

تحديد القواعد الإرشادية المبنية على أدلة علمية واستخدامها في الممارسة العامة

جيرمي جريمشو ومارتن إيكليز

مقدمة

يقصد بالقواعد الإرشادية السريرية Clinical guidelines "الأقوال أو العبارات أو التصريحات التي تتم صياغتها بشكل منهجي بهدف مساعدة الطبيب والمريض على اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية اللازمة في ظروف علاج معينة".^(١) وينظر إلى هذه القواعد على نحو متزايد على أنها مصدر للمعلومات السريرية للإجابة على الأسئلة التي يطرحها المختصون في الرعاية الصحية. وقد أشار جويات وريني^(٢) Guyatt and Rennie في افتتاحية سلسلة (إرشادات لمستخدمي المراجع الطبية) Users' Guide to the Medical Literature والتي نشرت في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (JAMA) إلى أن "حل أي مشكلة سريرية يبدأ بالبحث عن مراجعة صحيحة (مراجعة منهجية) أو قاعدة إرشادية للممارسة كأحسن طريقة لتقرير أفضل رعاية للمريض". وتعتبر القواعد الإرشادية صحيحة "إذا كانت تؤدي عند اتباعها إلى المكاسب الصحية والتكاليف المتوقعة لها".^(٣) وتعتبر القواعد الإرشادية في أغلب الأحوال صحيحة إذا

ما كانت تقوم على مراجعات منهجية للمراجع ، وتضعها جماعات مختصة بذلك على المستوى الوطني أو الإقليمي تمثل كافة التخصصات ، وإذا كانت الصلة واضحة بين التوصيات والأدلة العلمية.^(٣٠) ومما يؤسف له أن الكثير من القواعد الإرشادية المتوفرة متباينة في جودتها ، ولذلك فمن الأهمية بمكان أن يكون بمقدور الممارسين أن يقوموا بتقييم أي قاعدة إرشادية قبل أن يقرروا ما إذا كانوا سيتبعون التوصيات الواردة بها أم لا.^(٥)

وهناك في تصورنا ثلاثة سيناريوهات محتملة يمكن للممارسين العاميين فيها الاستعانة بالقواعد الإرشادية السريرية بهدف تحسين أسلوبهم في الممارسة. السيناريو الأول : يستخدم الممارسون العامون القواعد الإرشادية كمصدر معلومات لأنشطة التعليم المهني المستمر. وتقدم القواعد الإرشادية السريرية الصحيحة مراجعة عامة شاملة وحديثة تتعلق بتدبير حالة معينة أو اللجوء إلى تدخل ؛ وهي بذلك توفر مصدراً مهماً للمعلومات المفيدة في أنشطة التعليم المهني المستمر. ويمكننا في هذا الصدد أن نزعم بأن للقواعد الإرشادية مزايا تتفوق بها على المراجعات المنهجية إذ عادة ما تكون القواعد الإرشادية أوسع نطاقاً من المراجعات المنهجية التي تميل نحو التركيز على مشكلة معينة أو تدخل معين ، كما يمكن أن تقدم القواعد الإرشادية نظرة أكثر تكاملاً وترابطاً عن كيفية معالجة حالة ما. وناقش الفصل الحادي عشر القضايا الأكبر في التعليم المهني المستمر.

السيناريو الثاني : قد يستعين الممارسون العامون بالقواعد الإرشادية للإجابة على أسئلة سريرية معينة تنشأ من خلال ممارستهم اليومية لعملهم. والخطوة الرئيسة هي صياغة السؤال السريري الذي هو مثار اهتمامهم بحيث يمكن الإجابة عليه مع تحديد المريض أو المشكلة ، والتدخل المطلوب ، والمقارنات الأخرى للتدخلات والنتائج ذات الأهمية (انظر ساكيت وزملائه. Sackett et al^(٦) لمزيد من المناقشة حول

هذا الموضوع). وهذا يجعل الممارس العام يحدد نوع الدليل الذي يجب أن يبحث عنه. ويمكن الزعم في هذه الظروف بأن القواعد الإرشادية ما هي سوى واحدة من عدة أنواع من الأدلة والتي قد تكون وثيقة الصلة (ولو كان الممارس العام مثلاً مهتماً بمسألة متعلقة بمدى فعالية التدخل فعليه أن يبحث أيضاً عن المراجعات المنهجية ذات الصلة). ويوجد مزيد من المناقشة حول هذه القضايا في الفصول من الثاني إلى السادس من هذا الكتاب.

السيناريو الثالث: يمكن للممارسين العاميين أو المراكز الصحية أو المنظمات الإقليمية الاستعانة بالقواعد الإرشادية كأدوات في أنشطة تحسين الجودة في مركز واحد أو في عدة مراكز.^(٣) وفي هذا السياق فإن الإطار المتكامل الواسع للقواعد الإرشادية يتفوق على مصادر الأدلة الأخرى.

في الجزء الأول من هذا الفصل سنبحث كيفية تحديد القواعد الإرشادية وكيف نقوم بتقييمها بعد ذلك (وهذه خطوتان أوليتان مهمتان تنطبقان على السيناريوهات الثلاثة)، وأخيراً سنتناول القضايا التي يجب أن يهتم بها الممارسون العامون إذا كانوا يريدون تطبيق القواعد الإرشادية ضمن أنشطة تحسين الجودة في مراكزهم.

تحديد القواعد الإرشادية للممارسة

بعد تحديد القواعد الإرشادية للممارسة السريرية أمراً صعباً لسببين، أولاً: أن كثيراً من القواعد الإرشادية يجري نشرها في التقارير غير الرسمية أو التقارير ذات التوزيع المحدود (التقارير الرمادية) وليست موجودة في فهارس قواعد بيانات المراجع المعروفة (وإن كان هناك عدد من قواعد بيانات المراجع تركز على التقارير الرمادية). فعلى سبيل المثال لا توجد في الميدلاين MEDLINE إشارة إلى أي من القواعد

