After guidelines, what?

In a recent survey, Canadian Thoracic Society (CTS) members indicated that they feel our association should be involved in the production of guidelines (1). There is evidence in the literature that suggests guidelines can have some effect in changing behaviour, although this is variable and modest at best. Certainly, the production of guidelines is not without costs, particularly in time spent by experts in reviewing the literature and producing them. For good reasons, delays frequently occur in their production, often leading to recommendations that may be outdated. People sometimes forget that one of the most important reasons for producing guidelines is to identify questions that require future research.

The majority of the time, guidelines are produced for primary care physicians in the hope of leading to better patient management and care. Frequently, their mission is to change physician behaviour and practice. However, often forgotten is that the most important goal is to improve patient care and outcomes. More and more, guidelines are produced with recommendations that are based on evidence; however, they are almost never evaluated for change in behaviour. Measures of physician behaviour are rarely compared with a control group, but patient outcomes between intervention groups are even less frequently studied.

Recently, there has been more research into how to modify physician behaviour. Physicians have to be receptive and motivated to change. This can occur because of a number of different reasons, such as having a family member with a certain ailment which leads to learning and can alter a physician's actions. If physicians are provided with instant answers to questions at the time of seeing a patient, it can modify performance. Various methods such as offering rewards or punishments for certain behaviour have been looked at and found to be effective.

A variety of approaches have been studied (2) to alter physician behaviour, such as computer reminders which have been shown to be effective in ordering tests, prescribing drugs, etc. Disease pathways have been useful in changing managed care, as has academic detailing where an educator targets physicians. Audit and feedback, reminders and protocols provided to physicians have led to significant changes. What is known is that to modify behaviour, physicians need to have instant answers to their questions and if this is repeated frequently, adjustments will usually take place in that context. However, physicians need time and frequent support to carry out changes (ie, computers, clerical staff, etc). It has been shown that physicians, although they may want to change, may not have the time or ability to do so in a busy practice (eg, teaching inhaler technique).

Again, even when physician behaviour changes, it does not ensure that better patient management will occur. As well, there are many barriers to patients' altering their behaviour.

Dennis Bowie

Qu'y a-t-il après les lignes directrices ?

Dans une récente enquête, les membres de la Société canadienne de thoracologie (SCT) ont indiqué qu'ils aimeraient que l'organisme participe à la production de lignes directrices (1). Selon certaines données probantes dans la documentation scientifique, les lignes directrices peuvent avoir un certain effet pour changer les comportements, même si, au mieux, cet effet est variable et modeste. Bien sûr, la production de lignes directrices s'accompagne de coûts, surtout pour ce qui est du temps que consacrent des spécialistes à analyser la documentation scientifique et à les produire. Pour de bonnes raisons, des délais se produisent souvent dans leur production, ce qui donne souvent des recommandations dépassées. Les gens oublient parfois que l'une des principales raisons de produire des lignes directrices, c'est de trouver des questions qui exigent de futures recherches.

La plupart du temps, les lignes directrices visent les médecins de première ligne, dans l'espoir d'entraîner une meilleure prise en charge et de meilleurs soins aux patients. Bien souvent, elles visent à modifier le comportement et la pratique des médecins. Cependant, on oublie souvent que l'objectif primordial, c'est d'améliorer les soins et les issues des patients. De plus en plus, les lignes directrices contiennent des recommandations fondées sur des faits probants, mais elles ne sont presque jamais évaluées pour constater les changements de comportement. Le comportement du médecin est rarement mesuré par rapport à celui d'un groupe témoin, et les issues des patients entre les groupes d'intervention sont encore moins étudiées.

Récemment, plus de recherches ont porté sur la manière de modifier le comportement des médecins. Les médecins doivent être réceptifs et motivés pour changer, ce qui peut se produire pour diverses raisons. Un membre malade de sa famille peut l'inciter à mieux comprendre et à modifier sa manière de fonctionner, par exemple. Si les médecins reçoivent des réponses immédiates pendant qu'ils voient un patient, ils peuvent modifier leur comportement. Diverses méthodes, telles que les récompenses ou les punitions pour certains comportements, ont été évaluées et jugées efficaces.

Diverses démarches ont été étudiées (2) pour modifier le comportement du médecin, telles que le rappel informatique, efficace pour commander des examens, prescrire des médicaments, etc. Des voies de maladies sont utiles pour modifier les soins gérés, tout comme la formation continue en pharmacothérapie lorsqu'un formateur cible des médecins. Les vérifications et la rétroaction, les rappels et les protocoles remis aux médecins ont suscité des changements marqués. On sait que pour modifier des comportements, les médecins doivent recevoir des réponses immédiates à leurs questions et, si la situation se répète souvent, des rajustements seront apportés. Cependant, il faut du temps et un soutien fréquent aux médecins pour qu'ils y procèdent (p. ex., ordinateurs, personnel administratif, etc.). Il est démontré que les médecins, même s'ils veulent changer, n'auront peut-être ni le

They may have a fear of using certain drugs (eg, steroids) or the cost of the drugs may be prohibitive. Furthermore, the patient may not believe that the treatment will positively impact their quality of life, leading to noncompliance. This, of course, assumes that the recommendation made in the guideline is effective in the particular situation, which certainly may not be true if the recommendation was not based on good evidence. Therefore, both patients and physicians must undergo a major educational process. The latter may be much more difficult and indeed expensive. It is important to give patients ownership of their disease so that they will make the necessary changes, including helpful conduct (avoidance of cigarette smoke, environmental triggers, etc) and compliance with medication, and regular follow-up with health care professionals regarding their disease. Although all of us know that the production of guidelines is a costly and time-consuming task, implementation is an even greater task.

