

Dokument Roboczy nr 2

Wersja: 07.12.2016

Wytyczne w praktyce medycznej: bariery w implementacji wytycznych oraz sposoby ich pokonywania

**Propozycje rozwiązań dla Ośrodka Naczelnej Izby Lekarskiej ds.
Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej**

Autor: Karolina Maciorowska

Korekta: Prof. dr hab. n. med. Romuald Krajewski

Naczelna Izba Lekarska

czerwiec 2016

Spis treści

Podsumowanie	2
1. Rola wytycznych w praktyce medycznej.....	3
2. Jakiego typu bariery we wdrażaniu wytycznych występują w ochronie zdrowia?	4
3. Jak zidentyfikować bariery?.....	8
4. Jak pokonać bariery używając metod opartych na dowodach z badań naukowych? ..	9
4.1. Strategie wspomagające zmianę.....	10
5. Rekomendacje dla Ośrodka ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej..	12
Załączniki.....	17

Załącznik 1. Bariery w stosowaniu EBM przez lekarzy pierwszego kontaktu

Podsumowanie

W praktyce medycznej opartej na aktualnej wiedzy medycznej wytyczne tworzone na podstawie wyników badań naukowych stają się coraz bardziej powszechnym narzędziem. Wykorzystywanie wytycznych w codziennych decyzjach klinicznych, w funkcjonowaniu szpitali, ambulatoriów i praktyk lekarskich, w finansowaniu ochrony zdrowia, poprawia jakość i zapewnia pacjentom dostęp do najefektywniejszej opieki.

Pomimo ewidentnych korzyści, stosowanie wytycznych w praktyce napotyka na różnego rodzaju bariery. Część z nich rodzi się z nawyków, przekonań, nieznajomości zasad EBM oraz braku świadomości korzyści, jakie mogą wynikać z postępowania zgodnego z wytycznymi. Część lekarzy uważa, że wytyczne ograniczają autonomię w podejmowaniu decyzji lub że nie odzwierciedlają one w pełni problemów praktyki oraz nie odpowiadają na potrzeby indywidualnych pacjentów. Problemy natury organizacyjnej, brak odpowiedniej infrastruktury oraz sposób w jaki tworzone i prezentowane są wytyczne również stanowią bariery w ich zastosowaniu.

Najlepszy efekt w implementacji wytycznych dają działania łączące wiele metod, oparte na identyfikacji oraz pokonywaniu barier. Publikacje dotyczące stosowania wytycznych wskazują, iż do poprawy ich znajomości i wykorzystania potrzebne są regulacje systemowe, monitoring oraz plany zdrowotne określające cele na poziomie systemowym. Dodatkowo, stosowanie różnorodnych środków przekazu takich jak materiały, spotkania czy wizyty edukacyjne, pomaga we wprowadzaniu zmian w praktyce medycznej.

Ośrodek ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej Naczelnej Izby Lekarskiej powinien wykorzystać liczne narzędzia wspomagające edukację i implementację wytycznych. Powinien też czuwać nad jakością wytycznych oraz prawidłowym wykorzystaniem metodologii przez autorów wytycznych. Działaniem poprzedzającym implementację powinna być identyfikacja barier w wykorzystywaniu wytycznych w codziennej praktyce medycznej w Polsce. Na tej podstawie i na podstawie doświadczeń innych krajów należy opracować strategię implementacji, która będzie uwzględniać bariery i specyfikę praktyki medycznej. Ośrodek i cały samorząd powinny promować wykorzystywanie wytycznych poprzez uwzględnianie ich w narodowych programach zdrowotnych oraz ustanawianie zachęt finansowych do ich stosowania.

1. Rola wytycznych w praktyce medycznej

Medycyna oparta na wynikach badań naukowych (Evidence-Based Medicine) ma zasadniczy udział w kształtowaniu współczesnych systemów opieki zdrowotnej i odgrywa szczególną rolę w narodowych strategiach reform zdrowotnych. (Woolf, 1999) Korzystanie z wytycznych klinicznych w praktyce medycznej jest jednym z działań wdrażających do praktyki wyniki badań naukowych.

