

EDITORIAL

Bariere în implementarea optimă a ghidurilor recomandate în prevenirea și managementul bolilor în medicina de familie

Conf. univ. dr. habil. Mira Florea

Președinte Consiliul Editorial al Revistei Române de Medicina Familiei

În prezent există o subutilizare recunoscută a recomandărilor ghidurilor clinice de către profesioniștii din domeniul asistenței medicale primare, ca și de către cei din alte specialități medicale, iar pacienții continuă să primească servicii medicale suboptimale și îngrijire inadecvată (1,2). Studii recente arată implementarea suboptimală a recomandărilor ghidurilor în medicina primară (3,4,5).

Medicii de familie trebuie să se actualizeze cu noile progrese științifice, iar practica lor medicală trebuie să fie bazată pe dovezi. Deși ghidurile clinice urmăresc să faciliteze adoptarea celor mai bune practici bazate pe dovezi, pe măsură ce volumul dovezilor din cercetare crește rapid, este o provocare pentru profesioniștii din domeniul sănătății să fie actualizați cu rezultatele celor mai recente studii științifice și mai ales să le implementeze în practica lor (6,7). Traducerea rezultatelor cercetării în practica medicală „de la cunoștințe la acțiune” este un proces în mai mulți pași facilitat de o echipă de implementare și care conduce la reducerea decalajelor dintre dovezi și practică (8).

Ghidurile oferă multe beneficii potențiale profesioniștilor medicali, pacienților și sistemelor de sănătate prin facilitarea luării deciziilor, creșterea calității și eficienței serviciilor de sănătate și prin reducerea diferențelor de practică medicală. Cu toate acestea, implementarea în practica medicală a recomandărilor ghidurilor este un proces complex care se poate confrunta cu o serie de bariere individuale, organizaționale și la nivel de sistem de sănătate (9,10).

Actualizarea insuficientă a cunoștințelor medicilor și atitudinile negative față de ghidurile existente și modificate frecvent și timpul limitat pentru consultarea rezultatelor cercetării sunt bariere comune în multe domenii de practică medicală.

Barierele specifice care pot împiedica implementarea ghidurilor în asistență medicală primară includ: cunoașterea insuficientă a ghidurilor de către medicii de familie,

motivația redusă în aplicarea cercetării în practica medicală și rezistența la schimbarea practicii de rutină (11).

Acest studiu recent (1) și-a propus să descrie procesul utilizat pentru adaptarea unui cadru de implementare a ghidurilor și a satisfacere nevoile locale ale medicilor de familie. O organizație belgiană, Ebpracticenet responsabilă de diseminarea și implementarea ghidurilor a mandatat o *echipă de facilitatori de implementare* (formată dintr-un cercetător postdoctoral în educația medicală și științe de implementare și un cercetător în științe sociale cu experiență în managementul schimbării în asistența medicală) pentru a sprijini adoptarea de bune practici. Ebpracticenet este o bază de date digitală cu ghiduri validate, bazate pe dovezi pentru profesioniștii belgieni din domeniul sănătății. Printr-o platformă online sunt oferite ghiduri de practică recente, recomandări de implementare, instrumente de măsurare, recenzii de articole critice, broșuri pentru pacienți și material audiovizual. Prin combinarea dovezilor științifice cu expertiza profesioniștilor medicali și preferințele pacientului sunt create bune practici bazate pe dovezi.

În aceste studii (16) și (1) echipa de implementare a sprijinit activitățile de traducere a recomandărilor ghidurilor de management a durerii lombare în medicina de familie, oferind baza teoretică și sprijin practic pentru implementarea ghidurilor. Implementarea a constat în următorii 5 pași: identificare, analiza contextului, dezvoltarea planului de implementare, evaluare și susținabilitate. Această abordare a condus la pași practici care sunt mai ușor înțeleși de medicii de familie și personalul multidisciplinar (1).

