программ получили сведения о методах релаксации, преодоления депрессии и чувства тревоги, страха и гнева, а также информацию о питании, преодолении возникающих проблем, приеме лекарств, совместном принятии решения о лечении и разработке планов дальнейшего лечения. Такой тип обучения самопомощи может усиливать положительный эффект от приобретения дополнительных знаний, помогать бороться со сложностями, повышать приверженность лечению и усиливать самодостаточность. Он также способствует умеренно выраженному кратковременному улучшению самочувствия с повышением дееспособности, ослаблением боли, усталости и депрессии (45).

Обучение по вопросам оказания самопомощи может быть более эффективным, если оно интегрировано в системы первичной и вторичной медико-санитарной помощи и если приобретенные сведения в дальнейшем закрепляются информацией, получаемой от медицинских работников. Многие учебные программы по оказанию самопомощи, осуществляемые медицинскими работниками, нацелены на специальные группы пациентов. Например, было установлено, что состояние здоровья больных диабетом улучшается после прохождения обучения по оказанию самопомощи, причем такое обучение может сократить расходы на медицинское обслуживание (46). Аналогичным образом, результаты анализа итогов проведенных медицинскими работниками учебных программ для больных с хроническими обструктивными поражениями легких показали, что после таких программ частота госпитализации больных уменьшилась (47).

Хотя имеются реальные возможности для увеличения объема и улучшения качества информации по вопросам здоровья, которая может быть предоставлена как пациентам, так и всему населению, письменная информация сама по себе редко оказывается эффективной в плане изменения поведения людей или в плане улучшения состояния их здоровья. Активное

обучение и передача обучаемым практических навыков всегда значительно более эффективны, чем простая раздача памяток (48). Такая форма активного обучения может быть успешно реализована с помощью компьютеров. Результаты двух аналитических работ по интерактивному использованию компьютеров показали, что такая форма обучения способствовала повышению уровня информированности пациентов и их дееспособности. Кроме того, в этих случаях больные считали, что они получают более качественную социальную поддержку, что приводило к положительным изменениям их поведения и к улучшению результатов их лечения (20,49).

Наиболее эффективными обучающими программами по вопросам самопомощи являются такие программы, которые более продолжительны и более интенсивны, которые хорошо интегрированы в систему здравоохранения и после которых медицинские работники закрепляют полученные знания и навыки во время последующих регулярных контактов с пациентами. Следует сосредоточить усилия на создании условий, которые позволяли бы пациентам освоить практические навыки и выработать в себе уверенность в том, что помощь самим себе будет очень полезна для улучшения состояния их здоровья. Практические занятия с активным участием обучаемых дают гораздо лучшие результаты по сравнению с традиционным дидактическим обучением (50).

Возможные стратегии повышения активности пациентов

Правительства, руководящие органы здравоохранения и налогоплательщики, ищущие пути для более эффективного информирования пациентов и усиления их возможностей, должны придти к согласию в отношении четких целей и оптимальной стратегии, а также целенаправленных мероприятий на национальном, региональном и (местном) учрежденческом уровнях. Целью этих усилий является изменение поведения пациентов, поэтому необходим системный подход для повышения действенности мероприятий в различных учреждениях и закрепления их эффективности.

Программы на различных уровнях системы должны быть хорошо скоординированными и взаимно усиливающими друг друга. Спектр программ и соотношение между ними должны учитывать специфику населения и особенности местных условий, а цели и стратегии должны быть четко сформулированы, чтобы каждый человек знал, что можно ожидать от реализации этих программ. Невозможно разработать универсальную схему, чтобы программа одинаково эффективно работала в каждом учреждении, однако следующие положения и принципы будут наверняка полезными.

Действия на макроуровне (национальное, федеральное или региональное правительство)

В некоторых странах право на информацию и участие в принятии решения регулируется законодательством. При этом необходимо учитывать следующие механизмы: защита и соблюдение интересов больного является юридической обязанностью медицинских работников; клиницисты должны обеспечить максимально возможное участие пациентов в их лечении; пациенты должны быть полностью информированы о своих правах и обязанностях.

Четкие стандарты или цели могут потребовать от медицинских работников демонстрации их способности проводить разъяснительную работу среди пациентов и представления доказательств того, что больным было предложено участвовать в процессе принятия решений. Эти стандарты могут также потребовать представления свидетельств того, что больным были предложены помощь в проведении самостоятельного лечения и представлены различные формы средств, помогающих принять решение. Системы, основанные на материальном стимулировании или соревновательном духе, включая механизмы выбора или определение специфических потребностей, могут быть использованы для мотивационных изменений среди медицинских работников. Кроме того, было показано, что скоординированные программы для анализа информации о пациентах могут быть очень полезными для мониторинга функционирования системы, так как требуют от медицинских работников систематического проведения анализа накопленного больными опыта и публикации полученных результатов.