The CTS and its members believe that we should be involved in providing better respiratory care to Canadians. It is essential that we ensure that pertinent and important knowledge is translated into action. We need to make sure that guidelines are implemented by primary care physicians, and more importantly, that patients suffering from respiratory maladies benefit from best practices. It is my belief that it is more important for our society to channel its time, effort and money into ensuring that guidelines are put into practice rather than into making them. However, at this time, there is insufficient evidence to assist us in the best implementation strategies. It is likely that different interventions may be more appropriate for different situations and this, along with cost-effectiveness, has not been studied. Therefore, there is a need for research to take place before mass expenditure in implementation.

The CTS, in an effort to move in this direction, has recently mandated its Guideline Implementation Committee, chaired by Louis-Philippe Boulet, to convene a conference of experts from across Canada and the world to look at what evidence is available at this time. This will hopefully result in implementation strategies that can be used for different guidelines.

In summary, although guidelines are important to better patient care and identifying questions that need future research, the more important and costly task is to change patient behaviour which leads to better respiratory care in Canada. At the present time, we lack good evidence for effective strategies to modify behaviour and there is a need for better and more research in this area to help us in this major task.

Thank you and everyone is entitled to my opinion!

Dennis M Bowie MD FRCPC
President, Canadian Thoracic Society

REFERENCES

1. Bowie D. Membership survey results. *Can Respir J* 2004;11:393-5.
2. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, 1-72.

temps ni la capacité d'y parvenir dans un cabinet bondé (p. ex., enseigner les techniques d'utilisation d'un aérosol).

De plus, même si le comportement des médecins change, une meilleure prise en charge des patients ne s'ensuit pas nécessairement. Il existe de nombreux obstacles pour que les patients modifient leurs comportements. Ils craignent peut-être certains médicaments (p. ex., les stéroïdes), et leur coût peut être trop élevé. Par ailleurs, le patient ne croit peut-être pas que le traitement améliorera sa qualité de vie et ne le respectera pas. Bien sûr, il faut d'abord que la recommandation présentée dans les lignes directrices soit efficace dans la situation donnée, ce qui n'est pas toujours vrai lorsqu'elle ne se fonde pas sur des données probantes. Ainsi, tant les patients que les médecins doivent vivre un important processus d'éducation. L'éducation des patients peut être beaucoup plus difficile et coûteuse. Il faut que les patients s'approprient leur maladie pour qu'ils apportent les changements nécessaires, y compris une conduite aidante (éviter la fumée de cigarette, les déclencheurs environnementaux, etc.), le respect de la médication et un suivi régulier auprès de leur professionnel de la santé. Nous savons tous que la production de lignes directrices est une tâche coûteuse et fastidieuse, mais leur implantation est encore plus compliquée.

La SCR et ses membres sont d'avis qu'il faut offrir de meilleurs soins respiratoires aux Canadiens. Il est essentiel de transformer les connaissances pertinentes et importantes en actions. Nous devons nous assurer que les lignes directrices sont adoptées par les médecins de première ligne et, surtout, que les patients atteints d'une maladie respiratoire profitent des meilleures pratiques. Je pense qu'il est plus important pour la Société de consacrer son temps, ses efforts et son argent à s'assurer que les lignes directrices sont mises en pratique qu'à les produire. Cependant, pour l'instant, on ne possède pas assez de données probantes pour nous aider à adopter les meilleures stratégies d'implantation. Il est probable que diverses interventions conviennent mieux à certaines situations, mais cet aspect, ainsi que leur rentabilité, n'a pas été étudié. C'est pourquoi des recherches s'imposent avant d'engager des dépenses considérables pour leur implantation.

Dans cette perspective, la SCT a récemment mandaté son comité d'implantation des lignes directrices, présidé par Louis-Philippe Boulet, à organiser une conférence de spécialistes du Canada et du monde entier pour évaluer les données probantes disponibles à ce sujet. On espère que cette conférence donnera lieu à des stratégies d'implantation qui pourront être utilisées pour diverses lignes directrices.

Bref, même si les lignes directrices sont importantes pour améliorer les soins des patients et repérer des questions qui exigent de futures recherches, la principale tâche, et la plus coûteuse, consiste à modifier le comportement des patients afin de susciter de meilleurs soins respiratoires au Canada. Pour l'instant, on ne possède pas assez de données probantes sur les stratégies efficaces pour modifier le comportement, et il faut améliorer et diversifier les recherches dans ce domaine pour nous aider dans cette tâche colossale.

Merci, et tout le monde a droit à mon opinion !

Dennis M Bowie MD FRCPC
Président, Société canadienne de thoracologie

RÉFÉRENCES

1. Bowie D. Membership survey results. *Can Respir J* 2004;11:393-5.
2. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G et coll. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, 1-72.