

# WAYS TO OVERCOME THE PROBLEM LOW COMPLIANCE IN THE PRACTICE OF A DOCTOR- SPECIALIST

## ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НИЗКОГО УРОВНЯ КОМПЛАЙНСА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА

Jacek Stasiak<sup>1</sup>

Roman Vepritsky<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ph.D., Associate Professor, „Herbrand” Centrum Medyczne NZOZ w Aleksandrowie Łódzkim  
e-mail: jacek\_stasiak@interia.pl

<sup>2</sup> Master of Medicine and Management, Ukraine

**Abstract:** One of the main problems in medicine and health that affects the effectiveness of treatment is the problem of poor patient compliance with the treatment rules. Patients do not follow the rules issued by a doctor, avoid specialist doctors, do not lead a healthy lifestyle, which significantly reduces prevention, diagnosis and treatment effectiveness. The article attempts to define the ways of overcoming this phenomenon on the basis of the work of a doctor - specialist.

**Keywords:** management, health, education

Одной из главных проблем практической медицины, существенно влияющей на эффективность лечения, является проблема низкого уровня приверженности пациента к лечению. Всемирная организация охраны здоровья определяет для развитых стран

уровень приверженности к лечению лишь около 50 %. Исследуются факторы приверженности к лечению, классифицируются факторы, препятствующие приверженности, и методы, ее повышающие. Наряду с далеко не всегда возможной ранней диагностикой многих заболеваний, профилактикой, приверженность пациента к лечению может определять эффективность работы системы охраны здоровья. В рамках общепринятого понимания вопросов приверженности, ведущая роль в преодолении проблемы отводится медицинским сотрудникам и возможностям их эффективной коммуникации. Однако, в то же время, не существует общепринятой в мире практики для повышения приверженности к лечению пациента. Очевидно, что уровень коммуникации между пациентом и медицинским работником играет определяющую роль, однако у медицинских работников и пациентов не всегда устанавливается достаточный и эффективный уровень коммуникации для решения проблемы приверженности пациента к лечению, о чем свидетельствуют данные ВООЗ.

В работе исследуются теоретические и практические аспекты проблемы низкого уровня комплайенса, обсуждаются факторы, препятствующие его повышению, описывается опыт преодоления проблемы на уровне медицинского сотрудника.

### **Постановка проблемы**

Если исключить из внимания клинические исследования, где лечение, и, собственно, прием медикаментов и соблюдение всех рекомендаций пациентом находится под пристальным вниманием медицинского персонала, и ведется согласно протоколу исследования, исследование приверженности к лечению оказывается не простой задачей. В статье доктора медицины Ларса Остерберга и доктора медицинских наук Теренса Блашке «Приверженность к приему медикаментов» [1], авторы касаются вопросов выявления плохой приверженности. Исходя из того, что польза от эффективных медикаментов может быть достигнута только в том случае, если пациенты строго придерживаются схемы лечения, авторы подчеркивают плохую способность врачей распознавать плохую приверженность к лечению и неоднозначность результатов, касательно попыток изменить ситуацию в лучшую сторону. Опираясь на данные Всемирной Организации Охраны Здоровья [2], методы оценки приверженности пациента к лечению авторы разделяют на прямые, такие как терапия под прямым наблюдением, измерение концентрации препарата или его метаболитов в средах организма, а так же не прямые, - опрос пациента, подсчет количества таблеток, определение частоты выписки рецептов, сбор анкет, дневники пациента и т.д.

Подчеркивается, что прямые методы оценки приверженности пациента к лечению являются дорогостоящими, а непрямые могут быть склонными к неточному представлению информации. Авторы приводят практическую рекомендацию для выявления плохой приверженности: без возражений спросить пациента как часто он пропускает дозы. Стратегии вмешательства в ситуацию делят на четыре группы: обучение пациентов, улучшение графиков дозирования медикаментов, увеличение времени работы клиники и сокращение времени ожидания.