Główne cele stosowania wytycznych w praktyce medycznej to:

- poprawa jakości opieki nad pacjentem i wyników leczenia,
- zwiększenie dostępu lekarzy do najnowszych wyników badań naukowych,
- redukcja nieuzasadnionej różnorodności w praktyce medycznej,
- promowanie skutecznego wykorzystania dostępnych zasobów,
- identyfikacja luk w wiedzy oraz nadawanie priorytetów badaniom,
- dostarczanie wytycznych postępowania dla pacjentów,
- dostarczanie podstaw do tworzenia polityki zdrowotnej kraju,
- wsparcie kontroli jakości, włączając audyt klinicystów oraz jednostek służby zdrowia (szpitale, POZ itd.). (Davis, 2007)

Systemy służby zdrowia organizujące opiekę zdrowotną, jednostki rządowe, ubezpieczyciele zauważyli, że wytyczne w praktyce medycznej mogą skutecznie wpływać na efektywność (często poprzez standaryzację opieki) oraz poprawiać wykorzystanie środków publicznych (*best value for money*). Implementacja wytycznych redukuje nakłady na hospitalizację, przepisywanie leków, zabiegi chirurgiczne i inne procedury. Wiele osób jest przekonanych, że motywacja ekonomiczna w stosowaniu wytycznych jest głównym powodem ich popularności. (Woolf, 1999) Należy jednak podkreślić, że najważniejsze są korzyści, jakie odnoszą pacjenci diagnozowani i leczeni zgodnie z dobrą jakością, opartymi na wynikach badań naukowych wytycznymi.

2. Jakiego typu bariery we wdrażaniu wytycznych występują w ochronie zdrowia?¹

Świadomość i wiedza

Wyniki badań wskazują, że pracownicy ochrony zdrowia często nie są zaznajomieni z aktualnymi wytycznymi i zasadami EBM. (Baig, 2016, Hisham, 2016) Ponadto, lekarze są świadomi tego, że opublikowano nowe/zaktualizowane wytyczne, jednak nie wiedzą w jaki sposób ich codzienna praktyka powinna się zmienić by dostarczać pacjentom opiekę zgodną z tymi wytycznymi. Niektórzy lekarze uważają, że wytyczne ograniczają autonomię ich osądu (Hendaus, 2016) lub że nie dotyczą populacji ich pacjentów i dlatego też nie odwołują się do nich.

Motywacja

Zewnętrzne bodźce jakimi są zachęty finansowe lub kary jako środki regulacji, mają wpływ na zmianę zachowań. Indywidualne czynniki takie jak własna motywacja, dążenie do określonych celów zawodowych oraz chęć poprawienia jakości również wpływają na to jak bardzo ludzie chcą zmienić swoje działania.

Akceptacja i osobiste przekonania

Percepcja korzyści wynikających z proponowanej zmiany oraz ocena poniesionych kosztów jej wprowadzenia (finansowych oraz praktycznych) są ważne. Niektórzy pracownicy ochrony zdrowia mają problem z akceptacją nowych wytycznych ponieważ są one w konflikcie z innymi wytycznymi (Hendaus, 2016, Quinn, 2010), opublikowanymi przez inne organizacje lub są niezgodne z opiniami wpływowych kolegów. Inni nie wierzą, że wytyczne odzwierciedlają dowody i że osiągną lepsze wyniki leczenia z ich pomocą. (Spallek, 2010)

Umiejętności

Aby wprowadzić zmianę, klinicyści muszą wiedzieć nie tylko o potrzebie zmiany ale również jak tę zmianę wprowadzić. Pracownicy ochrony zdrowia mogą potrzebować szkoleń w zakresie korzystania z wytycznych w codziennej praktyce by zapewnić odpowiednią opiekę pacjentom. Potrzebne jest również danie czasu na naukę nowych umiejętności oraz utrwalenia ich stosowania.

¹ Opracowano na podstawie NHS NICE, 2007, How To Change Practice, Understand, identify and overcome barriers to change, oraz innych źródeł wskazanych w tekście.

Praktyczne zastosowanie

Barierami praktycznymi są głównie brak zasobów, który rodzi problemy w świadczeniu opieki zdrowotnej z zastosowaniem wytycznych. Może okazać się, że potrzebny jest nowy sprzęt, aby można było wdrożyć nowe rekomendacje. W niektórych przypadkach potrzebne są zmiany organizacyjne lub reorientacja świadczeń, by umożliwić zmianę praktyki. Kolejnym problemem jest utrzymanie procesu zmiany w perspektywie czasu (np. przez długofalowość zmiany). Jeśli główni inicjatorzy zmiany, liderzy opuszczą praktykę lub zmienią się priorytety, trudno będzie zmianę wprowadzić.

Barierami poza kontrolą

Sposoby finansowania opieki zdrowotnej oraz otoczenie polityczne mogą wpłynąć na motywację i zdolność pracowników ochrony zdrowia do implementacji wytycznych. Na poziomie organizacyjnym, system finansowania może ograniczać lub nie uwzględniać w planach kosztów zalecanej interwencji. Mechanizm zachęt i procesy regulacyjne mogą nie być dostosowane do wprowadzania zmian.