الإرشادية التي نشرها جهاز سياسة الرعاية الصحية والبحوث Agency for Health Care Policy and Research. والسبب الثاني: أنه حتى إذا نشرت القواعد الإرشادية في المجلات العلمية المفهرسة فلا يوجد حتى الآن استراتيجيات جيدة للبحث عنها: ففي نسخة أوفيد Ovid من الميدلاين MEDLINE^(٨) يمكن تعيين القواعد الإرشادية للممارسة تحت عدة عناوين منها: "قاعدة إرشادية" guideline على شكل (مطبوعة) publication type، و"قاعدة إرشادية للممارسة" practice guideline (مطبوعة)، و"قواعد إرشادية للممارسة" practice guidelines (عنوان موضوع طبي MeSH)، "مؤتمر التوصل إلى إجماع" Consensus Development Conference (مطبوعة)، وكذلك "مؤتمر التوصل إلى إجماع، المعهد الوطني للصحة" Consensus Development Conference, NIH (مطبوعة). ويشير الفحص الأولي لهذه المصادر في عدة مجالات سريرية إلى أن guideline (المطبوعة) قد يكون مصطلح البحث الأكثر حساسية ونوعية (انظر ملحق رقم ١ لاطلاع على عينة من إستراتيجية البحث في ميدلاين والتي يمكن استخدامها عند البحث عن القواعد الإرشادية).

ولحسن الحظ هناك عدد من المصادر الأخرى المتوفرة لمساعدة الممارسين ومنها على وجه الخصوص عدة مواقع على الإنترنت تضم فهرساً للقواعد الإرشادية للممارسة السريرية. ويمكن الحصول على النصوص الكاملة أو ملخصات للقواعد الإرشادية من بعض المواقع (انظر المربع رقم ٩-١ لمعرفة بعض المواقع المتوفرة حالياً والتي هي في نظرنا مفيدة). ومن المحتمل أن تصبح مثل هذه المواقع أفضل مصدر لتعيين القواعد الإرشادية في المستقبل. وتوجد إستراتيجية أخرى يمكن للممارسين العامين تبنيها وهي إقامة مكتبة تضم القواعد الإرشادية للممارسة السريرية الصحية السليمة وذلك عن طريق تقييم أية قواعد تُرسل إليهم.

مربع ٩-٩. المصادر الإلكترونية للقواعد الإرشادية

- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - المجلس الوطني الأسترالي للصحة والبحوث الطبية - النصوص الكاملة للقواعد الإرشادية ومصادر أخرى
(www.health.gov.au/nhmrc/publicat/cp-home.htm)
- Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase - قاعدة بيانات الجمعية الطبية الكندية الخاصة بالقواعد الإرشادية للممارسة السريرية - فهرس الدلائل الإرشادية للممارسة السريرية ويضم نصوصاً كاملة يمكن إزالتها أو ملخصات لمعظم القواعد الإرشادية -
(www.cma.ca/cpgs/index.html)
- National Institute for Clinical Excellence - المعهد الوطني للتميز الإكلينيكي - النصوص الكاملة للقواعد الإرشادية ومصادر أخرى (www.nice.org.uk)
- New Zealand Guidelines Group - المجموعة النيوزلندية للقواعد الإرشادية - النصوص الكاملة للقواعد الإرشادية ومصادر أخرى (www.nzgg.org.nz/library.htm)
- Scottish Intercollegiate Clearing House - الشبكة المشتركة بين الكليات الاسكتلندية للقواعد الإرشادية - النصوص الكاملة للقواعد الإرشادية ومصادر أخرى
(www.show.scot.nhs.uk/sign/graphic.htm)
- US National Guidelines Clearing House - المركز الوطني في الولايات المتحدة لتبادل القواعد الإرشادية - فهرس القواعد الإرشادية السريرية شاملاً لسوزن منظم لطرق الإعداد والتوصيات الأساسية
(www.guideline.gov/index.asp)
- (ملحوظة: العناوين الإلكترونية المبينة أعلاه صحيحة في تاريخ كتابة هذا الفصل وهي قابلة للتغيير بمرور الزمن).

تقييم القواعد الإرشادية للممارسة

قد يكون هناك الكثير من التحيز الطبيعي عند وضع القواعد الإرشادية والذي يجب التخلص منه للتأكد من صحة القواعد الإرشادية الناتجة. وعندما يعين الممارس العام قاعدة إرشادية ذات صلة بعمله فمن المهم أن يقوم بتقييم مدى صحتها قبل أن يقرر أن يتبنى توصيات هذه القاعدة،^(٤٥) وإذا قام الممارسون العامون بتبني توصيات

غير صحيحة فقد يؤدي ذلك إلى ضياع استخدام الموارد في تدخلات غير مجدية بل وإلحاق الأذى والضرر بالمرضى.

وقد اقترح البعض عدداً من قوائم المراجعة لتقييم القواعد الإرشادية. فقد اقترح فيلد ولوهر^(١٤) Field and Lohr أداة مبدئية لتقييم القواعد الإرشادية السريرية، إلا أن كلوزو Cluzeau وزملاءه وجدوا صعوبة في استخدامها^(١٥) ووضعوا صورة أقصر منها تستخدم حالياً في التقييم^(١٦) وكلا هاتين الأدوات ربما هما أنسب في تقييم القواعد الإرشادية على المستويين الوطني والإقليمي، إلا أنهما قد تفيدان الممارسين العاميين والمراكز الصحية في تعيين القواعد الإرشادية الخاصة بأنشطة تحسين الجودة. قد يفضل الممارسون العامون الذين يسعون إلى التعرف على قواعد إرشادية صحيحة تصلح لأغراضهم أسلوباً في التقييم يكون أقصر وأسهل من الناحية العملية. ونقترح ألا يهتم الممارسون العامون بالقواعد الإرشادية التي لا تورد بوضوح منهجية الإعداد وذلك بإدراج قسم خاص بطريقة الإعداد ضمن القاعدة الإرشادية أو المقالات المساندة (انظر إيكلز Eccles وزملاءه،^(١٧) للاطلاع على مثال لذلك). ورغم أن استخدام ذلك كأداة لغربلة القواعد الإرشادية سيؤدي إلى استبعاد معظم القواعد القائمة والمنتشرة حالياً بالمملكة المتحدة، فإننا نرى أنه بدون هذه المعلومات يصبح من المستحيل تقييم صحة القواعد الإرشادية وبالتالي يصعب أن نشق في توصيات دليل ما.

