

Стратегія Harm Reduction у сфері охорони здоров'я України: виклики та перспективи

Концепція зменшення шкоди — це стратегія державної політики, яка передбачає комплекс заходів протидії шкідливим поведінковим моделям (надмірне споживання алкоголю, тютюнопаління, нераціональне харчування, брак фізичної активності, залежність від психоактивних речовин, інші варіанти девіантної поведінки) за рахунок впровадження механізмів та інструментів стимулювання споживання якомога менш шкідливих продуктів і послуг. Окрім відомих практик протидії небезпечним наслідкам вживання наркотиків та споживання платних секс-послуг, є чимало прикладів ефективного використання підходів harm reduction в інших сферах життя: створення захисного одягу для спортсменів та мандрівників, контроль тверезості водіїв транспортних засобів, регламентація шкідливих викидів в атмосферу. Все це прагматичні рішення задля запобігання захворюваності, інвалідності та смертності, які є практичним втіленням європейського принципу «Health in all policies» — «Здоров'я в усіх політиках». Першочерговим кроком з упровадження підходу «зниження шкоди» в українську охорону здоров'я вбачається нагальне розроблення та нормативне затвердження відповідної концепції з уніфікованим понятійним апаратом згідно вимог міжнародного законодавства відповідно до існуючих глобальних викликів та подальше залучення принципів зменшення шкоди до вирішення питань охорони здоров'я в усіх сферах життя.

Ключові слова:

епідеміологія, громадське здоров'я, ВООЗ, Україна, зменшення шкоди.

Останніми роками сфера охорони здоров'я зазнає швидкого оновлення через глобальні виклики сьогодення, а саме зміни у способі життя, глобальну мобільність, міграції, зростаюче розмаїття популяцій, культурне розмаїття, поширення хвороб, глобалізацію пропозицій медичних послуг. Тому розвиток громадського здоров'я в Україні можливий лише в рамках розвитку глобального здоров'я, насамперед на основі Європейської політики «Здоров'я — 2020», а також іншої нормативно-правової бази ВООЗ, Європейського бюро ВООЗ, ЄС.

Побудова сучасного громадського здоров'я в Україні набуває нового значення у світлі імплементації Угоди про асоціацію з ЄС, глава 22 якої присвячена саме першочерговим заходам у галузі громадського здоров'я. Питання оновлення сфери громадського здоров'я з урахуванням існуючих глобальних викликів та положень зазначеної Угоди розглядалося як стратегічне і постійно перебуває серед найбільш гострих питань реформування системи охорони здоров'я загалом. Існуюча практика діяльності сфери громадського здоров'я не забезпечує на сьогодні ефективної протидії зазначеним вище викликам і потребує вдосконалення.

Для громадського здоров'я «пацієнтом» є суспільство, тому метою громадського здоров'я є профілактика захворюваності та інвалідності, а основними завданнями — оцінка, розробка політики і забезпечення, або, іншими словами, вироблення, моніторинг і корекція концепції, стратегії й тактики в охороннооздоровчій політиці нашої держави.



V.V. Королєнко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Королєнко Володимир Васильович
к. мед. н., магістр державного управління, доц.

01601, м. Київ,
бульв. Тараса Шевченка, 13
E-mail: v_korolenko@yahoo.com

Стаття надійшла до редакції
12 червня 2017 р.

Охорона здоров'я — специфічна й водночас стратегічна галузь, тому потребує спеціальних менеджерів. Основи біомедичних знань у їх освіті є нагально необхідними.