W publikacji New England Health Care Institute (2008) wyszczególniono cztery główne bariery w stosowaniu wytycznych:

System wynagradzania

Jeżeli płać się za liczbę wykonanych procedur, a nie ostateczny wynik leczenia, wytyczne w praktyce okazują się zbędne. Jednak większość systemów P4P (Payment for Performance) nie dostarcza wystarczających zachęt finansowych, niezbędnych do zmiany zachowania.

Brak systemu przepływu informacji IT

Lekarze mają ograniczony dostęp do wytycznych w jednostce ochrony zdrowia, w której przychodzi im podejmować decyzje. Systemy IT mogą dostarczyć informacji do podejmowania decyzji o leczeniu. Niewystarczające są jednak zasoby wspomagające adaptację tych systemów, brakuje przeszkolonych pracowników oraz występują kłopoty z utrzymaniem systemu IT, zwłaszcza w jednoosobowych lub małych praktykach lekarskich.

Kultura środowiska lekarzy, przekonania i nawyki

Wielu lekarzy jest przekonanych, że jakość świadczonej przez nich opieki zdrowotnej jest dobra. Niewielu otrzymuje jakąkolwiek informację zwrotną odnośnie jakości i wydajności pracy, szczególnie w odniesieniu do stosowania wytycznych. Często lekarze są pewni, że ich dotychczasowa praktyka jest zgodna z wytycznymi, pomimo, że w rzeczywistości tak nie jest.

(Barth, 2015) Lekarze raczej polegają na własnych osądach i osobistym doświadczeniu w ustaleniu tego co jest a co nie jest dobre dla pacjenta.

Należy również brać pod uwagę wiek i staż lekarzy. W publikacji Taba et al. stwierdzono, iż w Estonii lekarze pierwszego kontaktu z wieloletnim stażem najprawdopodobniej będą mieli problem ze stosowaniem wytycznych. (Taba, 2012) Podobny przypadek opisano w publikacji Chapman et al. (2011) gdzie stwierdzono, że lekarze starsi stażem muszą być przekonywani, że stosowanie wytycznych jest ważne w praktyce lekarskiej.

Proces tworzenia wytycznych i funkcja

Brak transparentności w stosowanych do stworzenia wytycznych dowodach (Hendaus, 2016) i w procesie ich tworzenia oraz udział firm farmaceutycznych czy firm zajmujących się handlem sprzętem medycznym prowadzą do utraty zaufania do wytycznych. Powyższe zjawisko również zostało opisane w publikacji o barierach w stosowaniu wytycznych wśród lekarzy dentyków. (Spellak, 2010)

Wytyczne często nie są elastyczne w użyciu oraz nie są dostosowane do praktyki medycznej. Wiele wytycznych nie odzwierciedla złożoności praktyki medycznej oraz kontekstu w jakim lekarzowi przychodzi podejmować decyzje. (Hendaus, 2016, Zwolsman, 2012)

Wytyczne mogą być również postrzegane jako nieodpowiednie przez swoją złożoność lub, przeciwnie, przez zbyt uproszczenia. Stosowanie wytycznych może być zaniechane wskutek braku precyzyjności lub braku jasnych ścieżek postępowania.

Liczba wytycznych dotyczących tej samej czy podobnej sytuacji może być tak duża, że lekarze nie będą w stanie odróżnić, którą rekomendację stosować. (Hendaus, 2016, Zwolsman, 2012) Zbyt mała liczba wytycznych, ich nazewnictwo i kategoryzacja dotyczą stosowania wytycznych w zawodzie lekarza dentyki. (Spallek, 2010)

Opór przed wytycznymi wzmagany jest przez strach przed utratą autonomii w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. (Hendaus, 2016) 88% lekarzy stosuje tylko te wytyczne, które są dostosowane do ich własnej praktyki.

Lekarze obawiają się również, że wytyczne będą wykorzystywane przeciw nim w postępowaniach dyscyplinarnych oraz w celu podważania ich kompetencji.

Inne powody, dla których wytyczne nie są używane to zdefragmentowana opieka zdrowotna oraz to, że współczesna medycyna opiera się na pracy w zespołach multidyscyplinarnych.

