

Проблема «врачебной инертности» в практике офтальмолога

Онищенко А. Л.¹Колбаско А. В.¹Полунина Е. Г.²Захарова А. В.²

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, пр. Строителей, 5, г. Новокузнецк, Кемеровская область, 654005, Российская Федерация

² Кафедра офтальмологии ФМБА России, Клиническая больница № 86, ул. Гамалеи, 15, Москва, 123098, Российская Федерация

РЕЗЮМЕ

Офтальмология. 2015; 12 (3): 83–86

В статье авторы представляют проблему врачебной инертности в практике офтальмолога, что подразумевает отсутствие какой-либо модификации лечения при наличии к этому объективной необходимости или клинических показаний. По мнению авторов, эта проблема особенно остро стоит при лечении мультифакториальных заболеваний, в том числе, первичной глаукомы. Проведено анонимное анкетирование 147 офтальмологов регионов Западной Сибири – Алтайского края, Кемеровской области и республики Хакасия. Большинство опрошенных врачей считало свое лечение успешным у 40-80% пациентов. Из данных литературы известно, что в реальной практике целевой уровень ВГД достигается менее чем у половины больных, получающих регулярную терапию. Другой причиной врачебной инертности является боязнь полипрагмазии. Почти 54% врачей ответили, что они опасаются назначать несколько препаратов, что ограничивает их желание усилить терапию. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что стоимость терапии при глаукоме, то есть боязнь назначать дорогостоящее лечение пациентам, существенно не определяет действие врачей. Врачи часто преувеличивают опасения больных в отношении лечения, считая, что тот или иной лекарственный препарат не будет приниматься пациентом, не пытаясь выяснить его настрой. Экономический барьер для наших врачей стал существенным фактором, так как 35% офтальмологов считают стоимость терапии в 300-500 рублей в месяц достаточно большой, чтобы считать необходимым согласовывать ее с пациентом. Более 30% врачей согласовывали с пациентом назначаемое лечение при стоимости 700-900 рублей. Вероятно, это может приводить к тому, что второй и третий препараты будут назначаться врачами менее охотно в связи с повышением стоимости лечения. Таким образом, нами установлена структура причин врачебной инертности – это психологическая неготовность врача добиваться целевых значений ВГД, переоценка успешности проводимой терапии. Менее значимыми причинами оказались недостаточная информированность врачей и экономический барьер в принятии решения.

Ключевые слова: врачебная инертность, первичная глаукома, анкетирование

Прозрачность финансовой деятельности: Никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах

Конфликт интересов отсутствует

ENGLISH

The problem of «medical inertia» in the practice of an ophthalmologist

Onischenko A. L.¹, Kolbaso A. V.¹, Polunina E. G.², Zakharchova A. V.²

¹ Novokuznetsk State Institute of Advanced Medical, Stroiteley prospect, 5, Novokuznetsk, Kemerovo region, 654005, Russian Federation; ² Department of Ophthalmology of the Federal Medical and Biological Agency, Clinical Hospital 15 Gamalei st., No. 86, Moscow, 123098, Russian Federation

SUMMARY

The authors study the problem of inertia in the medical practice of ophthalmology, which implies the absence of any modification of the treatment in the presence of objective necessity or clinical indications. The treatment of multifactorial diseases, including primary glaucoma is particularly critical. An anonymous survey of 147 ophthalmologists from different regions of Western Siberia – Altai Territory, Kemerovo Region and the Republic of Khakassia, has been conducted. Most of the surveyed doctors believed that their treatment was successful in 40-80% of patients. According to literature data, the target value of IOP level is achieved in practice in under half of the patients receiving regular therapy. Another reason of medical inertia was the fear of polypragmasy. Almost 54% of doctors said they are afraid to prescribe several medications, which limits their desire to intensify therapy. The results of our study suggest that the cost of glaucoma treatment, i.e. the fear to prescribe an expensive treatment for patients does not significantly determine the doctors' activity. Doctors often exaggerate the fear of patients for the treatment, believing that a particular medical drug will not be taken by the patient, without trying to figure out the patient's intention. The economic barrier has become an essential factor for our doctors, as 35% ophthalmologists believe that 300-500 Rubles for the therapy per month is expensive for a patient. Over 30% respondents discussed with the patient the prescribed treatment with cost about 700-900 Rubles. This could potentially lead to the fact, that the second and third medical drugs would be less likely prescribed due to the increased cost of treatment. Thus, we have set up the structure of the causes of medical inertia – a psychological unwillingness to achieve target values of IOP, overestimation of the therapy success. Less important reasons were the lack of doctor's awareness and the economic barrier for the decision making.