ويوجد بسلسلة (إرشادات لمستخدمي المراجع الطبية) ثلاثة مقالات عن تقييم القواعد الإرشادية السريرية واستخدامها^(١٥،١٦) وتقدم المقالات سلسلة من الأدلة أو الأسئلة الأولية والثانوية التي تساعد الممارسين على تقييم قاعدة إرشادية (مرجع رقم ٩-٢). والأسئلة الأولية هي بمثابة أداة غربلة تساعد على تقرير ما إذا كان على الممارسين أن يضعوا التوصيات موضع الاعتبار. ويجب على الممارسين العاميين أن

يستعينوا بقدرتهم على إصدار الأحكام التقديرية في المجال السريري وذلك لتقييم ما إذا كانت كل خيارات الممارسة المناسبة والنتائج الهامة قد أخذت في الحسبان. كما يجب أن ينظر الممارسون العامون بعد ذلك في الطرق المستخدمة في وضع القواعد الإرشادية مع الاهتمام بصفة خاصة بالطرق المتبعة للتعرف على الأدلة واختيارها والربط فيما بينها. ومن المحتمل جداً أن تكون القواعد الإرشادية صحيحة إذا كان الذين قاموا بصياغتها استعانوا بمراجعة منهجية منتظمة لتحديد الأدلة ذات الصلة. أما إذا لم يشيروا بوضوح إلى أساليب البحث التي استعانوا بها فسيصعب أن نقيم ما إذا كانوا قد تعرفوا على كافة الأدلة وثيقة الصلة. وإذا كان الذين قاموا بصياغة القواعد الإرشادية قد أشاروا إلى طرق البحث التي استخدموها فعلى الممارسين العامين أن يروا ما إذا كان البحث شاملاً أم هناك ثغرات كبيرة فيه قد تؤدي إلى توصيات خاطئة. وإذا لم يقتنع الممارسون العامون بأنه قد أجريت مراجعة شاملة ومنهجية أثناء إعداد القاعدة الإرشادية وصياغتها فعليهم أن لا يهتموا بتلك القاعدة أكثر من ذلك.

مربع رقم ٩-٢ أسئلة إرشادية خاصة بتقييم القواعد الإرشادية. مقبس عن هوارد وزملائه (Hayward et al)^(١٤)

أسئلة أولية:

- هل جميع الخيارات والنتائج الهامة المذكورة بوضوح؟
- هل استخدمت طريقة واضحة ومعقولة لتحديد الأدلة واختيارها وربطها مع بعضها البعض؟

أسئلة ثانوية:

- هل استخدمت طريقة واضحة ومعقولة لبحث القيمة النسبية للنتائج المختلفة؟
- هل من المحتمل أن تعكس القاعدة أحدث التطورات الهامة؟
- هل خضعت القاعدة لمراجعة الزملاء وفحصهم؟

وبالإضافة إلى الأسئلة الواردة في (إرشادات لمستخدمي المراجع الطبية) نود أن نضيف

سؤالين آخرين يجب أن يهتم الممارسون العامون بهما عند تقييم القواعد الإرشادية.

السؤال الأول: هل كانت المجموعة التي قامت بصياغة القواعد الإرشادية

تضم كافة التخصصات مع تمثيل كاف لأطباء الرعاية الأولية؟ وذلك لأن توصيات

القواعد الإرشادية تتأثر بمعلومات أعضاء المجموعة التي قامت بإعدادها وقيمتهم.^(١٤) ولذلك فمن المنطقي أن نتوقع أن يكون هناك تمثيل كاف لاختصاصيي الرعاية الصحية الأولية للمشاركة في وضع القواعد الإرشادية الخاصة بهم. السؤال الثاني: هل تظهر القواعد الإرشادية صلة واضحة بين التوصيات والأدلة المساندة لها؟ تتباين قوة الأدلة المدعمة للتوصيات في معظم القواعد الإرشادية، فبعض التوصيات تستند إلى أدلة قوية وثابتة مستمدة من دراسات دقيقة وصارمة، في حين يعتمد البعض الآخر على آراء الخبراء وحسب. ومن المهم أن يكون المستخدم النهائي للقاعدة الإرشادية على علم بمدى قوة الأدلة المستندة إليها لأن ذلك سيؤثر فيما إذا كان سيقدر أن يأخذ بتوصية ما أو يجمع عنها (على سبيل المثال يجب أن يكون لديه أسباب قوية تجعله يمتنع عن اتباع توصية قائمة على دليل تم التوصل إليه بطريقة دقيقة). والاستعانة بالصلات الواضحة بين الدليل والتوصية تجعل عملية اشتقاق التوصية أوضح بالنسبة للمستخدم النهائي. وهناك عدة أنظمة أكثر تعقيداً وتطوراً متوفرة للتعبير عن قوة الدليل ودرجة التوصية (انظر المربع رقم ٩-٣ للاطلاع على مثال لذلك). ومن رأينا أن القواعد الإرشادية التي تعتمد على مثل هذا النظام يمتثل جداً أن تكون صحيحة ومفيدة للممارس العام.

مربع رقم ٩-٣. مراتب الأدلة ودرجات التوصيات الواردة في القواعد الإرشادية

مراتب الأدلة:

المرتبة - وصف نوع الدليل^(١٥)

- | | |
|-----|---|
| ١/أ | دليل مستقى من تحليل تلوي لتجارب معشاة. |
| ١/ب | دليل واحد على الأقل مستقى من دراسة تجريبية معشاة. |
| ١/٢ | دليل واحد على الأقل مستقى من دراسة مضبوطة بالشواهد ومصممة جيداً ولكنها غير معشاة. |
| ٢/ب | دليل واحد على الأقل مستقى من نوع آخر من دراسة تجريبية غير كاملة ولكنها مصممة جيداً. |
| ٣ | دليل مستقى من دراسة وصفية غير تجريبية ولكنها مصممة جيداً، كالدراسات المقارنة ودراسات الارتباط ودراسة الحالات. |
| ٤ | دليل صادر عن تقارير لجان خبراء وآراءه أو خيارات وتجارب سريرية لجهات محترمة. |

درجات التوصيات الواردة في القواعد الإرشادية:

الدرجة طبيعة التوصية

- أ مستندة إلى دراسات سريرية جيدة التنفيذ ومتفقة فيما بينها وتتصدى مباشرة لموضوع التوصية المحددة وتضم هذه الدراسات تجربة معاشة واحدة على الأقل.
- ب معتمدة على دراسات سريرية جيدة التنفيذ ولكن دون إجراء تجارب سريرية معاشة خاصة بموضوع التوصية.
- ج وضعت التوصية بالرغم من عدم وجود دراسات سريرية جيدة قابلة للتطبيق مباشرة.