Grupy różnych specjalistów są zaangażowane w opiekę nad pacjentem, co powoduje niepewność co do odpowiedzialności za proces leczenia pomiędzy specjalistami. (Barth, 2015)

Istnieją też bariery związane z pacjentem. W publikacji Spallek et al. dotyczącej lekarzy dentyków podkreślano, że potrzeby i preferencje pacjentów są często dyktowane ich sytuacją finansową, wpływem reklam oraz łatwą dostępnością do informacji online, które często są wątpliwej jakości. Prośby pacjentów są często sprzeczne z rekomendacjami, lekarze jednak ulegają woli pacjentów i chcąc utrzymać dobre relacje mogą nie stosować się do wytycznych. (Spallek, 2010)

Wytyczne adresują specyficzne objawy, a pacjenci często „nie pasują” do sztywnych kategorii badań klinicznych, na których bazują wytyczne. (Barth, 2015) W niektórych przypadkach istnieje konflikt wytycznych dla różnych rozpoznań u pacjenta. Aby tego uniknąć należy uwzględnić zasięg praktyki (np. POZ) oraz dodatkowo wytyczne dotyczące chorób współistniejących. Przegląd systematyczny pokazuje, że tylko kilka wytycznych adresuje choroby współistniejące oraz kombinacje niezależnych chorób. Praktyka POZ różni się od innych praktyk, konsultacje są bardziej kompleksowe w porównaniu z niektórymi specjalizacjami. Pacjenci POZ również bardzo się różnią od hospitalizowanych pod względem różnorodności dolegliwości i zróżnicowania stadiów choroby. (Taba, 2012, Zwolsman, 2012) Załącznik nr 1 przedstawia bariery w stosowaniu EBM przez lekarzy POZ.

3. Jak zidentyfikować bariery?²

Należy zidentyfikować „przestrzeń” pomiędzy nowym rozwiązaniem a obecną praktyką. Przeprowadzenie takiej oceny powinno wskazać aktualnie istniejące bariery, pozwalając na przygotowanie praktycznych rozwiązań do wdrożenia zmiany wraz z zainteresowanymi grupami zawodowymi. Powyższe zaobserwowano w badaniu Corrie et al. (2014) gdzie potwierdzono, że użytkowanie wytycznych znacząco poprawia wiedzę lekarzy o schorzeniu, a co za tym idzie sprzyja podejmowaniu trafnych decyzji terapeutycznych.

Istnieje wiele rozwiązań, które mogą się przydać w identyfikacji barier. Są to między innymi wymienione poniżej działania.

Rozmowy z kluczowymi osobami zaangażowanymi, które mają wiedzę, umiejętności i autorytet, dzięki którym można szukać rozwiązań.

Obserwacje praktyki medycznej - wizyty w celu oceny obecnego stanu praktyki medycznej, można analizować zachowania w odniesieniu do kontekstu. Jest to dobra metoda monitorowania postępów, jeśli wykonywana jest regularnie.

Użycie kwestionariusza ankiety – bardzo dobra metoda sprawdzająca wiedzę, nastawienie i zachowania. Należy zwrócić uwagę na stworzenie dobrego kwestionariusza.

Burza mózgów - sesja zaczyna się określeniem problemu, następnie uczestnicy zachęceni są do przedstawiania pomysłów rozwiązań (najwięcej ile się da, nawet najbardziej abstrakcyjne powinny być odnotowane).

Prowadzenie dyskusji grupowej – reprezentatywne grupy fokusowe, mają bardzo duży potencjał w ocenie obecnej praktyki i testowaniu nowych pomysłów. Zaangażowanie w wywiad 6-10 osób, stosowanie pytań otwartych, zachęcanie do dyskusji o własnych doświadczeniach w praktyce oraz przemyślenie opinii innych uczestników. Ta metoda jest szybka i łatwa w przeprowadzeniu.

² Opracowano na podstawie NHS NICE, 2007, How To Change Practice, Understand, identify and overcome barriers to change, oraz źródeł wskazanych w tekście.

4. Jak pokonać bariery używając metod opartych na dowodach z badań naukowych?³

Wyniki badań naukowych pokazują, że regulacje, monitoring oraz plany zdrowotne określające cele ochrony zdrowia (tzw. targeting) na poziomie systemowym przynoszą poprawę w jakości świadczeń. (NHS, 2007) Wykazano również, że kształcenie w ramach rozwoju zawodowego jest połączone z poprawą wyników leczenia oraz jakości w opiece. Ponadto, łączenie niżej wymienionych instrumentów zwiększa efektywność, jako że nie istnieje jedna metoda pokonująca bariery w ochronie zdrowia. Połączone metody są najbardziej efektywne we wprowadzaniu zmian.

Materiały edukacyjne - (ulotki, foldery, CD-ROM, materiały wideo, narzędzia online, programy komputerowe) używane w komunikacji ostatnich rozwiązań do profesjonalistów ochrony zdrowia. Poza tym, materiały edukacyjne zwiększają świadomość, są stosunkowo tanie, efektywne kiedy łączy się je z innymi metodami.