Приведем частный случай. Как практикующий врач-ревматолог, из опыта своей практики могу утверждать, что пациенты с подагрой имеют, возможно, одни из самых низких показателей приверженности к лечению. Приведем исследование. В статье Мэри А. Де Вера «Прием медикаментов при подагре: систематический обзор» [3]. Осознавая нарастающую проблему слабой приверженности приема медицинских препаратов при подагре, авторы концентрируют внимание на изучении приверженности к лечению пациентов с подагрой в реальных условиях. Опираясь на данные 16 исследований, полученным путем научного поиска из баз данных Medline, Embase, International Pharmaceutical Abstracts, PsycINFO та CINAHL, авторы делают вывод: меньше половины пациентов с подагрой в реальных условиях придерживаются своего лечения. Подчеркивается важность обсуждения медицинскими работниками при встрече со своими пациентами необходимости придерживаться режима приема медикаментов.

В статье В.Й.Целуйко и соавт. «Влияние на приверженность к лечению на отдаленный прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда» [5] авторы приводят данные Всемирной организации охраны здоровья, согласно которым ежегодно в мире от ишемической болезни сердца умирает более 7 млн. человек. Для пациентов этой группы, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, обязательным является продолжительный прием препаратов четырех групп, позитивное влияние которых доказано в ряде масштабных плацебо-контролируемых исследований с уровне доказательности 1А. Это антитромбоцитарные препараты, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и бета-адреноблокаторы. Авторы исследуют приверженность пациентов к лечению. В таблице 1 приводятся данные относительно приверженности пациентов к лечению с учетом гендерных отличий. В зависимости от того, насколько пациенты придерживались рекомендаций, они были распределены на две группы, в частности, первая – 75 пациентов (27,7 %), которые в течение 3-х лет принимали три или четыре рекомендованных групп препаратов и вторая – 196 (72,3 %), которые принимали 2 или менее рекомендованный препарата. Во второй группе

повторный инфаркт миокарда наблюдался вдвое чаще, чем в первой ( $p < 0.05$ ; табл. 2).

Авторы делают выводы:

- в течение 3-х лет менее 30 % пациентов, перенесших инфаркт миокарда, придерживались рекомендаций по стандартной терапии;
- невыполнение рекомендаций влечет за собой более частое развитие повторного инфаркта миокарда, госпитализаций и необходимости в реваскуляризации миокарда.

**Таблица 1. Гендерные отличия приверженности к лечению у пациентов, которые перенесли инфаркт миокарда**

Препарат	Частота применения		P
	у мужчин (n=167)	у женщин (n=104)	
β-адрено-блокаторы	106 (63,4 %)	51 (49 %)	0,02
Ацетилсалициловая кислота	122 (73 %)	30 (29 %)	0,001
Ингибиторы АПФ	76 (45,5 %)	38 (36,5 %)	0,159
Статины	44 (26,3 %)	24 (23,07 %)	0,55

**Таблица 2. Влияние приверженности к лечению на трехлетний прогноз у пациентов, перенесших инфаркт миокарда**

Показатель	Количество пациентов в группах		P
	I (n=75)	II (n=196)	
Повторный инфаркт миокарда	6 (8 %)	32 (16,3 %)	0,04
Инсульт	2 (2,6 %)	14 (7,1 %)	0,21
Аорто-коронарное шунтирование/ стентирование	2 (2,6 %)	13 (6,6 %)	0,21
Нестабильная стенокардия	6 (8 %)	16 (8,1 %)	0,97
Повторная госпитализация	4 (5,3 %)	28 (14,2 %)	0,04

Исследования частных клинических ситуаций, и выводы, сделанные в них, отражают общую картину: приверженность пациента к лечению остается на низком уровне.

### **Обсуждение**

Переходя от научной оценки степени приверженности пациента к лечению к особенностям практического применения методов вмешательства в сложившуюся ситуацию, хочется отметить несколько деталей.

При всем обилии информации, и в целом, осознанием медицинским сообществом масштабов проблемы, хочется отметить, что проблема осознается недостаточно. С одной стороны, есть информация Всемирной организации охраны здоровья, касающаяся масштабов проблемы, есть группы исследователей, описывающих, как правило, частные случаи исследования приверженности к лечению пациентов с определенными патологиями, с другой стороны, - на практике, мы имеем существующую систему охраны здоровья в каждой отдельно взятой стране и системную ошибку в эффективности усилий по охране здоровья, сопоставимую по своим масштабам с возможностями системы охраны здоровья по охране здоровья своих граждан. Не существует ни эффективного в практическом рутинном использовании способа оценки приверженности пациента к лечению, ни детальных механизмов преодоления проблемы.