Keywords: medical inertia, primary glaucoma, survey of ophthalmologists

Financial Disclosure: No author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Ophthalmology in Russia. 2015; 12 (3): 83–86

Глаукома остается ведущей причиной слепоты и слабовидения в Российской Федерации [1, 2]. Разработанные Европейские и Российские рекомендации по лечению первичной глаукомы упрощают работу офтальмолога путем создания четких алгоритмов диагностики и лечения больных [3]. К сожалению, в своей ежедневной практике врачи не всегда выполняют эти рекомендации. В настоящее время во многих странах актуальна проблема практического внедрения разработанных Европейских и/или национальных рекомендаций, предпринимаются попытки создания эффективных мер контроля их соблюдения и повышения мотивации врачей, в том числе, для достижения целевых уровней ВГД при лечении больных глаукомой [4].

В англоязычной литературе появилось понятие «врачебной инертности», которое подразумевает отсутствие какой-либо модификации лечения при наличии к этому объективной необходимости или клинических показаний [4, 5]. Важность этой проблемы обусловлена существенными «пробелами» в лечении целого ряда хронических мультифакториальных заболеваний, к которым относится и первичная глаукома. Эффективность лечения больных ПОУГ во многом связана с деятельностью врача. По данным литературы, причинами врачебной инертности являются переоценка успеха проводимого лечения, использование различных предлогов для отсутствия модификаций в лечении, а также отсутствие должных навыков и знаний [4, 6].

В настоящее время становится очевидным, что мероприятия, направленные на преодоление врачебной инертности, а также меры для повышения комплаентности больных становятся важнейшими вопросами в стратегической борьбе «за миллиметры ртутного столба», каждый из которых способствует снижению распространенности слепоты и слабовидения из-за глаукомы.

Цель работы — изучить основные причины врачебной инертности при лечении больных глаукомой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были анонимно опрошены 147 врачей-офтальмологов поликлиник и стационаров регионов Западной Сибири — Алтайского края, Кемеровской области и республики Хакасия в отношении практической реализации ряда положений национальных рекомендаций по лечению первичной глаукомы [3]. Вопросник включал 31 вопрос, ситуационные задачи и касался готовности добиваться целевых значений ВГД, готовности врача интенсифицировать лечение при «нецелевых» значениях ВГД, отношение врачей к рекомендациям по соблюдению образа жизни, к оценке приверженности к терапии и раннего использования комбинированной терапии. Оценивали значение экономического фактора при назначении и интенсификации терапии глаукомы, так как были включены вопросы о значении дохода пациента для принятия таких решений и др.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст опрошенных офтальмологов регионов Западной Сибири варьировал от 24 до 74 лет (в среднем $47,5 \pm 11,9$ лет). Стаж работы офтальмологов составил в среднем $21,3 \pm 11,5$ лет.

По результатам нашего исследования большинство опрошенных врачей считало свое лечение успешным у 40-80% пациентов. Из данных литературы известно, что в реальной практике целевой уровень ВГД достигается менее чем у половины больных, получающих регулярную терапию [2]. Эти данные свидетельствуют о том, что большинству офтальмологов свойственна переоценка результатов лечения больных с первичной глаукомой. Это может быть причиной отсутствия мотивации врача к совершению каких-либо действий при очередном визите пациента, направленных на интенсификацию лечения. Некоторые специалисты считают, что причины врачебной инертности лежат в области психологической неготовности активно лечить первичную глаукому, которая протекает малосимптомно или даже бессимптомно [7]. Субъективно врачи всегда относятся к своей деятельности более лояльно, чем это есть на самом деле и преувеличивают успешность своей терапии и следование рекомендациям [8].

Почти 70% опрошенных врачей знали целевые уровни ВГД, рекомендуемые для больных с первичной глаукомой (рис. 1). Однако 54% ответили при решении ситуационной задачи отрицательно на вопрос о готовности интенсифицировать лечение больному П., 75 лет с ПОУГ III стадии с сопутствующими соматическими заболеваниями — артериальной гипотонией, атеросклерозом с уровнем ВГД 23 мм рт. ст. на фоне инстилляций простагландинов. Причиной отсутствия желания усилить терапию в данном случае был страх перед возможными побочными эффектами препаратов.