Spotkania edukacyjne - konferencje, warsztaty, kursy, wykłady, webcasty.

Konferencje i wykłady - zwiększają świadomość ale są mniej efektywne w inicjowaniu czy dokonywaniu zmian. Interaktywne warsztaty są bardziej efektywne w zmianie zachowania.

Wizyty edukacyjne (znane jako academic detailing) - często stosowane w branży farmaceutycznej do wywarcia wpływu na przepisywanie leków przez pracowników ochrony zdrowia. Przeszkoleni przedstawiciele umawiają się na wizyty z lekarzami w celu przedstawienia informacji, wsparcia technicznego, instrukcji zgodnymi z aktualnymi wytycznymi. Wizyty edukacyjne są skuteczne we wprowadzaniu zmiany w zachowaniu. Wskazane są wizyty przypominające. Wizyty są bardziej skuteczne jeśli są łączone z przypomnieniami i interwencjami ukierunkowanymi na pacjentów. Wizyty są również bardziej efektywne w przypadku dostosowywania ich do indywidualnych barier i sytuacji.

Liderzy opinii – dzięki wpływowi takich osób możliwe jest motywowanie i inspirowanie innych pracowników ochrony zdrowia (wystąpienia, artykuły ich autorstwa, wizyty edukacyjne oraz wykłady).

³ Opracowano na podstawie NHS NICE, 2007, How To Change Practice, Understand, identify and overcome barriers to change, oraz źródeł wskazanych w tekście.

Informacja zwrotna z audytu klinicznego – informacją zwrotną mogą być wyniki leczenia, koszty lub elementy praktyki klinicznej, które mogą być też porównywane z wynikami innych podobnych praktyk.

System przypomnień – przypomnienia oraz wspomagane komputerowo podejmowanie decyzji. Przypomnienia mają odzwierciedlać najlepszą praktykę i przypominać o podjęciu bądź zaniechaniu działania.

Strategie wspomagające związane z pacjentem – mają na celu dostarczanie informacji pacjentom oraz opinii publicznej. Strategie takie są bardzo skuteczne. Pacjent wyposażony w wiedzę o praktykach opartych na dowodach jest w stanie wpłynąć na decyzje podejmowane w gabinecie. Pacjenci akceptują też zmiany w opiece zdrowotnej jeśli wiedzą, że przebiegają one zgodnie z zasadami EBM. Potrzebna jest dalsza praca nad włączaniem pacjentów we wspólne podejmowanie decyzji terapeutycznych. (Quinn, 2010)

4.1. Strategie wspomagające zmianę⁴

Pomimo wymienionych wcześniej barier są powody, dzięki którym można patrzeć z optymizmem na przyszłość wpływu wytycznych na jakość i koszty w ochronie zdrowia. Według New England Health Care Institute lekarze wierzą, że wytyczne będą miały duży wpływ na decyzje w praktyce medycznej w najbliższych latach. Poniżej przedstawiono pięć strategii pomocnych w przełamywaniu barier w stosowaniu wytycznych.

Płacenie odpowiednich kwot za jakość i aktywność

Działania te wspierają dostosowanie i koordynację programów Pay for Performance (płatnik). Programy pilotażowe są niezbędne by ustalić odpowiedni poziom zachęt finansowych. Standaryzacja i koordynacja tych programów jest podstawowym warunkiem sukcesu w wykorzystaniu wytycznych.

Inwestowanie oraz zachęcanie do korzystania z innowacyjności systemów IT

Aby wesprzeć stosowanie wytycznych konieczny jest system IT, który dostarcza użytecznych danych lekarzowi w miejscu świadczenia opieki. System powinien zapewnić informację zwrotną, dzięki której będzie można obserwować modele/wzorce w praktyce i porównywać

⁴ Opracowano na podstawie NEHI, 2008, Improving Physician Adherence to Clinical Practice Guidelines: Barriers and strategies for Change. New England Healthcare Institute, oraz źródeł wskazanych w tekście.

je z modelami innych lekarzy. System powinien zapewniać interoperacyjność pomiędzy POZ, AOS, SOR i innymi jednostkami oraz przepływ danych i algorytmów umożliwiając zastosowanie niezależnej oceny oraz uwzględnianie preferencji pacjenta.