Розвиток громадського здоров'я в Україні можливий лише в рамках розвитку глобального здоров'я, яке раніше стосувалося поняття «Міжнародне здоров'я» [2] та поєднує різноманітні аспекти політики у сфері охорони здоров'я, епідеміології, профілактики, діагностики й лікування захворювань, яким раніше не надавали вагомого значення, і не обмежується увагою до громадського здоров'я у регіонах з низькими економічними ресурсами. Підґрунтя цього поняття становлять чотири основних аспекти: прийняття клінічного рішення, що базується на даних та доказах; фокус на популяційну спрямованість, а не на індивідуальну; соціальна мета; фокус на профілактику, а не на лікування захворювань [9]. У широкому контексті глобальне здоров'я визначають як «всесвітнє поліпшення здоров'я, зменшення розбіжностей між системами охорони здоров'я та захист від глобальних загроз, що виходить за межі національних кордонів» [10]. Освітній консорціум з глобального здоров'я (The Global Health Education Consortium) наголошує на його приналежності до «різних систем, практичних підходів та стратегій у сфері охорони здоров'я, підкреслюючи більшою мірою відмінності між країнами, ніж спільні риси» [5]. Наразі зосереджуються на мульти- та міждисциплінарності, питаннях профілактики, пошуку досягнення рівномірного доступу до медичної допомоги серед різних популяцій, та наголошують на тому, що здоров'я — це суспільне надбання, що не має обмежень [8].

У ХХ ст. одночасно з покращенням стану здоров'я в усьому світі спостерігалися зміни провідних причин смертності: на перший план вийшли неінфекційні захворювання — легеневі та серцево-судинні, злоякісні пухлини та цукровий діабет, залишивши позаду інфекційні захворювання та дефіцит харчування [7, 14]. Цей «епідеміологічний перехід» відбувся внаслідок постаріння населення — через зниження народжуваності й збільшення тривалості життя — та зростання темпів урбанізації, що разом з глобалізацією сприяло такому способу життя, при якому зростає тягар чинників ризику виникнення ішемічної хвороби серця та інсульту, що є головними причинами смертності в усьому світі [14].

Додалася дія низки специфічних факторів, які прямим чином впливали на здоров'я і тривалість життя населення, причому практично незалежно від рівня доходів. Це, насамперед, розвиток медицини і поліпшення санітарно-гігієнічних умов,

що відбулися завдяки розвитку промисловості і науково-технічного та культурного прогресу загалом, а також зміна екологічних умов.

У результаті згаданих процесів смертність від епідемій, викликаних інфекційними захворюваннями, різко впала, але зросла відносна кількість смертей від захворювань кровоносної системи і злоякісних пухлин. Така зміна структури смертності й отримала назву «епідеміологічного переходу».

Справді, моделі, які інтегрують вік, чинники ризику та спосіб життя у вигляді показника, що означається як «вік серцево-судинного ризику», запропоновані як практичні та наочні інструменти при обговоренні проблеми серцево-судинного ризику [3]. Незважаючи на те, що «епідеміологічний перехід» вже відбувся у країнах з високим рівнем доходів (КВРД), зокрема у США та країнах Західної Європи, він також спостерігається у країнах із середнім та низьким рівнем доходів (КСНРД), при цьому залучаються особи молодшого віку з бідніших етнічних груп або регіонів [12]. У КСНРД, наприклад, такі стани, як ураження серця при ревматичній лихоманці та ССЗ, асоційовані з ВІЛ-інфекцією, дуже поширені, хоча гіпертензивне ураження міокарда та інсульт лише нещодавно стали чітко встановленими причинами смертності й інвалідності, що пов'язано з недостатнім контролем артеріальної гіпертензії (АГ) [11]. Результати нещодавно проведених досліджень такого методу спостереження, як WHO STEPwise (WHO STEPwise approach to surveillance (STEPS)), показали, що рівень серцево-судинного ризику залишається нижчим у цих країнах порівняно з іншими регіонами світу, проте він не повинен вважатися низьким, незважаючи на те, що частота виявлення ІХС все ще залишається невисокою. У країнах, де спостерігається постаріння населення, наприклад Південній Америці [4], частіше трапляються випадки недотримання засад здорового способу життя, що призводить до більшої частоти виникнення атеросклеротичних ССЗ, які виявляються у молодшому віці, порівняно з КВРД [14]. Зусилля щодо профілактики, діагностики та лікування ІХС, інсульту та їхніх чинників ризику сприяють відстроченню значущого зростання захворюваності та смертності у зв'язку з цими станами, що, як правило, реєструється у віці понад 50 років [14]. Дані реєстрів скандинавських країн свідчать, що незважаючи на процес старіння, такі зусилля все ще сприяють стрімкому зниженню стандартизованої за віком серцево-судинної смертності [13].