تطبيق القواعد الإرشادية السريرية كجزء من عملية تحسين الجودة في الممارسة العامة سبق أن حددنا في مقدمة هذا الفصل ثلاثة سيناريوهات يمكن للممارسين العاميين من خلالها تطبيق القواعد الإرشادية السريرية لتحسين أسلوب ممارستهم: كمواد تعليمية لأنشطة التنمية المهنية المستمرة، وكنوع من الأدلة للإجابة على أسئلة سريرية محددة، وكأداة تتركز حولها أنشطة تحسين الجودة في مقر العمل. وتشترك السيناريوهات الثلاثة في عملية تحديد القواعد الإرشادية وتقييمها. ولكننا في هذا الجزء سنتناول العمليات الخاصة بتطبيق القواعد الإرشادية للممارسة السريرية في إطار عملية تحسين الجودة في الممارسة العامة. وهذا في مفهومنا وتصورنا عبارة عن سلسلة خطوات تبدأ من تحديد القواعد الإرشادية ذات الصلة مروراً بعملية التطوير المحلي ووصولاً إلى تنفيذ القواعد الإرشادية للممارسة ومتابعتها ورصد ذلك. ورغم أننا قد وصفنا هذه الخطوات بعبارات عامة فإنها تستوجب أن يتم تطبيقها ضمن أنظمة محددة للرعاية الصحية. لذا فربما لا يزال المركز الصحي بالنسبة لبعض الموضوعات، هو "الوحدة" الملائمة لتطبيق أنشطة كهذه في المملكة المتحدة. إلا أنه في جو من التغير في السياسة الصحية وحيث أن الموضوعات السريرية هي محور بعض المبادرات مثل "آطر الخدمة الوطنية" للخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة، يصبح من المحتمل بشكل أكبر أن تدار أنشطة تحسين الجودة بالاشتراك بين المراكز الصحية وكذلك داخل كل منها. وتسهل بعض الهيئات مثل مجموعات الرعاية الأولية وأمانات الرعاية الأولية حدوث تطورات كهذه. وحيث أن هذا قد يزيد من

حجم بعض المهام وتعقيدها إلا أن المبادئ الأساسية التي قامت عليها تبقى صحيحة.

نظام تحسين الجودة القائم على مستوى المركز الصحي

بالنسبة لمعظم الحالات السريرية في الممارسة العامة تعتمد إدارة الرعاية الصحية وتوفيرها على فريق الرعاية متعدد التخصصات. ولذلك فمن المهم أن يتم التخطيط لتطبيق القواعد الإرشادية وأنشطة وأعمال تحسين الجودة من منظور متعدد التخصصات. ونحن نرى أن الأطباء والعاملين في المراكز المختلفة والذين يرغبون في تطبيق القواعد الإرشادية في إطار عملية تحسين الجودة يجب أن يضعوا آلية للتنسيق لتلك الأنشطة. ومن المتوقع أن يستلزم ذلك قيام مجموعة للتنسيق تمثل فيها كافة التخصصات بحيث تعبر عن آراء جميع الأطراف الرئيسة المعنية وكذلك للاستفادة من مختلف المهارات المتوفرة في المركز. وعلى سبيل المثال، قد تشمل هذه المجموعة على الإداريين والأطباء والمرضات. وبحسب الموضوع المحدد فقد تتألف هذه المجموعة من العاملين في مركز واحد فقط أو قد تشكل وتؤدي دورها من خلال مجموعة من المراكز.

ويمكن أن يعهد إلى المجموعة بمسئولية وضع أولويات للموضوعات والتفاوض بشأن تخصيص الموارد لدعم أنشطة تحسين الجودة. لا يستطيع المركز الصحي الواحد إلا أن يتعامل مع عدد محدود من الأنشطة الخاصة بتنفيذ القواعد الإرشادية في أي وقت كان. ولذلك يجب أن يقوم الأطباء بوضع أولويات للموضوعات الخاصة بتحسين الجودة وفقاً للمشكلات المتوقعة. ويصفة عامة يجب أن يركز الأطباء على بعض المشكلات: تلك التي تتسم بارتفاع معدل المراضة أو الإعاقة أو الوفيات، والحالات المتوفرة لها وسائل علاج فعالة، والحالات التي يرى الناس أن الأطباء لا

يحققون فيها المستوى الأمثل من العلاج ، والحالات المتوفرة بها قواعد دقيقة وصارمة يمكن تطويعها والاقتباس منها. كما يمكن أن يولي الأطباء أولوية لمجالات الممارسة السريرية التي يشملها برنامج تحسين الجودة القائم على مستوى المنطقة بأكملها (والمنسقة من قبل هياكل التفتيش بالمنطقة على سبيل المثال) بحيث تكون المواد المساعدة قد تم توفيرها من قبل.

ولأنشطة تحسين الجودة التي تنطوي على تنفيذ القواعد الإرشادية تكلفة مادية وبشرية. ومثال ذلك أن معظم أعمال التنفيذ تضم موارد مرتبطة بوقت الموظفين وذلك لإشراكهم في اقتباس القواعد وتنفيذها، كما أنها مرتبطة بتكاليف تنفيذ الاستراتيجيات وتكاليف الموظفين المشاركين في مراقبة التنفيذ وفي بعض الحالات قد يكون لتنفيذ القواعد الإرشادية دلالات هامة من حيث الموارد. فعلى سبيل المثال عند النظر في تطبيق القواعد الخاصة بارتفاع ضغط الدم قد يقرر الأطباء إنشاء عيادة تشرف عليها ممرضة للمراقبة المعتادة للمرضى ، وهذا يقتضي أن يبحث الأطباء عن موارد جديدة لزيادة الوقت المخصص للمريض أو لإعادة تخصيص الموارد المتوفرة. وقد يتطلب الأمر أن يحدد فريق التنسيق ما تعنيه الموارد المحتملة ضمناً من حيث تنفيذ القواعد الإرشادية وأن يتفاوضوا بشأن الموارد داخل المركز.