Zachęta do innowacyjności w tworzeniu wytycznych

Lekarze powinni być zaangażowani w proces tworzenia i ocenę wytycznych. Ponieważ wytyczne szybko ulegają dezaktualizacji, należy przyspieszyć proces ich tworzenia by rozpowszechnianie i używanie wytycznych dotrzymywało kroku postępowi medycyny. (Barth, 2015, Zwolsman, 2012) Wytyczne powinny być pisane w zrozumiałej, prostej formie, z pominięciem naukowego żargonu i być łatwo dostępne. Badanie z Wielkiej Brytanii pokazało, że powinno się unikać tworzenia wytycznych, które powodują dezorientację, są kontrowersyjne, ogólnikowe albo zawierające wiele zaleceń. Wytyczne zawierające zwięzłe podsumowanie zostały jasno wskazane przez klinicystów z Hiszpanii jako jedno z ułatwień w ich korzystaniu. (Barth, 2015)

Szkolenia pracowników ochrony zdrowia w używaniu wytycznych

Szkolenie studentów medycyny, rezydentów oraz praktykujących lekarzy może stać się niezbędne w reorientacji praktyki w kierunku wytycznych. Eksperti podkreślają, że edukacja powinna uwzględniać zalety leczenia skierowanego na cele terapeutyczne, praktyczną kompleksowość leczenia skierowanego na różne schorzenia oraz potrzebę nadania struktury rutynowym praktykom. (Barth, 2015)

Umożliwienie i promocja dzielenia się (pomiędzy lekarzami) danymi porównawczymi

Do zmiany kultury pracy lekarzy, ich przekonań i nawyków zbieranie danych i dzielenie się nimi jest niezbędne. Wiele się mówi o wartości upubliczniania informacji o jakości oraz wynikach pracy lekarzy. Eksperti zgodnie potwierdzają, iż transparentność w praktyce lekarzy, którą umożliwia porównanie danych, jest niezwykle efektywna i sprzyja stosowaniu wytycznych.

5. Rekomendacje dla Ośrodka ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej

Aby zmniejszać bariery w stosowaniu wytycznych zaleca się jednocześnie prowadzenie działań na wielu poziomach:

1. Zapewnienie poparcia politycznego dla implementacji wytycznych.
2. Zachęcanie do korzystania z wytycznych poprzez uwzględnianie ich w narodowych planach zdrowotnych (patrz przykład Niemiec w publikacji Legido-Quigley, 2013) oraz ustanowienie zachęt finansowych do ich stosowania.
3. Wytyczne powinny mieć praktyczne zastosowanie w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia, co oznacza, że koszty interwencji powinny być uwzględnione przez system finansowania. W tym celu powinno przeprowadzać się analizy CER (Cost Effectiveness Research) i CEA (Cost-Effectiveness Analysis) przed rozpoczęciem tworzenia wytycznej.
4. Dążenie do informatyzacji w jednostkach ochrony zdrowia i wspieranie jej. Promowanie systemów IT zorientowanych na kontekst, kojarzących dane zdrowotne pacjenta z wytyczną.
5. Szczególny nacisk należy kłaść na transparentność działania i konflikt interesów twórców wytycznych. Przestrzeganie przez nich procedur określonych przez Ośrodek (metodologia) jest konieczne, by klinicyści nie mieli wątpliwości co do jakości dowodów oraz kompetencji i obiektywizmu twórców wytycznych.
6. Twórcy wytycznych powinni uwzględniać złożoność praktyki medycznej oraz kontekst w jakim lekarzowi przychodzi podejmować decyzje. Wytyczne powinny:
 - dostarczać precyzyjnych rozwiązań i jasnych ścieżek postępowania,
 - uwzględniać zasięg praktyki oraz choroby współistniejące by uniknąć konfliktu z innymi wytycznymi,
 - zawierać dodatkowe wytyczne dla lekarza POZ i lekarzy dentystów (jeśli wytyczna w jakiś sposób obejmuje również ich praktykę);
 - być regularnie aktualizowane, przedstawiane w prostej formie z pominięciem żargonu naukowego.