Це стало однією з причин того, що сфера громадського здоров'я, яка існувала до цього часу в

нашій країні, як зазначалося у попередньому розділі, перестала відповідати вимогам сьогодення, втратила свою ефективність та доступність для населення.

Невідкладна проблема в підвищенні ефективності дається взнаки на політичному та практичному рівнях, а питання про адекватний адресний розподіл ресурсів для надання медичної допомоги конкретним категоріям людей (справедливість) стає актуальним у зв'язку з цілою низкою проблем охорони здоров'я. До цих двох критеріїв розподілу (ефективність та доступність) постійно звертаються економісти, оцінюючи державні заходи, нові продукти та інші практичні ініціативи [1].

Наразі в більшості економічно розвинених країн діяльність медиків, соціологів, економістів, юристів багато в чому пов'язана з пошуками оптимальної моделі розвитку та функціонування системи громадського здоров'я. Пояснення досить високої, а головне — стійкої наукової та соціальної активності в спробах знайти рішення цієї проблеми криється у специфіці ринкових відносин. Однією з їхніх норм є необхідність постійного порівняння остаточного результату та витрат на його досягнення.

Одним з міжсекторальних підходів, покликаним водночас ефективно і доступно зменшити шкідливі наслідки, пов'язані з різними патернами (стереотипами) людської поведінки, є принцип зменшення шкоди (чи зведення до мінімуму шкоди — англ. *harm reduction*). Термін «зменшення шкоди» (ЗШ) виник наприкінці минулого століття для позначення стратегій і програм, метою яких стало зниження «негативних медичних, соціальних і економічних наслідків вживання психоактивних речовин для самих наркоспоживачів, їхніх сімей та суспільства загалом». Цей підхід спрямований на збереження здоров'я кожного члена людського суспільства, а також не на неодмінну заборону шкідливої для здоров'я поведінки, а на зменшення її шкідливих наслідків і зміни поведінки на більш безпечну. На сьогодні зазначений принцип все ширше використовують у різних галузях охорони здоров'я.

Зменшення шкоди має в основі кілька основних принципів [6].

Принцип 1. Прагматизм і гуманізм

Шкідливі патерни поведінки, які потенційно можуть мати небажані наслідки для здоров'я, — неминуче явище в будь-якому суспільстві. Нагадаємо, що, за даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, понад 60 % загального тягаря хвороб пов'язано із сімома факторами ризику [2]:

- тютюнопаління;
- зловживання алкоголем;
- високий рівень холестерину в крові;
- надмірна маса тіла й ожиріння;
- низький рівень споживання овочів і фруктів;
- недостатня фізична активність.

Тому програми ЗШ:

- Роблять зміщення акценту з довгострокової та ідеалістичної мети викорінення відповідних поведінкових патернів у всьому світі або в окремо взятій країні на досягнення короткострокових і практично досяжних цілей — зниження вираженості таких стереотипів, відповідного зниження захворюваності на поширені неінфекційні захворювання і збереження життя і здоров'я людей.
- Приймають як існуючу реальність той факт, що подібні моделі поведінки неминучі (принаймні, в доступному для огляду майбутньому), а отже, спрямовують свої зусилля на скорочення негативних наслідків цього явища. Насамперед, необхідно запобігти ускладненням та дії додаткових чинників ризику, умов праці, рівня доходів, стереотипів харчування (наприклад, відмова від вживання трансжирів) тощо для того, щоб мати можливість здійснити інші довгострокові цілі, в нашому випадку — зниження захворюваності на серцево-судинні захворювання.
- Визнають необхідність зміни політики в охороні здоров'я, результатом якої є негативні соціальні наслідки: порушення прав людини (насамперед, стигми, пов'язані з відмовами в медичному та соціальному обслуговуванні чи наданням його неналежної якості), руйнування суспільних зв'язків та ін. Наприклад, можлива дискримінація людей з ожирінням призводить до їх переслідування та стигматизації, викликає небажану реакцію до них у суспільстві і перешкоджає розвитку профілактичних, лікувальних та соціальних програм [6].