تطويع القواعد الإرشادية الصحيحة واقتباسها

قلة فقط من الأطباء هم الذين تتوفر لديهم الموارد أو المهارات اللازمة لوضع قواعد إرشادية خاصة بهم تكون صحيحة ومستندة إلى أدلة علمية ، ولذلك نقترح أن يتبنى الأطباء قاعدة إرشادية دقيقة وصارمة موجودة بالفعل بدلاً من وضع قواعد إرشادية من جديد.^(٧) وقد سبق أن ناقشنا عملية تحديد القواعد الإرشادية وتقييمها ، ولذلك فإننا في هذا الجزء سنتناول عملية تطويع القواعد واقتباسها وتطبيقها في

الممارسة، وبصورة عامة فإننا في ذلك سنتبع نفس المبادئ المستخدمة للرفع من احتمال صياغة القواعد الإرشادية على نحو سليم.^(٤) ويجب أن يتكون فريق الاقتباس من كافة الأطراف الرئيسة والفاعلة من داخل (وخارج) المهنة، كما يجب أن يكون من بين الأعضاء مختلف الأفراد اللازمين لإنجاز عملية تنفيذ القواعد ومراقبتها. كما يجب أن تتأكد المجموعة التي تتولى هذه العملية أن أعضاءها يستطيعون القيام فيما بينهم بكافة الأدوار اللازمة: دورهم كاختصاصيين، وقيادة المجموعة، والمساعدة الإدارية. والعاملون في المهنة قد يستطيعون أداء بعض هذه الأدوار إلا أنه قد يتطلب الأمر الاستعانة ببعض المستشارين الخارجيين. فلو كان أحد الأطباء يحاول اقتباس قاعدة لعلاج الخرف dementia فقد يحتاج إلى مشورة متخصصة من طبيب نفسي متخصص في علاج المسنين.

ويوجد عاملان رئيسان يؤثران في كيفية اقتباس قاعدة إرشادية بواسطة مجموعة محلية، وهما: قوة التوصية في القاعدة، والظروف المحلية. ونظراً لوجود عنصر ذاتي في تفسير الأدلة لدى اشتقاق التوصيات، يظل هناك دائماً احتمال أن تقوم مجموعة الاقتباس المحلية بإعادة تفسير الأدلة واشتقاق توصيات مختلفة. ويجب أن يعتمد القرار الخاص باشتقاق توصيات مختلفة من عدمه على طبيعة الأدلة المساندة إلى حد كبير. ويجب أن تتوخى مجموعات الاقتباس المحلية الحذر إذا ما قررت تغيير توصيات مستندة إلى أدلة قوية ولكن لها قدر أكبر من الحرية في تغيير توصيات تستند إلى أدلة ضعيفة. وإذا تقرر تغيير توصيات تستند إلى أدلة قوية يجب إيضاح أسباب ذلك.

وقد تؤثر الظروف المحلية في مدى قابلية توصية ما للتطبيق أو كيفية تحقيقها. وكمثال على ذلك، نجد أن القاعدة الخاصة بالذبحة الصدرية المستقرة stable angina

في شمال إنجلترا والمستندة إلى أدلة علمية توصي بإجراء اختبار تحمل الجهد exercise tolerance test لجميع المرضى، وهي توصية مبنية على أدلة قوية، إلا أن ذلك قد لا يتحقق إذا كان الأطباء يعملون في منطقة لا تتوفر في المستشفى الموجود بها إمكانية إجراء مثل هذا الاختبار.

تطبيق القواعد الإرشادية الخاصة بالمركز الصحي

هناك عدة عقبات تحول دون تطبيق القواعد الإرشادية الخاصة بالمركز على المستوى الجماعي أو الفردي (انظر لوماس^(١٩) Lomass لمزيد من المناقشة حول هذا الموضوع وارجع كذلك للفصلين الثامن والثاني عشر). ونتيجة لذلك فإن وضع قواعد إرشادية خاصة بالمركز عادة لا يكفي في حد ذاته لضمان تنفيذ التوصيات الخاصة بهذه القواعد.

ويجب أن تحاول مجموعة التنسيق الطبية تحديد معوقات التنفيذ أثناء عملية صياغة القواعد الإرشادية الخاصة بالمركز. وقد تظهر معوقات في الحالات التالية: إذا لم يتوفر للمركز فرصة للحصول على مورد خارجي (إذا كان من الصعب التوصل إلى إجراء اختبار تمارين الجهد مثلاً في حالة تطبيق القاعدة الخاصة بالذبح الصدرية)، أو إذا لم يتوفر لدى الطبيب الأنظمة الداخلية الضرورية (كسجل للداء مثلاً عند الشروع في تطبيق القواعد الإرشادية الخاصة بالمركز للاستمرار في متابعة مرضى ارتفاع ضغط الدم)، أو إذا كان الأطباء المشاركون في علاج الحالة لا يعرفون شيئاً عن التغييرات المطلوبة (كعدم حرص الأطباء مثلاً على متابعة أحدث نتائج البحوث)، أو إذا لم يدرك الأطباء أن أداءهم دون المستوى المرغوب، أو إذا كانت الثقافة السائدة لدى الأطباء وأساليبهم في العلاج تتعارض مع التغييرات

المنشودة، أو إذا وجد الأطباء صعوبة في التعامل مع المعلومات أثناء الاستشارة، الأمر الذي يؤدي إلى التفاوضي عن أنشطة مهمة (انظر ماكدونالد McDonald^(٢٠) للمزيد من المناقشة حول هذا الموضوع). وكثيراً ما تكون هناك أكثر من عقبة تعمل على مختلف المستويات.