7. Równoległe z procesem adaptowania wytycznych przygotowanie strategii ich implementacji z użyciem wybranych narzędzi wspomagających implementację uwzględniając:
 - materiały i spotkania edukacyjne,
 - konferencje i wykłady,
 - włączenie liderów opinii (MZ, NIL, NFZ, AOTMiT, grupy pacjentów),
 - audyt kliniczny przy współpracy z NFZ,
 - włączenie pacjentów w spotkania edukacyjne,
 - promowanie i umożliwianie dzielenia się danymi porównawczymi (lekarze).
8. Organizacja szkoleń i warsztatów dla kadry medycznej, uwzględniając zespół medyczny, tak by wspomóc wprowadzanie zmian w codziennej praktyce medycznej.
9. Stworzenie systemu newslettera Ośrodka Wytycznych NIL, dzięki któremu można by na bieżąco informować o klinicystów o nowych oraz zaktualizowanych wytycznych. Dla ułatwienia implementacji należy przedstawiać jak zmiany w wytycznej wpłyną na codzienną praktykę medyczną lekarzy.
10. Informowanie, że wytyczne nie są „książką kucharską” ani „gotowym przepisem”. Klinicyści powinni podejmować decyzje terapeutyczne w oparciu o własną wiedzę, która może być uaktualniana z pomocą wytycznych opartych na dowodach naukowych, doświadczenie zawodowe oraz współpracę z pacjentem. Dobrą praktyką byłoby otrzymywanie od lekarzy informacji zwrotnej o zastosowaniu wytycznych i o skutkach - jeśli je zaobserwowano, albo o niezastosowaniu wytycznej z podaniem powodów dla których zaniechano wykorzystywania wytycznej. (patrz przykład NHS NICE w publikacji Legido-Quigley, 2013) Byłby to dobry sposób na weryfikację jakości wytycznych oraz trafności dowodów pochodzących z wyników badań klinicznych. Tego rodzaju uwagi trzeba zgłaszać autorom oryginalnych wytycznych.

W kwestii identyfikacji barier, powinno się:

1. Przeprowadzić badanie jakościowe i ilościowe, lub po prostu (by uniknąć wysokich kosztów badania) przed i po rozpoczęciu prac nad wytyczną zorganizować spotkania z lekarzami (przynajmniej dwie grupy fokusowe) w celu przeprowadzenia wywiadu dotyczącego barier w stosowaniu wytycznych.

Bardziej profesjonalne badanie z uwzględnieniem konsultacji socjologów można przeprowadzić po opublikowaniu i implementacji przynajmniej jednej wytycznej by sprawdzić użyteczność i stosowanie wytycznych Ośrodka w praktyce. Badania takie powinny być prowadzone regularnie.

2. Organizować spotkania z lekarzami i pacjentami przy okazji tworzenia wytycznych.

Bibliografia

- Baig M, Sayedalamin Z, Almouteri O, Algarni M, Allam H (2016) Perceptions, perceived barriers and practices of physicians' towards Evidence-Based Medicine. *Pak J Med Sci.*;32(1):49-54. DOI: [dx.doi.org/10.12669/pjms.321.8841](https://doi.org/10.12669/pjms.321.8841)
- Barth JH, Misra S, MobergAkare K, Langlois MR, Watine J, Twomey PJ, Oosterhous WP (2015) Why are clinical practice guidelines not followed? *ClinChem Lab Med*
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. (1999) Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 282(15):1458-1465. doi:10.1001/jama.282.15.1458.
- Chapman NH, Lazar SP, Fry M, Lassere MN, Chong BH (2011) Clinicians adopting evidence based guidelines: a case study with thromboprophylaxis. *BMC Health Services Research* 11:240 DOI: 10.1186/1472-6963-11-240
- Corrie MD et al. (2014), The use of clinical guidelines highlights ongoing educational gaps in physicians' knowledge and decision making related to diabetes. *BMC Medical Education* 14:186
- Davis D, Joanne G, Palda VA, (2007) Handbook on Clinical Practice Guidelines. Canadian Medical Association
- Hendaus M, et al. (2014) PO-0960 How Are Clinical Practice Guidelines Perceived By Physicians In A Middle Eastern Country? Paediatrics, Hamad General Hospital, Doha, Qatar. *BMJ*
- Hisham R, Liew SM, Ng CJ, Mohd Nor K, Osman IF, et al. (2016) Rural Doctors' Views on and Experiences with Evidence-Based Medicine: The FrEEDoM Qualitative Study. *PLoS ONE* 11(3): e0152649. doi: 10.1371/journal.pone.0152649
- Legido-Quigley H, et al. (2013) Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union, The European Observatory on Health Systems and Policies
- NEHI, 2008, Improving Physician Adherence to Clinical Practice Guidelines: Barriers and strategies for Change. New England Healthcare Institute
- NHS NICE, 2007, How To Change Practice, Understand, identify and overcome barriers to change.
- Quinn D, et al. Can an Academic Health Care System Overcome Barriers to Clinical Guideline Implementation. *Advances in Patient Safety: Vol. 3*
- Spellak H, Song M, Polk DE, Bekhuis T, Frantsve – Hawley J, Aravamudhan K, (2010) Barriers to implementing evidence – based guidelines: A survey of early adopters. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 10(4): 195-206

Taba P, Rosenthal M, Habicht J, Tarien H, Mathiesen M, Hill S, & Bero L. (2012) Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: A cross-sectional survey among physicians in Estonia. *BMC Health Services Research*, 12, 455. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-455>

Zwolsman S, et al. (2012) Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. *British Journal Gen Pract.* 62(600):e511-21. doi: 10.3399/bjgp12X652382.