Принцип 2. Розмаїття підходів

Шкідливі патерни поведінки, їх наслідки для здоров'я і ситуація навколо них завдають індивідуальних і суспільних збитків, а тому програми необхідно адресувати за різними напрямками. Ці дії містять у собі програми оздоровлення для осіб, які вже мають відповідні захворювання, особливо на організацію профілактичної і лікувальної допомоги, що дозволяє пацієнтам отримати доступ до медичної інформації та медичних послуг, знайти необхідні навички і сформувані менш ризиковану поведінку по відношенню до найбільш активних факторів ризику.

Серед підходів зменшення шкоди можна виокремити наступні:

- консультування, проведення інформаційної роботи та освітніх програм з питань профілактики і лікування відповідних захворювань;
- забезпечення безперешкодного доступу до послуг соціальних програм і служб охорони здоров'я для пацієнтів та осіб з груп ризику;
- активна просвітницька робота;
- забезпечення осіб з груп ризику матеріалами та засобами, які знижують ступінь дії відповідних чинників ризику, наприклад стерильним ін'єкційним інструментарієм та дезінфікуючими матеріалами, в тому числі презервативами;
- надання пацієнтам лікування і медико-соціальної підтримки. Класичним прикладом є забезпечення антиретровірусною і замісною терапією. Проте в наш час не менш актуальним може виявитися, наприклад, застосування ЗШ у процесі медико-психологічної реабілітації колишніх військовослужбовців або переселенців.

Програми зменшення шкоди відіграють провідну роль у формуванні у цільових категорій населення прихильності до здорового способу життя і дозволяють зменшити прояви девіантної поведінки. Співробітники програм зменшення шкоди, завдяки їх безпосередньому контакту і знанню проблеми зсередини, можуть донести інформацію про специфіку профілактики і, за потреби, лікування. Аутріч-працівники, спеціально підготовлені і навчені працювати «рівними консультантами», що володіють необхідними знаннями, допомагають знайти вихід із складних ситуацій, вирішувати соціальні питання. Це виявляється надзвичайно корисним при забезпеченні популяційного здоров'я в місцях компактного проживання людей у разі їх вимушеного переселення [6].

Принцип 3. Ієрархія зменшення шкоди

Основою програм із зменшення шкоди є поступовий процес зміни поведінки. Виходячи з цього підходу, в основу якого покладені психологічні особливості та соціальні передумови, що формують поведінку особистості, була прийнята так звана ієрархія зменшення шкоди.

Наприклад, у застосуванні щодо профілактики наслідків гіподинамії, вона може включати в себе наступні тези:

- Займайся посильно й регулярно фізичними вправами в обладнаних спортивних закладах; якщо ще не займаєшся — почни.
- Якщо не маєш можливості займатися фізичними вправами в обладнаних спортивних

зкладах, виконуй вправи з виробничої гімнастики і в домашніх умовах.

- Якщо не маєш можливості виконувати вправи з виробничої гімнастики і в домашніх умовах, почни повертатися додому пішки (хоча б частину маршруту).
- Якщо немає можливості повертатися додому пішки, почни регулярні прогулянки перед нічним відпочинком і т. ін.

У цій дуже приблизній схемі можливі, звичайно, різноманітні модифікації відповідно до потреб пацієнта, наприклад прогулянка може бути пішою чи велосипедною, кроком чи пробіжкою тощо.

Ієрархія зниження шкоди реалізується знизу вгору.

Беручи філософію і ієрархію зниження шкоди, включаючись у програми ЗШ, змінюючи власну поведінку, люди стають повноправними учасниками профілактичного процесу, спрямованого на стримування епідемії серцево-судинних, нервових, ендокринних та інших неінфекційних захворювань [6].