ويتعين على فريق التنسيق الطبي أن يحدد العقبات التي يرى أنها الأكثر أهمية وكذا الاستراتيجيات الكفيلة بتذليلها. وقد يشمل ذلك التفاوض مع جهات خارجية (كقيام الأطباء مثلاً ببحث إمكانية تقديم خدمة مفتوحة لاختبار تحمل الجهد لدى تطبيق القواعد الخاصة بالذبح الصدرية)، كما يشمل ذلك إعادة تنظيم الأنشطة الداخلية (كإنشاء سجل لمرضى ارتفاع ضغط الدم)، وكذلك استهداف إستراتيجيات تغيير السلوك المهني للتصدي للمعوقات على المستوى الفردي للأطباء والاختصاصيين الصحيين داخل المركز. وهناك عدة استراتيجيات تنفيذ يمكن استخدامها للتأكد من أن الأطباء يطبقون قاعدة ما^(٢١) (مربع رقم ٩-٤، وراجع أيضاً مربع رقم ٨-٣). وينظر عامة إلى المراجعات المنهجية لإستراتيجيات تغيير السلوك المهني نرى أن معظم المراجعات رصدت تحسينات بسيطة أو متواضعة في عمليات الرعاية. وقد توصل المؤلفون الذين كتبوا هذه المراجعات إلى نتيجة مفادها أن الإستراتيجيات المحددة لتنفيذ التوصيات المبنية على نتائج البحوث تعتبر ضرورية لضمان تغيير الممارسة وأن الدراسات القائمة تشير إلى أن الجهود الأكثر كثيفاً لتغيير أسلوب الممارسة تعتبر أكثر نجاحاً بشكل عام.^(٢٢) ويمكن القول بصورة عامة أن اختيار الإستراتيجية يجب أن يعكس المعوقات المنظورة والموارد المتاحة للتنفيذ وسهولة إدخال إستراتيجية التنفيذ في الممارسة المهنية. كما يمكن أن تفيد الأساليب التعليمية (كالحلقات النقاشية وورش العمل) إذا كانت المعوقات تتمثل في نقص معلومات الأطباء. وقد يفيد التدقيق والملاحظات

والتعليقات إذا كان الأطباء غير مدركين لأسلوب الممارسة الذي هو دون المستوى المنشود. وأما أساليب التأثير الاجتماعي (عمليات الإجماع المحلي والمراكز التعليمية الخارجية وقادة الرأي والتسويق.. الخ) فقد تفيد إذا كانت المعوقات تتعلق بالثقافة السائدة في أوساط الأطباء والاختصاصيين الصحيين وأساليبهم المعتادة في الممارسة (انظر ميتمان^(٢٣) Mittman وزملائه للمزيد من المناقشة). وقد تفيد الوسائل التذكيرية والتدخلات المتفق عليها مع المرضى إذا واجه الأطباء مشكلات في معالجة المعلومات واستيعابها أثناء الاستشارة مع المرضى. ونظراً لوجود عوائق كثيرة أمام التنفيذ فليس من المستغرب أن تكون التدخلات متعددة الجوانب أكثر فعالية من التدخلات ذات الجانب الواحد.^(٢٤،٢٥) (راجع الفصل الثامن لمزيد من النقاش حول الحاجة إلى مواءمة استراتيجيات التنفيذ للتصدي للمعوقات المحددة).

مربع رقم ٩-٤. التدخلات التي تعزز تغيير السلوك المهني والتي يمكن استخدامها لتطبيق نتائج البحوث، مأخوذة عن بيرو وزملائه. Bero et al. (٢١)

المواد التعليمية - توزيع التوصيات المنشورة أو المطبوعة والخاصة بالرعاية السريرية، ويشمل ذلك القواعد الإرشادية للممارسة السريرية، والمواد المرئية والسمعية والمواد الإلكترونية. وقد يتم إيصال هذه المواد بشكل شخصي (مناولة) أو من خلال البريد الشخصي أو الجماعي.

المؤتمرات - مشاركة مقدمي الرعاية الصحية في المؤتمرات، المحاضرات، وورش العمل والتدريب. الإجماع والعرف المحلي - إدخال المشاركين في تقديم الرعاية في النقاش للتأكد من موافقتهم على أن المشكلة السريرية التي يتم اختيارها مهمة وأن الأسلوب المتخذ لمعالجة هذه المشكلة (أي القاعدة الإرشادية للممارسة السريرية أو تحديد ماهية الرعاية الكافية) مناسب. وقد يتعرض الإجماع والعرف المحلي إلى تصميم تدخل ما لتحسين الأداء.

الزيارات الخارجية التعليمية - استخدام شخص مدرب يقوم بمقابلة مقدمي الرعاية الصحية في الأماكن التي يعملون بها لتزويدهم بالمعلومات بهدف تغيير أدائهم. وقد تشمل المعلومات المعطاة لمقدمي الرعاية الصحية على التعليقات والملاحظات حول أدائهم.

قادة الرأي المحليين - استخدام مقدمي الرعاية الصحية الذين تم ترشيحهم من قبل زملائهم لكونهم "مؤثرين من الناحية التعليمية". وعلى الباحثين أن يذكروا بوضوح أن قادة الرأي قد تم تحديدهم من قبل زملائهم.

التدخلات المتفق عليها مع المرضى - أي تدخل يهدف إلى تغيير أداء مقدمي الرعاية الصحية حيث يتم الحصول على المعلومات المحددة من المرضى أو يتم تزويد المرضى بها، على سبيل المثال، المراسلات المباشرة للمرضى، إرشادهم ومشاورتهم وتبادل الرأي معهم من قبل شخص ما خارج دائرة مقدمي الرعاية الصحية المستهدفين، المعلومات السريرية المجموعة من المرضى بواسطة آخرين وإعطائها لمقدمي الرعاية الصحية، المواد التثقيفية المعطاة للمرضى أو المتوفرة في غرف الانتظار.

التدقيق والتعليقات والملاحظات - أي ملخص الأداء السريري خلال فترة زمنية معينة. وقد تشمل المعلومات الملخصة على متوسط عدد الفحوصات التشخيصية المطلوبة، متوسط التكلفة لكل فحص أو لكل مريض، متوسط عدد الوصفات المكتوبة، نسبة المرات التي تم اتخاذ إجراء يتعلق بالممارسة، الخ. ولا بد أن يحتوي الملخص على توصيات للرعاية السريرية، وقد يتم تقديم هذه المعلومات على نحو مكتوب أو شفهيًا.

الوسائل التذكيرية (اليدوية أو بواسطة الكمبيوتر) - أي تدخل يهدف لتقديم الرعاية الصحية على القيام بإجراء سريري خاص بالمرضى.