Очевидно, что прямые методы оценки приверженности, такие как терапия под прямым наблюдением и измерение концентрации препарата или его метаболитов в средах организма, в настоящее время не имеют предпосылок к рутинному использованию, а представляют лишь научный интерес. В случае терапии под прямым наблюдением – этот метод выполняется в условиях стационара по умолчанию в отношении инъекционных препаратов, далеко не всегда в отношении таблетированных, и не может быть использован для пациентов, которые лечатся амбулаторно, принимая по поводу хронического заболевания медикаменты дома. Создание новых стандартов, правил или требований так же не решит вопрос, поскольку нет столько медицинских сотрудников, чтобы уследить за каждой принятой таблеткой, а во вторых, любые изменения в отношении контроля приведут к росту издержек в системе здравоохранения. При всем этом легко упускается из внимания тот факт, что пациент, хотя и несет ответственность за свое здоровье, но все же является объектом лечения.

Такой метод оценки как измерение концентраций препарата или его метаболитов в средах организма так же в настоящее время не имеет перспектив для широкого использования, а только в исследовательских целях. Стоимость использования метода может быть весьма значительна, и сопоставима со стоимостью лечения.

В отношении не прямых методов оценки приверженности к лечению, таких как опрос пациента, подсчет количества таблеток, определение частоты выписки рецептов, сбор анкет, дневники пациента следует так же отметить наличие ряда проблем, встающих перед участниками процесса на пути к их практическому использованию. Очевидно, при недостаточно эффективном лечении, при прямом опросе пациента, пациент может испытывать психологический дискомфорт, признавая свою ответственность за недостаточно эффективное лечение. Нет исследований, определяющих, как часто пациент может сообщить неправду медицинскому персоналу. Подсчет количества принятых медикаментов требует от пациента иметь с собой на приеме у врача данные медикаменты, а медицинскому персоналу нужно иметь назначения для этого пациента, сравнивать дозировки в назначениях, провести подсчет количества таблеток, отталкиваясь от даты последнего визита, которые должен был принять пациент, провести подсчет количества таблеток, принятых по факту, сравнить две цифры. Процесс требует времени от персонала, и, соответственно, приведет к росту издержек. Ситуация усложняется тем, что многие пациенты принимают несколько назначений, и затраты времени на расчеты могут быть весьма значительными. Определение частоты выписки рецептов с этой позиции выглядит несколько проще, однако в разных системах здравоохранения существуют разные правила выписки рецептов, и снова дополнительное внимание персонала как один из факторов, влияющих на вмешательство. Сбор анкет и дневники пациентов так же могут информировать исследователя неправильно, и требуют дополнительных усилий от пациента.

Таким образом, наряду с огромной значимостью проблемы приверженности пациента к лечению, в практическом аспекте имеется масса сложностей в отношении оценки, следовательно, и перспектив вмешательства.

Всемирная организация отдельным параграфом выносит факторы, негативно влияющие на приверженность пациентов к лечению [4]. К их числу относят социально-экономические факторы, особенности команды охраны здоровья и системные факторы, факторы, связанные с состоянием пациента, терапией и пациентом.

Непопулярным среди исследователей проблемы является исследование негативного влияния на состояние проблемы команды охраны здоровья и системные

факторы. ВООЗ включает в эту категорию такие аспекты практики как плохо развитые медицинские услуги с неадекватным или слабым возмещением по планам медицинского страхования, плохие системы распределения лекарств, отсутствие знаний и подготовки поставщиков медицинских услуг касательно лечения пациентов с хроническими заболеваниями, перезагруженность поставщиков медицинских услуг, отсутствие стимулов и обратной связи, касающейся эффективности, короткие консультации, слабая способность системы обучать пациентов и обеспечивать дальнейшее наблюдение, неспособность наладить поддержку сообщества и потенциал самоуправления, отсутствие знаний касательно приверженности и эффективных методов для ее улучшения.

Философским, и в то же время острым дискуссионным остается вопрос, можно оценивать эффективность работы системы здравоохранения по показателям вовлеченности пациента в процесс лечения, существует ли недостающее звено в работе поставщиков медицинских услуг и страховых компаний, и, если пациент является наиболее заинтересованным лицом, почему так часто рекомендации не выполняются?