Принцип 4. Дотримання прав людини. Повноцінна участь пацієнтів та осіб з груп ризику у роботі програм

Зниження шкоди ставить на чільне місце охорону здоров'я, право людини на отримання адекватної інформації про своє здоров'я і свої права, так само як і право на доступ до медичних послуг. Зниження шкоди не ставить своїм пріоритетом вирішення проблем захворюваності загалом та захворювання конкретної людини. Однак будучи окремим видом превентивного і терапевтичного втручання, воно не спростовує і не відкидає необхідність інших форм роботи у сфері громадського здоров'я.

Запорукою успіху програм ЗШ є активна і повноцінна участь цільових груп у їх розробці та здійсненні. Саме вони забезпечують найширший доступ до вразливих осіб, вибудовуючи тим самим мости між сервісними, лікувальними, епідеміологічними службами і групами, які потребують допомоги. Саме вони дозволяють донести інформацію і організувати ефективну профілактичну та медичну підтримку пацієнтам та особам з груп ризику [6].

На сьогодні імплементація в Україні світового досвіду використання ЗШ для вирішення проблем розвитку сфери громадського здоров'я утруднена, оскільки вітчизняна нормативно-правова база не містить відповідних дефініцій та тлумачення засад ЗШ, на відміну від офіційних документів ВООЗ та інституцій Європейського Союзу. У низці нормативно-правових актів міс-

тяться терміни, аналогічні за змістом, у деяких з них згадується, але не розкривається термін «зменшення шкоди». Відсутність уніфікованої термінології з цього питання посилює ризики виникнення правових колізій та гальмує подальше нормотворення з питань, які стосуються ЗШ.

Висновки

Концепція зменшення шкоди — це стратегія державної політики, яка передбачає комплекс заходів протидії шкідливим поведінковим моделям (надмірне споживання алкоголю, тютюнопаління, нераціональне харчування, брак фізичної активності, залежність від психоактивних речовин, інші варіанти девіантної поведінки) за рахунок впровадження механізмів та інструментів стимулювання споживання якомога менш шкідливих продуктів і послуг. Окрім відомих практик протидії небезпечним наслідкам вживання наркотиків та споживання платних секс-

послуг, є чимало прикладів ефективного використання підходів harm reduction в інших сферах життя: створення захисного одягу для спортсменів та мандрівників, контроль тверезості водіїв транспортних засобів, регламентація шкідливих викидів в атмосферу. Все це прагматичні рішення задля запобігання захворюваності, інвалідності та смертності, які є практичним втіленням європейського принципу «Health in all policies» — «Здоров'я в усіх політиках».

Першочерговим кроком з упровадження підходу «зменшення шкоди» в українську охорону здоров'я вбачаємо нагальне розроблення та нормативне затвердження відповідної концепції з уніфікованим понятійним апаратом згідно вимог міжнародного законодавства відповідно до існуючих глобальних викликів та подальше залучення принципів ЗШ до вирішення питань охорони здоров'я в усіх сферах життя і господарювання.

Підготовлено за підтримки громадської організації «Законодавчі ініціативи: Україна-ЄС».