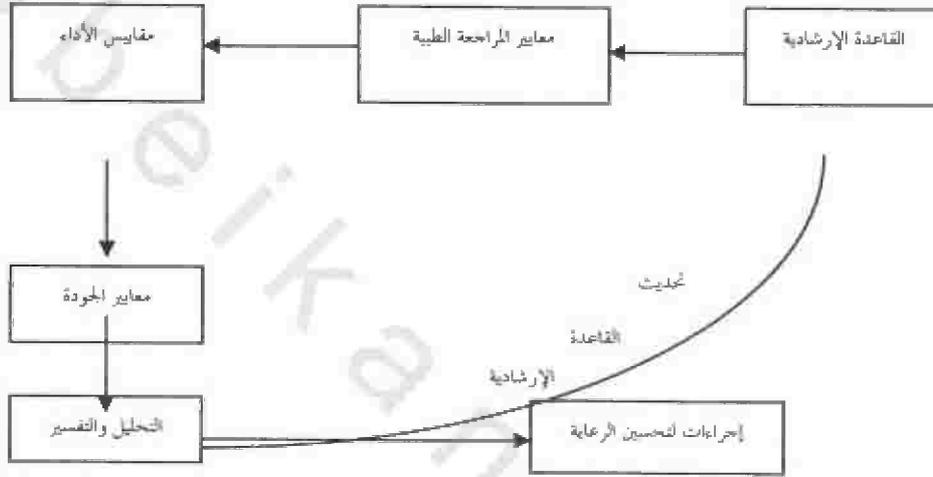
التسويق - استخدام المقابلات الشخصية، المناقشات الجماعية ("مجموعات التركيز") أو مسح لمقدمي الرعاية الصحية المستهدفين لتحديد معوقات التغيير وما يستتبع ذلك من تصميم لتدخل يتصدى لهذه المعوقات. التدخلات متعددة الجوانب - أي تدخل يشمل اثنان أو أكثر من التدخلات المذكورة أعلاه.

تقييم تطبيق القواعد الإرشادية

بعد أن يقوم الأطباء والعاملون في المركز الصحي بإعداد قاعدة إرشادية خاصة بالمركز ثم تطبيقها فقد يرغبون في تقييم ذلك التطبيق لمعرفة ما إذا كانت تلك العملية قد أدت إلى تحسن في نوعية الرعاية وجودتها أم لا. ويحتوي الفصل السابع على مناقشة مستفيضة للطرق المستخدمة في تقييم استعمال الأدلة. وتشمل المقومات الأساسية وضع معايير للمراجعة (وهي "عبارات أو تصريحات أو أقوال تمت صياغتها بصورة منهجية ويمكن استخدامها لتقييم قرارات وخدمات ونتائج معينة تتعلق بالرعاية الصحية"^(٢١))، ومقاييس للأداء (وهي "طرق أو أدوات لتقدير أو رصد مدى اتفاق تصرفات الأطباء أو الجهات التي توفر الرعاية الصحية مع القواعد الإرشادية للممارسة السريرية"^(٢٢))، ومعايير للرعاية. ويبين الشكل رقم ٩-١ العلاقة بين هذه العناصر المختلفة: والقواعد الإرشادية (وهي التي تحكم ما سيقدم من رعاية) هي مصدر معايير المراجعة (التي تقييم ما سبق تقديمه من رعاية)، ومقاييس الأداء هي الآلية التي يجري بواسطتها تقييم الرعاية، وأما معايير الأداء فهي مستويات الإنجاز والنجاح ذات الصلة. ويمكن إجراء ذلك كله ضمن العملية الدورية لتحسين الجودة في المركز الصحي.

ويخصص المربع رقم ٩-٥، الصفات المستحبة في معايير المراجعة، وفي المربع رقم ٩-٦، مثال لكيفية اشتقاق تلك المعايير واستخدامها بناءً على توصية في شمال إنجلترا بشأن القاعدة الإرشادية الخاصة بالذبح الصدرية المستقرة والمركزة على الأدلة العلمية.^(١٨)

ولكن ليست جميع التوصيات الواردة في إطار قاعدة إرشادية ما صالحة لأن تكون معايير مراجعة طبية جيدة. وقد نجح هادورن Hadorn وزملاءه^(٢٧) في اشتقاق ثمانية معايير مراجعة فقط من قاعدة إرشادية تحتوي على ٣٤ توصية.



الشكل رقم ٩-١. اشتقاق معايير المراجعة من القواعد الإرشادية مقتبس عن جهاز سياسة الرعاية الصحية والبحوث (AHCPR)^(٢٨)

مربع رقم ٩-٥. الصفات المستحبة في معايير المراجعة: مقتبس عن جهاز سياسة الرعاية الصحية والبحوث (AHCPR)^(٢٩)

- حساس - إذا كان المعيار يصنف نسبة عالية من النتائج على أنها متوافقة وهي بالفعل متوافقة.
- نوعي - إذا كان المعيار يصنف نسبة عالية من النتائج على أنها غير متوافقة وهي بالفعل ليست متوافقة.
- متجاوب مع المريض - يهتم إلى حد ما بتلبية رغبات المريض.
- سهل القراءة - مصاغ بعبارات وتراكيب يسهل على المراجعين من غير الأطباء فهمها.
- غير متفر (قدر الإمكان) - تقلل المعايير وخطوات تطبيقها، إلى أدنى حد ممكن، من الاتصال المباشر غير الملائم مع الطبيب المعالج ومع المريض ومن تشكيل عبء عليهما.
- سهل الحصول عليه - يمكن الحصول على المعلومات بسهولة من الجهات المعنية والمرضى والسجلات.
- متوافق مع الكمبيوتر - يسهل تحويله إلى بروتوكولات (قواعد) في الكمبيوتر.
- معايير الاعتراض - يهتم بشكل واضح بالتعامل مع الاعتراضات ضد القرارات الضارة.

مربع رقم ٩-٦. اشتقاق معايير المراجعة ومقاييس الأداء ومعايير الرعاية من قاعدة إرشادية مبنية على أدلة استناداً إلى مجموعة إعداد قاعدة إرشادية للذبحة المستقرة بشمال إنجلترا^(١٨)

الجزء المعني من القاعدة الإرشادية

العلاج الوقائي الثانوي

التوصية: يجب معالجة جميع المرضى بالأسبرين جرعة يومية ٧٥ ملجم (توصية من الدرجة أ)*.

التصريح: تعاطي المرضى الأكثر عرضة للخطر للأسبرين يقلل من خطر حدوث مضاعفات لاحقة في الأوعية الدموية (لدليل من المرتبة الأولى)*.