Другой причиной врачебной инертности была боязнь полипрагмазии. Почти 54% врачей ответили, что они опасаются назначать несколько препаратов, что ограничивает их желание усилить терапию. Эти данные существенно не отличаются от действий врачей других специальностей, например, терапевтов или кардиологов [9, 10, 11]. При этом наиболее частой причиной отсутствия изменений в терапии глаукомы было «выраженное» или «приемлемое» снижение ВГД, например, с исходных 34-35 мм рт. ст. до 24-25 мм рт. ст.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что стоимость терапии глаукомы, то есть боязнь назначать дорогостоящее лечение пациентам, существенно не определяет действия врачей. В литературе имеются сведения, что даже при бесплатном обеспечении больных препаратами проблема инертности врачей остается актуальной [12]. Врачи часто преувеличивают опасения больных в отношении лечения, не пытаясь выяснить настрой пациента, считая, что тот

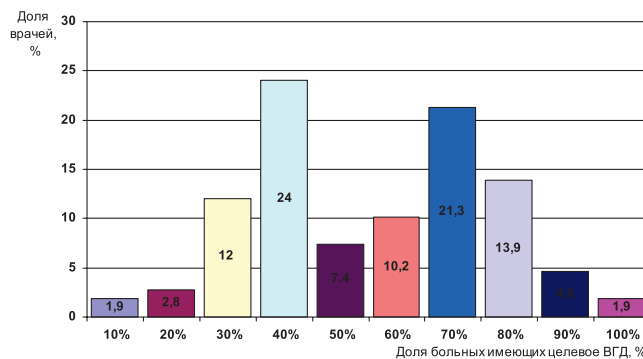


Рис. 1. Доля больных, у которых достигаются целевые значения ВГД.

Fig. 1. the proportion of patients who achieved target IOP

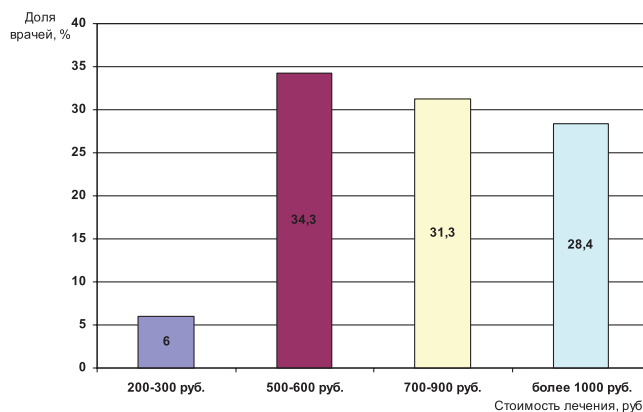


Рис. 2. Стоимость лечения, которую врач считает необходимым согласовывать с больным.

Fig. 2. The cost of treatment that the doctor considers it necessary to negotiate with the patient

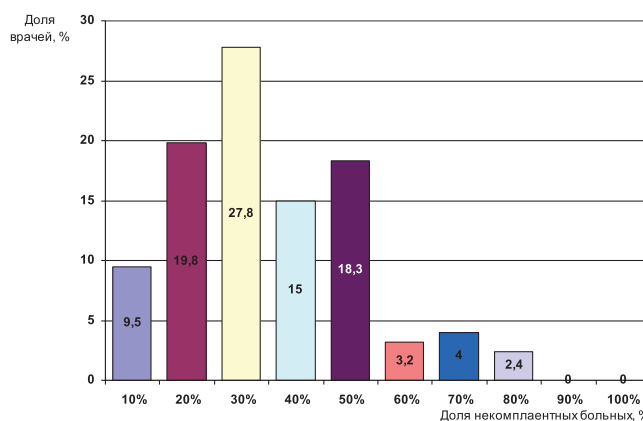


Рис 3. Доля некомплаентных больных.

Fig.3. The proportion of patient noncompliance

или иной лекарственный препарат не будет им приниматься. С другой стороны, отсутствие личной уверенности в том, что незначительное повышение ВГД увеличивает риск прогрессирования глаукомной нейропатии и снижения зрительных функций, становится причиной пассивного отношения к этим нескольким миллиметрам ртутного столба.

Экономический барьер для наших врачей стал существенным фактором, так как 35% офтальмологов считают стоимость терапии в 300-500 рублей в месяц недостаточно большой, чтобы считать необходимым согласовывать ее с пациентом (рис. 2). Более 30% врачей согласовывали с пациентом назначаемое лечение при стоимости 700-900 рублей. Вероятно, это может приводить к тому, что второй и третий препараты врачи будут назначать менее охотно в связи с повышением стоимости лечения. Всего 71% опрошенных офтальмологов ответили, что учитывают стоимость лечения при назначении глазных капель. Это, несомненно, грамотный подход при общении с больными, но, к сожалению, не всегда он способствует повышению эффективности лечения.