### **Результаты**

Проблема низкой приверженности пациента к лечению осознается медицинским сообществом достаточно хорошо, особенно это касается теоретического аспекта проблемы. Проблема хорошо описана в целом, масса публикаций, касающихся исследований частных случаев для пациентов того или иного профиля. Недостаточное внимание со стороны исследователей к изучению особенностей системы здравоохранения, негативно влияющих на приверженность пациентов – неоспоримый факт.

В практическом аспекте очевиден запрос на опыт и усилия в этом направлении, которые бы показали пример надлежащей практики. Очевидно наличие проблемы: какие методы для изменения ситуации использовать и какие ресурсы для этого понадобятся. Требуется дополнительная оценка. Страховая система могла бы предложить такие методы и ресурсы, но достаточно трудновыполнима ввиду требуемой слишком точной настройки системы учета и компенсаций, зависящей от множества факторов, и пролегающей на стыке глубоких медицинских знаний и экономической эффективности. Поставщик медицинских услуг может повлиять на процесс, однако ему нужно быть достаточно гибким и эффективным, чтобы предложить рынку работающую модель по

преодолению проблемы. Пациент, преимущественно как объект лечения, может быть обучен и эффективен, если он будет обучен надлежащим способом.

Решение проблемы приверженности пациента к лечению, на наш взгляд, лежит в плоскости между частным медицинским поставщиком медицинских услуг, имеющим достаточную гибкость на рынке и соответствующие ресурсы, возможно, страховой компанией, если эта возможность предусмотрена национальной системой охраны здоровья, и пациентом, получающим надлежащий уровень обучения, мотивации и сопровождения для преодоления проблемы.

Медицина в будущем должна стать чем-то большим, чем она есть сейчас, и преодолеть одну из своих системных проблем, такую как обеспечение несравнимо более высокой приверженности пациента к лечению. И если сегодня частному медицинскому инвестору удастся предложить эффективную модель преодоления проблемы, то это может стать на рынке медицинских услуг решающим конкурентным преимуществом, существенно повышающим эффективность лечения [6].

#### **Выводы:**

1. Одной из главных проблем практической медицины, существенно влияющей на эффективность лечения, является проблема низкого уровня приверженности пациента к лечению;
2. Не существует общепринятой в мире практики для повышения приверженности к лечению пациента;
3. Существует множество методов оценки приверженности пациента к лечению, однако есть проблемы в плане ил рутинного использования ввиду высокой стоимости исследований, получения объективности данных или увеличения нагрузки на систему охраны здоровья;
4. Для разных клинических ситуаций приверженность пациентов к лечению является одинаково недостаточной;
5. Низкая приверженность пациентов к лечению может быть рассмотрена под углом эффективности работы системы здравоохранения;
6. Решение проблемы низкой приверженности пациентов к лечению на наш взгляд, лежит в плоскости повышения эффективности взаимодействия между поставщиком медицинских услуг, имеющим достаточные управленческие и методологические ресурсы, возможно, страховыми компаниями и пациентом, нуждающемся в надлежащем уровне обучения и мотивации;

7. Создание работающей модели повышения приверженности пациента к лечению может оказаться конкурентным преимуществом для поставщика медицинских услуг

## Литература

1. Osterberg, Lars, and Terrence Blaschke. "Adherence to medication." *New England journal of medicine* 353.5 (2005): 487-497.
2. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003. (Accessed July 11, 2005, at [http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf).)
3. De Vera, Mary A., et al. "Medication adherence in gout: a systematic review." *Arthritis care & research* 66.10 (2014): 1551-1559.
4. "Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action: Section II - Improving adherence rates: guidance for countries: Chapter V - Towards the solution: 1. Five interacting dimensions affect adherence". *apps.who.int*. Archived from the original on March 7, 2012. Retrieved 2018-03-23.
5. Целуйко, В. Й., Л. М. Яковлева, and С. О. Строкова. "Вплив прихильності до лікування на відділений прогноз у хворих, що перенесли інфаркт міокарда." *Укр. кардіол. журн* 6 (2011): 37-39.
6. Stasiak J., Competition and partnership in public and private sector strategies, Globalization, the State and the Individual No 1(27)/2021.