Contemplating guidelines

Over the years of its existence, the Canadian Thoracic Society has published many position papers, standards and guidelines. The name has changed over the years, but the purpose remains the same – good patient care. The development of guidelines requires a comprehensive review of the literature to find the known science. From this, the guidelines are developed for treatment of a condition. Guidelines on guideline development have been published to be sure that the development is appropriate. One positive outcome of the literature review is an understanding of what is not known on a subject, therefore allowing researchers to develop new studies to address these gaps. Once the guidelines are published, they require dissemination and implementation. Time passes and guidelines become out of date. We have been lucky in respiratory medicine. We have not had many major swings in thinking about treatment after the publication of a seminal paper. This has happened with some cardiovascular drugs or hormone replacement therapy. There have been enough changes, however, that regular updates are needed. There are considerable financial costs for the development of guidelines, but the hidden costs of physician time are immense.

The assumption is often that the barrier to implementation of guidelines is at the level of the physician. I think that we have forgotten the societal part of the equation. The *Canadian Respiratory Journal* published the Canadian Thoracic Society COPD Guidelines in the May/June 2003 issue (1), which emphasized the importance of smoking cessation. Helping people to quit smoking is really a societal issue – the Canadian Lung Association, and provincial and local Lung Associations have been active in promoting this for years. They have lobbied all levels of government for no-smoking bylaws. Slowly, but surely, this has born fruit, and even though most of the bylaws are local rather than provincial or federal, it is becoming very obvious that the majority of the population, which is nonsmoking, is able to breathe freely. In many areas, an inability to smoke at work leads many people to quit smoking.

The current Canadian Asthma Consensus Guidelines, published in 1999 (2), encourage physicians to develop action plans. There is an update available on their Web site (www.asthmaguidelines.com), with action plans, level of control charts and other treatment guidelines that can be downloaded. The message on the Web site from Dr Dennis Bowie, Chairman of the Canadian Consensus Asthma Guidelines Dissemination and Implementation Committee (July 2003) contains brief statements on issues that are important for asthma control, eg, "Controlling the environment and asthma education are very important in maintaining control of asthma." The provision of asthma education costs money, and it is not easy to provide the salary for asthma educators in many provinces. Controlling the environment may be easy for those who have money and jobs, but not for those who have minimal income.

Helen Ramsdale

Réflexion sur les lignes directrices

Au cours de ses années d'existence, la Société canadienne de thoracologie a publié plusieurs exposés de principe, définitions de normes et lignes directrices. Le nom a changé au cours des années, mais l'objectif demeure le même : offrir aux patients des soins de qualité. Le développement de lignes directrices requiert un examen approfondi de la littérature existante afin de faire l'état des connaissances. Sur cette base, les lignes sont développées pour le traitement d'un trouble médical. Des lignes directrices guidant le développement des lignes directrices ont été publiées pour assurer que ce développement se fait de manière adéquate. Un des

résultats positifs de la revue de littérature est la compréhension de ce qui n'est pas connu d'un sujet, permettant par conséquent aux chercheurs de développer de nouvelles études pour combler ces lacunes. Une fois les lignes directrices publiées, il faut qu'elles soient distribuées et mises en œuvre. Le temps passe et les lignes directrices deviennent périmées. Nous avons eu de la chance, en médecine respiratoire. Nous n'avons pas connu de revirements de courants de pensée majeurs sur le traitement d'un trouble suite à la publication d'un article de séminaire. Ceci s'est produit pour certains médicaments cardiovasculaires ou en hormonothérapie substitutive. Il y a toutefois eu assez de changements pour que des mises à jour régulières soient requises. Le développement de lignes directrices implique des coûts financiers considérables, mais les coûts cachés en matière de temps de la part des médecins sont immenses.

On pense souvent que la barrière pour la mise en place de lignes directrices se situe au niveau du médecin. Je pense que nous avons oublié la partie sociale de l'équation. Le *Canadian Respiratory Journal* a publié les lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie pour la MPOC dans son édition de mai-juin 2003 (1), lesquelles insistaient sur l'importance d'arrêter de fumer. Aider les gens à arrêter de fumer est véritablement un problème de société; l'Association pulmonaire du Canada ainsi que des associations pulmonaires provinciales et locales font la promotion d'une vie sans fumée depuis des années. Elles ont fait pression à tous les paliers de gouvernement pour l'instauration de lois antitabac. Lentement mais sûrement, leurs efforts ont porté fruit, et bien que la plupart des règlements soient locaux plutôt que provinciaux ou fédéraux, il devient évident que la majorité de la population, qui est non-fumeuse, est en mesure de respirer librement. Dans plusieurs secteurs, l'impossibilité de fumer au travail a conduit plusieurs personnes à cesser de fumer. Les lignes directrices actuelles du Consensus canadien sur l'asthme, publiées en 1999 (2), encouragent les médecins à développer des plans d'action. Une mise à jour disponible pour téléchargement est disponible sur leur site Web (www.asthmaguidelines.com), avec plans d'action, tableaux de niveau de contrôle et autres principes de traitement généraux. Le message qui se trouve sur le site Web, signé par le docteur Dennis Bowie, président du comité de diffusion et de mise en œuvre des lignes directrices du consensus canadien sur l'asthme (juillet 2003), contient des affirmations brèves

The main problem for many patients is being able to afford the medications. The ability of patients to pay for inhaled steroids is a major factor in compliance. Different provinces have different drug plans. Part of the inability to educate patients about their asthma concerns a lack of funding for asthma educators. Education takes time, and most physicians' offices are too busy. Lack of compliance with guidelines, therefore, may not be because physicians do not know the issues, but because implementing them is not possible.