Действия на мезоуровне (региональные органы здравоохранения и профессиональные организации)

Профессиональные требования к медицинским работникам могут играть ключевую роль. Стандарты надлежащей практики, разработанные объединениями профессионалов, могут требовать от клиницистов: вовлечения больных в процесс обсуждения лечения и принятия решения; проведения разъяснительной работы среди пациентов и оказания помощи пациентам в уходе за собой; адаптации стратегий, основанных на имеющихся доказательствах, для повышения грамотности в вопросах здоровья. Стандарты могут также требовать от клиницистов оказания помощи пациентам в навигации по системе здравоохранения и в выборе соответствующих источников информации по вопросам здоровья и средств, помогающих принимать решения. Необходимо подчеркнуть еще раз, что для мониторинга качества работы клиницистов и выполнения требований надлежащей практики могут быть использованы сведения,

получаемые от пациентов в виде обратной связи с помощью стандартизованных вопросников. Национальные структуры, ответственные за подготовку и обучение медицинских работников, включая разработку образовательных материалов и программ, а также за их оценку, должны контролировать соблюдение медицинскими работниками стандартов, направленных на защиту интересов больных.

Несмотря на появление в последнее время большого количества коммерческой информации (как в печатном виде, так и в электронном формате) о праве потребителя на здоровье, многие руководящие органы здравоохранения решили внести свой вклад в эту область, чтобы обеспечить доступность и высокое качество информации по данной проблеме. В некоторых странах руководящие органы здравоохранения, медицинские страховые компании и медицинские организации организовали специальные сайты в интернете или порталы, чтобы помочь людям в поисках релевантной и надежной информации, которая будет полезна им в процессе принятия решений по вопросам здоровья. Помимо полноценного ответа на потребность населения в надежной информации по вопросам здоровья особое внимание должно быть уделено потребностям людей с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья. Кроме того, для некоторых специфических групп пациентов или недостаточно обеспеченных сообществ особенно полезными могут быть другие формы информации в электронном виде, а именно, виртуальные сообщества или сети, интерактивное цифровое телевидение, киоски с компьютерами, управляемыми прикосновением пальцев к экрану, беспроводные карманные микрокомпьютеры, видеофильмы, диски с цифровыми видеофильмами (DVD) и аудиозаписи.

Действия на микроуровне (клинические бригады, групповые практики, местные сообщества)

Для того чтобы развивать партнерские взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентами, необходимо, чтобы сами медицинские работники овладели специальными знаниями и навыками. Для этого клиницистам потребуются следующие знания и навыки:

- понимание потребностей пациентов;
- способность предоставить пациентам источники информации по вопросам здоровья и лечения;
- способность дать знания пациентам о защите своего здоровья, а также о предупреждении заболеваний или их рецидивов;
- способность определять предпочтения больных и учитывать их;

- способность предоставлять пациентам информацию о рисках и вероятностях;
- способность принимать решения совместно с пациентами;
- способность оказать поддержку в организации самопомощи и самолечения;
- способность работать в мультидисциплинарных командах;
- способность использовать новые технологии для более активного вовлечения больных в процесс охраны своего здоровья; и
- способность правильно распределять время, чтобы осуществить всю программу.

Обучение пациентов должно стать неотъемлемой частью взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами. Для этого необходима четкая лидирующая позиция медицинских работников, а также разработка, осуществление и оценка эффективных образовательных программ. Знание пациентом навыков самопомощи и вера в их действенность могут быть усилены с помощью целенаправленных консультаций, осуществляемых по телефону или по электронной почте, телефонного консультирования и наставничества, отправки электронных сообщений с советами и напоминаниями, так называемой виртуальной поддержки (например, в виде интерактивных интернет-сайтов и виртуальных сетей), а также различных технологий помощи и устройств для осуществления самоконтроля. В некоторых странах на эти цели выделяются индивидуальные денежные средства, а в ряде стран существуют ваучеры на покупку вспомогательных средств (там, где это целесообразно), что существенно облегчает индивидуальный уход за пациентами со сложными потребностями.