Другой причиной врачебной инертности, на наш взгляд, является повышенное внимание офтальмологов к нарушениям приверженности к лечению со стороны больных. В последнее десятилетие данная проблема стала обсуждаться в специальной литературе [5]. По результатам нашего анкетирования 98% врачей постоянно оценивают приверженность к лечению у своих пациентов, что отражает их хорошую информированность о важности этого фактора, как причины недостаточного снижения ВГД. Это же свидетельствует о желании врачей оценить приверженность и обеспечить ее повышение. По данным литературы, низкая приверженность встречается у половины пациентов и нередко переоценивается врачами [4, 5, 13] (рис. 3).

Другой составляющей врачебной инертности является недостаток или отсутствие знаний. Опрос врачей регионов Западной Сибири показал высокий уровень знаний о существующих рекомендациях по лечению больных глаукомой. Опрошенные офтальмологи полу-

чили сертификат специалиста после обучения в интернатуре и/или в клинической ординатуре на профильных кафедрах, регулярно обучались на циклах общего и тематического усовершенствования. Однако, к сожалению, не все рекомендации успешно выполнялись врачами на практике.

Назначение комбинированной терапии на начальном этапе лечения первичной глаукомы может отражать современные знания врачей, специализирующихся в области «взрослой» офтальмопатологии. Более 75% врачей никогда не начинают лечение больных глаукомой с комбинированной терапии. Вероятно, это связано с устоявшимся в России «ступенчатым» подходом в консервативном лечении больных первичной глаукомой, т.е. старт лечения — с монотерапии, при отсутствии целевого ВГД — комбинированная терапия. К сожалению, на основании нашего исследования невозможно ответить, является ли не назначение комбинированной терапии отражением незнания врачей, либо субъективным неприятием подобного клинического решения.

Выполненное исследование выявило причины врачебной инертности среди российских офтальмологов. Структура этих причин практически идентична другим врачебным специальностям — терапевтам, кардиологам. Основные причины — это психологическая неготовность врача добиваться целевых значений ВГД и переоценка успешности терапии. Менее важные причины — низкая информированность офтальмологов и экономический барьер.

Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции

ЛИТЕРАТУРА/PREFERENCES

1. Elichev V.P., Tumanov V.P., Panyushkina L.A. [Glaucoma and neurodegenerative disease] [Glaucoma]. *Glaukoma*. 2012; 1: 45-49 (in Russ.).
2. Nesterov A. P. [Glaucoma: the main challenges and new opportunities] [Annals of ophthalmology] *Vestnik oftal'mologii*. 2008; 1: 3-5. (in Russ.).
3. [National guidelines for glaucoma for medical practitioners, ed. by E.A. Egorova, Yu.S. Astakhova, A.G. Shchuko.] *Natsional'noe rukovodstvo po glaukome: dlya praktikuyushchikh vrachev*. Moscow, GEOTAR Media; 2011. (in Russ.).
4. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Blitz G. Clinical inertia and outpatient medical errors. *Advances in Patient Safety*. 2005;2:293-308.
5. Onishchenko A.L., Likhacheva I.G., Plastinina S.L., Tkachev V.A. [Reasons of poor compliance in glaucoma patients and its correction modalities] [Glaucoma]. *Glaukoma*. 2009; 4: 39-43. (in Russ.).
6. Egan BM, Basile JN. Controlling blood pressure in 50% of all hypertensive patients: an achievable goal in the Healthy People 2010 Report? *J Investig Med*. 2003;51:373-85.
7. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001; 135: 825-34.
8. Okonofua KN, Simpson K, Jesri A et al. Therapeutic Inertia Is an Impediment to Achieving the Healthy People 2010 Blood Pressure Control Goals. *Hypertension* 2006;47:345-51.
9. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med*. 2002; 162:413-20.
10. Roumie CL, Elasy TA, Wallston KA. Clinical inertia: a common barrier to changing provider prescribing behavior. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33 (5):277-85.
11. Margolis KL, Rolnick SJ, Fortman KK et al. Self-reported hypertension treatment beliefs and practices of primary care physicians in a managed care organization. *Am J Hypertens*. 2005;18 (4): 566-71.
12. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;1-CD 005182.
13. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC, Friedman RH, Glickman M, Kader B, et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med*. 1998; 339:1957-63.