Există multe motive pentru eșecul implementării ghidurilor de practică clinică, inclusiv ghidul în sine (de exemplu, ambiguitatea, inconsecvența și uneori caracterul incomplet) (12). Pot fi întâlnite și alte bariere, cum ar fi scepticismul profesioniștilor medicali privind dovezile științifice care stau la baza recomandărilor ghidului, caracteristicile pacienților (nerespectarea recomandărilor de către pacienți) și bariere financiare (tratamentul nerambursat de asigurările de sănătate) (11).

Timpul insuficient pentru furnizorii de asistență medicală primară (FAMP) pentru a oferi îngrijire este o alta explicație pentru utilizarea suboptimală a recomandărilor ghidurilor în medicina de familie (13). Multe studii arată dificultăți în îndeplinirea tuturor recomandărilor ghidurilor. Un studiu (14) s-a concentrat pe timpul investit de medicii de familie pentru a oferi servicii preventive unui grup de 2500 de pacienți adulți și a estimat că ar fi nevoie de 7,4 ore/zi pentru un FAMP, iar un alt studiu al Privett și colab. a constatat că ar necesita 8,6 ore/zi (15). În 2005 Østbye et al. au calculat ca au fost necesare 10,6 ore/zi pentru ca un FAMP să gestioneze primele zece boli cronice prevalente ale pacienților prezentați (16). Studiile prezentate au sugerat că sunt necesare cel puțin 18 ore pe zi pentru ca un medic de familie să furnizeze servicii preventive și management al bolilor cronice, fără a ține cont de alte responsabilități.

Acest studiu a simulat aplicarea tuturor ghidurilor de prevenție, de management al boilor cronice și acute pe un grup ipotetic de 2500 pacienți adulți reprezentativ pentru populația din SUA, și a comparat timpul necesar unui singur FAMP cu al unuia care face parte dintr-o echipă. (13). S-a estimat că medicul de familie care lucrează individual are nevoie de 26,7 ore/zi, pentru a efectua 14,1 ore/zi servicii preventive, 7,2 ore/zi pentru îngrijirea bolilor cronice, 2,2 ore/zi pentru îngrijirea acută și 3,2 ore/zi pentru completarea documentelor. Medicul de familie care lucrează într-o echipă, s-a estimat că are nevoie de 9,3 ore pe zi (2,0 ore/zi pentru îngrijirea preventivă și 3,6 ore/zi pentru managementul bolilor cronice, 1,1 ore/zi pentru îngrijirea acută și 2,6 ore/zi pentru documentație). Medicii de familie individuali nu au suficient timp pentru a aplica recomandările ghidurilor în asistența primară, iar timpul necesar pentru implementarea lor printr-o echipă ar redus cu peste jumătate, dar ar rămâne totuși excesiv (13).

Minna Johansson, medic de familie și director al Global Center for Sustainable Healthcare, School of Public Health and Community Medicine, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden, profesorul Gordon Guyatt, de la Department of Health Research Methods, Evidence, and Impact, McMaster University, Canada și profesorul Victor Montori de la Knowledge and Evaluation Research Unit, Mayo Clinic, USA susțin că evaluarea timpului de implementare a ghidurilor ar ajuta la o utilizare optimă a resurselor clinice. În ciuda eforturilor deja depuse pentru a depăși barierele în calea implementării, cum ar fi: lipsa de credibilitate din cauza conflictelor de interese financiare sau intelectuale și incapacitatea clinicienilor de a se actualiza cu noile recomandări, ceea ce este rar recunoscut este că implementarea recomandărilor ghidurilor necesită timp apreciabil investit de către clinician (17).

Evaluarea timpului necesar pentru implementarea în practica a ghidurilor, alături de celelalte bariere identificate, ar putea modifica recomandările comitetelor de elaborare a ghidurilor și ar ajuta clinicienii să stabilească prioritățile. Este esențial ca dezvoltatorii ghidurilor să colaboreze cu implementatorii ghidurilor pentru a îmbunătăți translatarea recomandărilor lor în asistența primară.