Załączniki

Załącznik 1. Bariery w stosowaniu EBM przez lekarzy pierwszego kontaktu.

Evidence	GP's preferences	Patient's situation	Practice setting
<ul style="list-style-type: none"> Translating trials into practice^{11,16,30} 	<ul style="list-style-type: none"> Knowledge of EBM^{15,26} 	<ul style="list-style-type: none"> Treatment expectations different from evidence^{25,31,32} 	<ul style="list-style-type: none"> Applicability of evidence to general practice^{13,14,17,18,22,23,27,30,34}
<ul style="list-style-type: none"> Use of evidence is complicated²³ 	<ul style="list-style-type: none"> Difficulty keeping up^{13,27} 	<ul style="list-style-type: none"> Adapting to preferences, beliefs, and demands different from evidence^{15,26,30,33} 	<ul style="list-style-type: none"> Lack of time:^{13-16,30,31,26,28-31,33} <ul style="list-style-type: none"> to search for evidence^{17,33,33} to access evidence^{19,26} to appraise evidence²³ to apply evidence²³ to keep up to date¹⁵⁻¹⁷ to discuss with patient²³ per patient²³ to reflect on practice²⁶
<ul style="list-style-type: none"> Change of existing evidence^{15,29} User-friendliness: need for summaries,¹⁴ also for better formats^{27,30} 	<ul style="list-style-type: none"> Difficult to find information^{14,17,27} EBM skills^{14,15,19,20,30,31,33} 	<ul style="list-style-type: none"> Reluctant to comply with treatment²⁴ GP's desire for patient's appreciation¹⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Lack of managerial support^{20,22,27} Lack of investment/incentives^{27,31}
<ul style="list-style-type: none"> Lack of (qualitatively good) available evidence^{15,20,30,31,33} 	<ul style="list-style-type: none"> Attitude towards EBM¹⁵ <ul style="list-style-type: none"> limited in treatment options and clinical freedom^{5,14,20,25} lack of interest/motivation³² EBM not helpful¹⁶ EBM will not benefit practice²⁷ in older people (less effort applying)¹³ lack of ownership/commitment¹⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Discussing with patient²⁴ <ul style="list-style-type: none"> convincing and pressure to meet expectations^{17,26} selling evidence to patients¹⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Fear of punishment or litigation:^{30,25} <ul style="list-style-type: none"> EBM is a threat^{24,31}
<ul style="list-style-type: none"> Contradictions in evidence^{5,12,16,20,27,30} 	<ul style="list-style-type: none"> Lack of training^{30,2,32} <ul style="list-style-type: none"> direction in training^{11,15,27} 	<ul style="list-style-type: none"> Not accepting uncertainty of evidence¹⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> Money needed:^{15,16,27,30,33} <ul style="list-style-type: none"> for access to internet and resources²⁶ EBM carries no financial gain^{27,31}
<ul style="list-style-type: none"> Too much available evidence^{28,31} 	<ul style="list-style-type: none"> Personal and professional experiences different from evidence²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Confidence in GP reduced by guidelines²⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> Rural location²⁶
<ul style="list-style-type: none"> Lack of resources^{14,15,26} Available sources not helpful¹⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Fear of side effects¹⁷ or harm¹⁹ Harmonising guidance^{19,30} 	<ul style="list-style-type: none"> Relationship between GP and patient²⁴ Experiences of the patient different from evidence²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Morale²⁴
<ul style="list-style-type: none"> Access (computers, internet, journals, databases, or libraries)^{14,16,21,23-31} 	<ul style="list-style-type: none"> Practicalities of real life^{13,24} 	<ul style="list-style-type: none"> Toleration of uncertainties¹⁸ 	
<ul style="list-style-type: none"> Lack of trust in origin^{12,30} and in independence of evidence sources¹⁵ or information spread by other organisations (not evidence based)¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> Lack of confidence^{30,30} 	<ul style="list-style-type: none"> Clinical symptoms, disease¹⁴ 	
<ul style="list-style-type: none"> Level of evidence²² Implications of the evidence²² The language in which evidence is written²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> Familiarity with new role^{25,26} Personal and organisational inertia²⁴ Culture²⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> Psychosocial context^{18,31} Influence of media^{15,24} Information retrieval by patient²⁰ 	
<ul style="list-style-type: none"> Lack of help in interpretation by experts/specialists^{13,14,20} 	<ul style="list-style-type: none"> Influence of belief of peers^{19,24-26,31} 	<ul style="list-style-type: none"> Words of GP and presentation of information used by GP²⁴ 	

Źródło: Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review