The Canadian Tuberculosis Standards were published in 2000 (3). Poor compliance with tuberculosis (TB) medications leads to drug resistance. Directly observed therapy (DOT) has therefore been recommended, because DOT with a suitable regimen should ideally prevent the emergence of drug resistance. DOT is the program standard for the treatment of TB, but, paradoxically, providing DOT in developing countries is easier than in some areas of Canada. There has been an increasing emphasis on identifying patients with latent TB and providing prophylaxis. There is no point, however, in suggesting treatment for latent TB if one cannot guarantee that the patients are going to take the treatment for the correct period of time. Physicians prescribe the medication, but ensuring that patients take the medication is a public health issue.

The development of guidelines for treatment has generally been directed at physicians, but as the above discussion illustrates, some of our energy should be directed toward government and society. We cannot deliver optimum care for our patients if we do not have enough equipment and staff, and if the patients cannot afford appropriate medications.

I was determined that I would finish this editorial by the deadline; then, all the lights went out. In addition to the above needs, we must also have a secure supply of electricity!

*Helen Ramsdale MD
President, Canadian Thoracic Society*

REFERENCES

1. O'Donnell DE, Hernandez P, Aaron S, et al. Canadian Thoracic Society COPD Guidelines: Summary of highlights for family doctors. *Can Respir J* 2003;10:183-5.
2. Boulet LP, Becker A, Berube D, Ernst P, Beveridge R. 1998 revision of the Canadian Asthma Consensus Guidelines. Asthma Consensus Conference Editorial Committee. *Can Respir J* 1999;6:231-2.
3. Long R. Introducing the fifth edition of the Canadian Tuberculosis Standards. *Can Respir J* 2000;7:449-50.

sur des problèmes importants pour le contrôle de l'asthme, par exemple : « Le contrôle de l'environnement et l'éducation sur l'asthme sont très importants pour le maintien du contrôle de l'asthme. » L'éducation sur l'asthme coûte de l'argent et il n'est pas facile de trouver des fonds pour le salaire des éducateurs sur l'asthme dans plusieurs provinces. Contrôler l'environnement peut être facile pour ceux qui ont des moyens et des emplois, mais pas pour ceux qui ont des revenus minimes.

Le problème principal pour plusieurs patients est la capacité de défrayer les coûts des médicaments. La capacité des patients de défrayer les coûts des stéroïdes inhalés est un facteur incapacitant majeur dans l'atteinte de la conformité. Les différentes provinces disposent de régimes d'assurance médicament différents. Une partie de l'incapacité d'éduquer les patients à propos de leur asthme provient d'un manque de financement pour les éducateurs sur l'asthme. L'éducation prend du temps et la plupart des cabinets de médecin sont trop occupés. Par conséquent, les problèmes de conformité aux principes directeurs peuvent provenir non pas tant de l'ignorance des problèmes de la part des médecins que de l'impossibilité de mettre ces lignes directrices en œuvre.

Les normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse au Canada ont été publiées en 2000 (3). Une piètre conformité aux médicaments pour le traitement de la tuberculose (TB) a conduit au développement de la résistance au médicament. La pharmacothérapie sous surveillance directe (PSSD) a par conséquent été recommandée, parce que la PSSD couplée à un régime approprié devrait idéalement prévenir l'apparition de la résistance au médicament. La PSSD est le programme standard pour le traitement de la TB mais, paradoxalement, fournir la PSSD dans les pays en développement est plus facile que dans certaines régions du Canada. De plus en plus, l'emphasis a été mise sur l'identification des patients chez lesquels la TB est latente et la pratique de la prophylaxie. Il n'y a aucune raison, toutefois, de suggérer le traitement pour la TB latente si on ne peut garantir que les patients suivront le traitement pour la période de temps appropriée. Les médecins prescrivent le médicament, mais s'assurer que les patients le prennent est une affaire de santé publique.

Le développement de lignes directrices pour le traitement a généralement été dirigé sur les médecins; mais comme la discussion qui précède le démontre, une partie de notre énergie devrait être dirigée vers le gouvernement et la société. Nous ne pouvons offrir les meilleurs soins à nos patients si nous ne disposons pas de suffisamment d'équipement et de personnel et si ces patients n'ont pas les moyens de se payer les médicaments appropriés.

J'étais déterminée à terminer cet éditorial pour la date de tombée... puis toutes les lumières se sont éteintes. En plus des besoins énumérés ci-dessus, il nous faut aussi un approvisionnement sûr en électricité!

*Helen Ramsdale, M.D.
Présidente, Société canadienne de thoracologie*

RÉFÉRENCES

1. O'Donnell DE, Hernandez P, Aaron S, et al. Canadian Thoracic Society COPD Guidelines: Summary of highlights for family doctors. *Can Respir J* 2003;10:183-5.
2. Boulet LP, Becker A, Berube D, Ernst P, Beveridge R. 1998 revision of the Canadian Asthma Consensus Guidelines. Asthma Consensus Conference Editorial Committee. *Can Respir J* 1999;6:231-2.
3. Long R. Introducing the fifth edition of the Canadian Tuberculosis Standards. *Can Respir J* 2000;7:449-50.

Hindawi

Submit your manuscripts at
<http://www.hindawi.com>