Список літератури

1. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. — Тернопіль: Академкнига, 2000. — 312 с.
2. Brown T.M., Cueto M., Fee E. The World Health Organization and the transition from «international» to «global» public health // Amer. J. Public Health. — 2006. — Vol. 96. — P. 62—72.
3. Cooney M.T., Vartiainen E., Laatikainen T. et al. Cardiovascular risk age: concepts and practicalities // Heart. — 2012. — Vol. 98. — P. 941—946.
4. De Fatima Marinho de Souza M., Gawryszewski V.P., Ordunez P. et al. Cardiovascular disease mortality in the Americas: current trends and disparities // Heart. — 2012. — Vol. 98. — P. 1207—1212.
5. Global Health Education Consortium // Global vs international. — 2009. — <http://globalhealthedu.org/Pages/GlobalvsInt.aspx>.
6. Harm Reduction: A British Columbia Community Guide. — Режим доступу: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/hrcommunityguide.pdf>.
7. Hunter D.J., Reddy K.S. Noncommunicable diseases // New Engl. J. Med. — 2013. — Vol. 369. — P. 1336—1343.
8. Institute of Medicine // The future of public health. — Washington, DC: National Academy Press, 1988.
9. Koplan J.P., Bond T.C., Merson M.H. et al. Towards a common definition of global Health // Lancet. — 2009. — Vol. 373. — P. 1993—1995.
10. Macfarlane S.B., Jacobs M., Kaaya E.E. In the name of global health trends in academic institutions // J. Public Health Policy. — 2008. — Vol. 29. — P. 383—401.
11. Ntsekhe M., Damasceno A. Recent advances in the epidemiology, outcome, and prevention of myocardial infarction and stroke in sub-Saharan Africa // Heart. — 2013. — Vol. 99. — P. 1230—1235.
12. O'Flaherty M., Buchan I., Capewell S. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? // Heart. — 2013. — Vol. 99. — P. 159—162.
13. Salomaa V., Havulinna A.S., Koukkunen H. et al. Aging of the population may not lead to an increase in the numbers of acute coronary events: a community surveillance study and modelled forecast of the future // Heart. — 2013. — Vol. 99. — P. 954—959.
14. Yusuf S., Reddy S., Ounpuu S. et al. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization // Circulation. — 2001. — Vol. 104. — P. 2746—2753.

В.В. Короленко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Стратегия Harm Reduction в сфере здравоохранения Украины: вызовы и перспективы

Концепция снижения вреда — это стратегия государственной политики, которая предусматривает комплекс мер противодействия вредным поведенческим моделям (чрезмерное потребление алкоголя, курение, нерациональное питание, недостаток физической активности, зависимость от психоактивных веществ, другие варианты девиантного поведения) за счет внедрения механизмов и инструментов стимулирования потребления менее вредных продуктов и услуг. Кроме известных практик противодействия опасным последствиям употребления наркотиков и потребления платных секс-услуг, есть немало примеров эффективного использования подходов harm reduction в других сферах жизни: создание защитной одежды для спортсменов и путешественников, контроль трезвости водителей транспортных средств, регламентация вредных выбросов в атмосферу. Все это

прагматичные решения для предотвращения заболеваемости, инвалидности и смертности, которые являются практическим воплощением европейского принципа «Health in all policies» — «Здоровье во всех политиках». Первоочередным шагом по внедрению подхода «снижения вреда» в украинском здравоохранении следует считать неотложную разработку и нормативное утверждение соответствующей концепции с унифицированным понятийным аппаратом согласно требований международного законодательства в соответствии с актуальными глобальными вызовами и дальнейшее применение принципов снижения вреда к решению вопросов здравоохранения во всех сферах жизни.

Ключевые слова: эпидемиология, общественное здоровье, ВОЗ, Украина, снижение вреда.

V.V. Korolenko

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Strategy for Harm Reduction in health care of Ukraine: challenges and prospects

The concept of harm reduction is a strategy for public policy, which includes a set of measures against harmful behavioral patterns (excessive alcohol consumption, smoking, poor nutrition, lack of physical activity, dependence on psychoactive substances, other variants of deviant behavior) through the introduction of mechanisms and instruments for stimulating consumption as less harmful products and services. In addition to the known practices in combating the dangerous consequences of drug use and paid sex services, there are many examples of effective use of harm reduction approaches in other areas of life: the creation of protective clothing for athletes and travelers, monitoring drivers sobriety, regulation of harmful emissions. All of this are pragmatic solutions to prevent disease, disability and mortality, as a practical implementation of European principles «Health in all policies». The primary step in implementation of harm reduction approach in the Ukrainian health care should be urgent development and regulatory approval of the appropriate concept of a unified conceptual apparatus in accordance with international law to answer the current global challenges and further involvement of harm reduction principles to solve health issues in all life areas.

Key words: epidemiology, public health, WHO, Ukraine, harm reduction.