Barriers to optimal implementation of recommended guidelines in disease prevention and management in family medicine

Assoc. prof. dr. habil. Mira Florea

Chairman of editorial board of Romanian Journal of Family Medicine

There is a recognized underutilization of clinical guideline recommendations by health care professionals in primary care as well as in many other medical specialties, and patients continue to receive suboptimal health services and inadequate care (1,2). Recent studies show the suboptimal implementation of guidelines recommendations in primary care (3,4,5).

Family doctors must keep up to date with scientific advances and their medical practice must be evidence-based. Clinical guidelines aim to facilitate the adoption of evidence-based best practices. Because the body of research evidence grows rapidly, it is a challenge for health professionals to keep up to date with the latest findings and especially to implement them in their practice (6,7). Translating medical research findings into practice 'from knowledge to action' is a multi-step team-based process used to help bridge the evidence-to-practice gap (8).

Guidelines offer many potential benefits to health care professionals, patients and health care systems by facilitating decision-making, increasing the quality and efficiency of health services, and reducing disparities in medical practice. However, implementing guideline recommendations is a complex process that may face a number of individual, organizational, and system-level barriers (9,10). Insufficient updating of physicians, negative attitudes towards existing and frequently modified guidelines, and limited time for consulting research results are common barriers in many areas of medical practice. Specific barriers, which may hinder the implementation of guidelines in primary care, include lack of knowledge of health professionals, motivation to apply research outcomes in practice as well as resistance to changing routine practice (11).

This recent study (1) aimed to describe the process used to adapt a knowledge translation framework to meet the local needs of primary care health professionals. A Belgian organization, Ebpracticenet responsible for the dissemination and implementation of the guidelines, mandated a team of implementation facilitators (consisting of a postdoctoral researcher in medical education and implementation sciences and a social science researcher with experience in change management in healthcare, to support adoption of good practices. Ebpracticenet is a digital database of validated evidence-based guidelines for Belgian healthcare professionals. Recent practice guidelines, implementation recommendations, measurement tools, critical article reviews are provided through an online platform, patient brochures, and audio-visual material. By combining scientific evidence with the

expertise of medical professionals and patient preferences, evidence-based good practice is created.

An implementation team may support the “translation” of research outcomes into medical practice as shown in two studies (1,11): activities for low back pain management guideline recommendations in family medicine, providing the theoretical basis and practical support for guidelines’ implementation. The process of implementation consisted of the following 5 steps: identification, context analysis, development of implementation plan, evaluation, and sustainability. This approach resulted in practical steps that are more readily understood by multidisciplinary health professionals and staff in their practices.

There are many reasons for failure to implement clinical practice guidelines, including the guideline itself (e.g. ambiguity, inconsistency, and incompleteness) (12). Other barriers may be encountered, such as health professionals’ scepticism about the scientific evidence underlying guideline recommendations, patient characteristics (e.g., patient nonadherence), and financial barriers (e.g., treatment not covered by health insurance) (11).

Insufficient time for primary care providers (PCPs) to provide care is another explanation for the suboptimal use of guideline recommendations in family medicine (13). Many studies have shown difficulties in meeting all the guidelines’ recommendations. A study (14) focused on the time invested by family doctors to provide preventive care for a 2500 patient panel estimated it would take 7.4 h/day for a PCP, and another study (15) found it would take 8.6 h/day. In 2005 Østbye et al. calculated 10.6 h/day were needed for a PCP to manage the top ten chronic diseases (16). These studies suggested that at least 18 hours per day are needed for a PCP to provide preventive services and chronic disease management, not counting other responsibilities.

These outcomes applied all guidelines for preventive care, chronic disease care, and acute care to a hypothetical patient panel of 2500 adult representative of the US population comparing the time needed by a PCP alone and by a PCP as part of a team-based care model. PCPs were estimated to require 26.7 h/day, comprising 14.1 h/day for preventive care, 7.2 h/day for chronic disease care, 2.2 h/day for acute care, and 3.2 h/day for documentation and inbox management. With team-based care, PCPs were estimated to require 9.3 h per day (2.0 h/day for preventive care and 3.6 h/day for chronic disease care, 1.1 h/day for acute care, and 2.6 h/day for documentation and inbox management). PCPs do not have enough time to provide the guideline-recommendations for primary care and the time requirements for the team-based care would decrease by over half, but still be excessive (13).