Оказание помощи пациентам в выборе более активной роли в принятии решения об их лечении может быть весьма эффективным в обеспечении максимально индивидуального подхода к лечению заболевания у конкретного больного. Было показано, что следующие подходы могут быть весьма полезными: клиницисты сообщают пациентам адреса полезных источников информации; карточки-вопросники для пациентов, в которых перечислены примеры вопросов, которые могут быть заданы больными в отношении своего лечения и ухода; эффективные средства, помогающие пациентам участвовать в принятии решения совместно с их лечащими врачами; рекомендации по проведению самопомощи, которые облегчают пациентам с хроническими заболеваниями, нарушениями дееспособности и эмоциональными проблемами борьбу с симптомами болезни; обеспечение доступа больным к историям болезни на бумажных или электронных носителях; направление пациентам копий письменных обращений к медицинским работникам.

Внедрение: разработка национальных и местных стратегий

Исследования, которые были проанализированы при подготовке данного обзора, отличались друг от друга по описанию различных оцениваемых программ и полученных с их помощью результатов. В некоторых работах описание использованных подходов или контекста исследования было недостаточно подробным. В других работах не были приведены демографические и клинические характеристики пациентов или их описание было недостаточным. Кроме того, продолжительность периода наблюдения после проведения вмешательства нередко была сравнительно короткой, так что оставалась неизвестной долговременная эффективность многих вмешательств. Экономическая эффективность мероприятий или их потенциальная стоимость была проанализирована лишь в единичных исследованиях. Большинство исследований было проведено в какой-нибудь одной стране, причем значительная их часть была выполнена в Северной Америке; в то же время лишь единичные работы были сделаны в странах Восточной и Южной Европы. Поэтому при внедрении данных подходов в различных условиях необходимо проявлять определенную осторожность.

Тем не менее, мы считаем, что нам удалось продемонстрировать наличие достаточной доказательной базы, хотя и несовершенной, на которой могут быть использованы различные стратегии по более активному вовлечению пациентов в процесс их лечения. В большинстве обзорных работ было сделано заключение о положительных результатах и существенных достижениях, а имеющиеся факты свидетельствуют о перспективности использования различных возможных подходов.

При планировании программ более активного участия больных необходимо принимать во внимание различия в заболеваниях, которые имеются у пациентов. Подавляющее большинство жителей европейских стран считают состояние своего здоровья хорошим, и только 7% пожаловались на плохое здоровье, хотя у каждого третьего европейца имеется хроническое заболевание (9). При анализе ситуации в 25 странах Европейского союза, которые были членами этой организации до января 2007 г., оказалось, что состояние здоровья населения в 10 новых членах Союза хуже, так как здесь состояние своего здоровья оценили как хорошее в среднем 61% опрошенных, тогда как в 15 старых странах Союза таких было 76%. Страны, где самые высокие проценты населения испытывали нарушения повседневной активности из-за наличия длительных заболеваний, относились к региону Восточной Европы (34% в Словении, 30% в Чешской Республике и по 28% Эстонии и Венгрии), тогда как самый низкий процент таких людей был выявлен в Люксембурге (15%), Испании (15%), Италии (12%) и Швейцарии (8%). Кроме того, длительную лекарственную терапию в связи с наличием хронических заболеваний получают 25% жителей

Европейского союза. Самый высокий процент людей, которые сообщили о длительной терапии, выявлен в Финляндии (33%), а также в Венгрии и Швеции (по 31%), тогда как в Австрии, Италии и Нидерландах к этой категории населения относится менее 20% жителей.

В некоторых странах может быть достаточно сложно преодолеть традиционные "культурные барьеры" – например, осознание пациентами и медицинскими работниками своих ролей в процессе получения/проведения консультаций. Наличие таких барьеров затрудняет изменение практической ситуации, если только сами пациенты не захотят принимать более активное участие в решении вопросов об охране своего здоровья, независимо от того, насколько комфортно они будут себя чувствовать в такой ситуации. Медицинские работники должны быть готовы оказать всяческую помощь пациентам для того, чтобы роль последних стала более активной. Например, люди едва ли с удовольствием примут участие в образовательных программах по самопомощи, если они не будут уверены в том, что именно они должны играть ключевую роль в охране или восстановлении своего здоровья. Любые мероприятия в этом направлении будет сложно осуществлять, если предварительно не будет проведено специальное обучение медицинских работников.

Увеличению активности пациентов может также препятствовать социальное неравенство. Лица с более низким уровнем образования и с меньшими доходами могут чувствовать себя менее уверенно, когда их пытаются привлечь к участию в охране своего здоровья и в оценке информации по вопросам здоровья. Менее вероятно, что у них будет иметься доступ к компьютеру и к интернету. В некоторых странах Европы такое разделение населения по доступу к цифровым технологиям более очевидно, чем в других странах. Анализ использования населением электронных технологий системы здравоохранения показал, что в связи с различными аспектами здоровья Интернет чаще использовался в странах Северной Европы – таких как Дания (62%), Норвегия (59%) и Германия (49%) (51). В таких восточноевропейских странах как Польша и Латвия Интернетом для решения проблем, связанных с состоянием здоровья, пользовались соответственно 42% и 35% респондентов, а процент пользователей интернета был самым низким в странах Южной Европы – 30% в Португалии и 23% в Греции.

Однако если эти барьеры удастся преодолеть, положительные результаты могут быть очень весомыми. Повышение роли населения в охране собственного здоровья и стимулирование ответственности людей за свое здоровье могут быть самым эффективным способом поддержания стабильности систем здравоохранения. Имеющиеся данные свидетельствуют, что более информированные и более активные люди требуют меньших

затрат со стороны системы здравоохранения, а также делают более обоснованный выбор из имеющихся вариантов, что в конечном счете дает более благоприятные клинические результаты.

Помимо перспективы более эффективного расходования средств системы здравоохранения, повышение активности пациентов в контроле своего здоровья во время того или иного заболевания может быть эффективным методом для улучшения оказания медицинской помощи. Традиционный патерналистический подход подрывает веру людей в то, что они могут сами заботиться о себе; таким образом, трансформация патернализма в партнерство может существенно стимулировать чувство самодостаточности. Оказание помощи больным с тем, чтобы они сами помогли себе во время болезни, а также увеличение их потенциала бороться с последствиями собственной болезни могут способствовать тому, что эти пациенты будут более ответственно относиться к своему здоровью, снижать влияние факторов риска и тем самым предупреждать развитие болезней. Повышение активности больных в охране своего здоровья имеет решающее значение в борьбе с болезнями и в улучшении здоровья населения.

Выводы

В настоящее время существуют убедительные данные, на основании которых могут быть разработаны эффективные стратегии информирования пациентов и активизации их роли в охране своего здоровья и в борьбе с их собственными заболеваниями. Очень важно, чтобы программы здравоохранения учитывали эти данные, использовали имеющиеся результаты и добивались дальнейшего прогресса. Тем не менее, потребуются более убедительные данные и дополнительные исследования для того, чтобы системы здравоохранения могли использовать дополнительные возможности для более эффективной охраны здоровья населения.

Так как грамотность в вопросах здоровья имеет решающее значение в процессе вовлечения пациентов в охрану их собственного здоровья, все стратегии, направленные на активизацию роли самих пациентов, должны быть нацелены, прежде всего, на повышение грамотности людей в вопросах здоровья. Если проблема грамотности населения в вопросах здоровья не будет решена, неравенство в доступе к медицинской помощи может даже усугубляться.

Уровень информированности пациентов и понимания ими ситуации повышается в тех случаях, когда медицинские работники вовлекают больных в процесс лечения имеющихся у них заболеваний, что приводит к более благоприятным результатам лечения. Кроме того, участие пациентов в принятии решений и оказание ими самопомощи взаимно

усиливают эффективность каждого из этих подходов, поэтому им должно придаваться важное значение, и они должны использоваться в практике постоянно.

Стратегиям информирования и повышения активности пациентов, а также стратегиям совместной работы с ними систем оказания медицинской помощи, должно уделяться самое пристальное внимание во всех странах. Это очень важно не только потому, что такой подход в принципе является правильным, но также и потому, что это может оказаться наиболее эффективным средством для улучшения здоровья людей и для обеспечения стабильного функционирования систем здравоохранения в будущем.

Библиография

1. Kickbusch I. Enabling healthy choices in modern health societies. *Eighth European Health Forum, Bad Gastein, Austria, 5–8 October 2005*.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, 15(3):259–267.
3. Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC, National Academies Press, 2004.
4. von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(5):1344–1351.
5. Grol, R et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice*, 2000, 50:882–887.
6. Sheridan SL et al. Shared decision making about screening and chemoprevention: a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 26(1):56–66.
7. Bastiaens H et al. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 2007, 68(1):33–42.
8. Coulter A, Magee H. *The European patient of the future*. Maidenhead, Open University Press, 2003.
9. European Commission. *Health in the European Union*. Brussels, European Commission, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf, accessed 8 April 2008).
10. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1998, 1(1):2–4.
11. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 26(1):1–7.
12. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, W.H. Freeman and Company, 1997.
13. Coulter A, Ellins J. *Patient-focused interventions: a review of the evidence*. London, The Health Foundation, 2006 (<http://www.pickereurope.org/Filestore/Downloads/QEI-Review-intro.pdf>, accessed 7 April 2008).

14. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *British Medical Journal*, 2007, 335:24–27.
15. Nguyen HQ et al. Internet-based patient education and support interventions: a review of evaluation studies and directions for further research. *Computers in Biology and Medicine*, 2004, 34(2):95–112.
16. Wofford JL, Smith ED, Miller DP. The multimedia computer for office-based patient education: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 2005, 59(2):148–157.
17. Eakin EG et al. Reaching those most in need: a review of diabetes self-management interventions in disadvantaged populations. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 2002, 18(1):26–35.
18. Berkman ND et al. *Literacy and health outcomes*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2004 (Evidence Report/Technology Assessment No. 87).
19. Gustafson DH et al. CHESS: 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. *International Journal of Medical Informatics*, 2002, 65(3):169–177.
20. Murray E et al. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (4):CD004274.
21. Franklin V et al. A randomized controlled trial of Sweet Talk, a text messaging system to support young people with diabetes. *Diabetes Medicine*, 2006, 23:1332–1338.
22. Eysenbach G et al. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 287(20):2691–2700.
23. Swain D et al. *Accessing information about health and social care services*. Oxford, Picker Institute Europe, 2007 (http://www.pickereurope.org/Filestore/Publications/Information_access_final_web.pdf, accessed 7 April 2008).
24. Health on the Net Foundation. HON Code of Conduct (HONcode) for medical and health web sites [web site]. Geneva, Health on the Net Foundation (<http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html>, accessed 9 April 2008).
25. DISCERN [web site]. DISCERN quality criteria for consumer health information. Oxford, DISCERN (<http://www.discern.org.uk/>, accessed 9 April 2008).
26. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (2):CD003751.

27. Bieber C et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician–patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 2006, 63:357–366.
28. Stevenson FA et al. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations*, 2004, 7(3):235–245.
29. Cohen D et al. Resource effects of training general practitioners in risk communication skills and shared decision making competences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2004, 10(3):439–445.
30. Griffin SJ et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2(6):595–608.
31. Wetzels R et al. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (3):CD004273.
32. Ottawa Health Research Institute. Patient Decision Aids [web site]. Ottawa, Ottawa Health Research Institute (<http://www.ohri.ca/decisionaid/>, accessed 9 April 2008).
33. O'Connor AM et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (2):CD001431.
34. Elwyn G et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *British Medical Journal*, 2006, 333:417–419.
35. O'Connor AM, Stacey D. *Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E87791.pdf>, accessed 7 April 2008).
36. McCaffery KJ et al. Shared decision-making in Australia. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:205–211.
37. Légaré F, Stacey D, Forest PG. Shared decision-making in Canada: update, challenges and where next! *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:213–221.

38. Moumjid N et al. Shared decision-making in the physician-patient encounter in France: a general overview. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:223–228.
39. Loh A et al. Patient and citizen participation in German health care – current state and future perspectives. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:229–235.
40. Goss C, Renzi C. Patient and citizen participation in health care decisions in Italy. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:236–240.
41. van der Weijden T, van Veenendaal H, Timmermans D. Shared decision-making in the Netherlands – current state and future perspectives. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:241–246.
42. Evans R et al. Prominent strategy but rare in practice: shared decision-making and patient decision support technologies in the UK. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:247–253.
43. Holmes-Rovner M, Gruman J, Rovner DR. Shared decision-making in the US – research and development outpaces delivery. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung: in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen*, 2007, 101:254–258.
44. Lorig K. Organizations licensed to offer Stanford Self-Management Programs [web site]. Palo Alto, CA, Stanford School of Medicine, 2008 (<http://patienteducation.stanford.edu/organ/>, accessed 8 April 2008).
45. Foster G et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (4):CD005108.
46. Deakin T et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (2):CD003417.
47. Effing T et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (4):CD002990.

48. Gibson PG et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (1):CD001117.
49. Kaltenthaler E et al. A systematic review and economic evaluation of computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. *Health Technology Assessment*, 2002, 6(22):1–89.
50. Warsi A et al. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164:1641–1649.
51. Andreassen HK et al. European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*, 2007, 7(147):53.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17.
Факс: +45 39 17 18 18.
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и руководствах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решения данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать читателям идеальные модели или подходы, а в том, чтобы дать описание потенциальных стратегических решений, основанных на синтезе ключевых научных данных и анализе их применимости к политике в рассматриваемой области.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Европейское региональное бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств - членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационного записки. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/hen>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

– это партнерство, которое поддерживает и продвигает процесс формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу выработки обоснованных рекомендаций по стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).