Minna Johansson, family doctor and director of the Global Centre for Sustainable Healthcare, School of Public Health and Community Medicine, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden, Gordon Guyatt, professor at the Department of Health Research Methods,

Evidence, and Impact, McMaster University, Canada and Victor Montori professor at the Knowledge and Evaluation Research Unit, Mayo Clinic, USA claim that assessing the implementation time of guidelines would help to make best use of clinical resources. Despite the efforts already made to overcome barriers for implementation such as the lack of credibility because of financial or intellectual conflicts of interests, and clinicians’ inability to keep up to date with new recommendations, which is rarely acknowledged, implementing guidelines may require appreciable clinician time (17).

Evaluating the time needed to implement the guidelines in practice, together with the other identified barriers, could modify the recommendations of the guideline development committees and help clinicians to set priorities. It is essential that guideline developers work with guideline implementers to improve the translation of their recommendations into primary care. Currently, the prevalence of gastrointestinal (GI) cancers are continuously increasing and represents more than a quarter of all cancers (1).

Conflict of interest: none/**Conflict de interese:** nu există

Bibliografie/References

- Peters S, Bussi eres A, Depreitere B, Vanholle S, Cristens J, Vermandere M, Thomas A. Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720916263. Available from: doi: 10.1177/2150132720916263. PMID: 32390499; PMCID: PMC7232877.
- Glazziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet*. 2017;390:169-177.
- Wang T, Tan JB, Liu XL, Zhao I. Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 2023;13(1):e062158. Available from: doi: 10.1136/bmjopen-2022-062158. PMID: 36609329; PMCID: PMC9827241.
- Nandiwada S, Manca DP, Yeung RO, Lau D. Achievement of treatment targets among patients with type 2 diabetes in 2015 and 2020 in Canadian primary care. *CMAJ* 2023;195 (1):E1-9.
- H user W, Fitzcharles MA. Adherence to Clinical Guidelines for Fibromyalgia: Help or Hindrance? *Can J Pain*. 2023;7(1):2255070. Available from: doi: 10.1080/24740527.2023.2255070. PMID: 38027233; PMCID: PMC10653630.
- Alonso-Coello P, Irfan A, Sola I, et al. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:e58.
- Lenzer J, Hoffman JR, Furberg CD, Ioannidis JP. Guideline Panel Review Working Group. Ensuring the integrity of clinical practice guidelines: a tool for protecting patients. *BMJ*. 2013;347:f5535.
- Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*. 2012;7:50.
- Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2008;8:38.
- Gagliardi AR, Alhabib S; Members of Guidelines International Network Implementation Working Group. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. *Implement Sci*. 2015;10:54.
- Hannes K, Goedhuys J, Aertgeerts B. Obstacles to implementing evidence-based practice in Belgium: a context-

- specific qualitative evidence synthesis including findings from different health care disciplines. *Acta Clin Belg.* 2012;67:99-107.
12. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2005;5:23.
 13. Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2023;38(1):147-155. Available from: doi: 10.1007/s11606-022-07707-x. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35776372; PMCID: PMC9848034.
 14. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health.* 2003;93(4):635–641. Available from: doi: 10.2105/ajph.93.4.635.
 15. Privett N, Guerrier S. Estimation of the time needed to deliver the 2020 USPSTF preventive care recommendations in primary care. *Am J Public Health.* 2021;111(1):145-149. Available from: 10.2105/AJPH.2020.305967
 16. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med.* 2005;3(3):209–214. Available from: doi: 10.1370/afm.310
 17. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat *BMJ* 2023;380:e072953. Available from: doi:10.1136/bmj-2022-072953.