لقد برهن التحليل التلوي لمضادات الصفائح والذي نشره المجرمون المتعاونون عام ١٩٩٤م، على أن المصابين بالذبحة الصدرية يتصفون من تناولهم للأسبرين. وقد قاموا بتحليل بيانات حوالي عشرين ألف مريض يشكون من حالة مشتبه فيها أو مؤكدة لاحتشاء عضلة القلب في تسع تجارب (١٧٢٠٠ مريض في تجربة ISIS2)، وكانت نسبة احتشاء عضلة القلب والسكتة الدماغية والوفاة نتيجة انسداد الأوعية في المجموعة التي عولجت بمضادات الصفائح ٩٣٨٨/٩٩٢ (١٠.٦٪) مقارنة بـ ٩٣٨٥/١٣٤٨ (١٤.٤٪) في مجموعة الغفل، أي انخفاض ٢٩٪ في الأرجحية (٤٪ انحراف معياري). وقد أدى هذا إلى تقليل احتمال حدوث مضاعفات لاحقة في الأوعية الدموية بمقدار ٣٨/١٠٠٠. وكانت هناك صورة مشابهة في المجموعات الثلاث الأخرى الأكثر عرضة للخطر وهي: من سبق لهم التعرض لحالة احتشاء عضلة القلب؛ ومن سبق لهم التعرض لسكتة دماغية أو ثنويات افطار عابرة؛ والمجموعات الأخرى الأكثر عرضة للخطر (ذبحة صدرية غير مستقرة، ذبحة صدرية مستقرة وعملية ترقيع الشريان التاجي مجازة (CABG)).

التوصية: يجب معالجة جميع المرضى بالأسبرين جرعة يومية ٧٥ ملجم.

معايير المراجعة: تم علاج المريض بجرعة يومية ٧٥ ملجم من الأسبرين.

مقاييس الأداء: عدد الحالات التي تم علاجها / عدد الحالات التي يحق لها العلاج.

معايير الرعاية: معدل أداء قدره ٨٠٪ أو أقل من ذلك يجعل من الضروري مراجعة وصف علاج وقائي ثانوي.

* مربع رقم ٩-٣ درجات التوصيات المدرجة في القواعد الإرشادية.

** مربع رقم ٩-٣ مراتب الأدلة.

الخاتمة

لقد اقترحنا إطاراً نظرياً يمكن للمراكز الصحية من خلاله التعرف على القواعد الإرشادية لتحسين نوعية الرعاية التي تقدم للمرضى ومن ثم تقييم هذا القواعد واستخدامها. ويمكن تطبيق القواعد الإرشادية في مجال التعليم المهني المستمر وللإجابة على أسئلة تظهر أثناء الاتصالات المعتادة مع المرضى، كما ركزنا على كيفية استخدام العاملين في المركز لقاعدة إرشادية ما في إطار نظام تحسين الجودة. وبصفة عامة، قد لا يتوفر لمركز صحي بمفرده المهارات والموارد اللازمة لوضع قاعدة إرشادية تركز على الأدلة مرة أخرى. وبدلاً من ذلك فإننا نرى أن يحدد الأطباء قاعدة إرشادية صحيحة ويقوموا باقتباسها وتطويرها على النحو الذي يناسبهم وذلك باتباع تمرين على وضع الأولويات. وهناك جزء لا يتجزأ من هذه العملية ألا وهو تحديد العقبات المحتملة الخارجية والمتعلقة بالمركز ككل والممارسة الفردية والتي تحول دون تطبيق القواعد الإرشادية ومن ثم رسم إستراتيجيات متعددة الجوانب لتذليلها. وبعد ذلك يمكن للأطباء والعاملين في المركز اشتقاق معايير أداء لتقييم مدى فعالية أعمالهم وأنشطتهم. ومن المتوقع أن تلعب هيئات الرعاية الأولية واسعة الانتشار مثل مجموعات الرعاية الدولية وأمانات الرعاية الأولية دوراً أساسياً في دعم تطبيق القواعد الإرشادية في المراكز الصحية على نحو متزايد في المملكة المتحدة.

شكر

إن وحدة أبحاث الخدمات الصحية ممولة من قبل مكتب كبير العلماء التابع لوزارة الصحة في اسكتلندا، إلا أن الآراء الواردة بالمقال تعبر عن وجهة نظر المؤلفين وليس الجهة الممولة.

المراجع

1. Institute of Medicine. In Field MJ, Lohr KN, Eds. Guidelines for clinical practice. From development to use. Eds. Washington: National Academy Press, 1992.
2. Guyatt G, Rennie D. Users' guide to the medical literature. JAMA 1993; 270: 2096-7.
3. Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines. I. Developing scientifically valid guidelines. Quality in Health Care 1993; 2: 243-8.
4. Grimshaw JM, Eccles MP, Russell IT. Developing clinically valid guidelines. J Eval Clin Pract 1995; 1: 37-48.
5. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw JM. Appraising clinical guidelines- towards a "Which?" guide for purchasers. Quality in Health Care 1994; 3: 121-2.
6. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1996.
7. Royal College of General Practitioners. The development and implementation of clinical guidelines: report of the Clinical Guidelines Working Group. Report from General Practice No. 26. London: Royal College of General Practitioners, 1996.
8. Ovid Technologies. Ovid for Windows version 3.0. Ovid Technologies, 1996.
9. Field MS, Lohr KN. Appendix B. a provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In institute of medicine, Ed. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington: National Academy Press, 1992.
10. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw JM, Hopkins A. Appraising clinical guidelines and development of criteria: a pilot study. J Interprofessional Care 1995; 9: 227-35.
11. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw JM, Feder G, for Royal College of General Practitioners. Draft appraisal instrument for clinical guidelines (Appendix 1). In: The development and implementation of clinical guidelines report of the Clinical Guidelines Working Group. Report from General Practice No. 26. London: Royal College of General Practitioners, 1996.
12. Eccles MP, Clapp Z, Grimshaw JM, et al. North of England evidence based guideline development project methods of guideline development. BMJ 1996; 312: 760-1.
13. Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' guide to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A: Are the recommendations valid? JAMA 1995; 274: 570-4.
14. Wilson MC, Hayward RSA, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' guide to the medical literature. VII. How to use clinical practice guidelines. B: What are the recommendations and will they help you in caring for your patients? JAMA 1995; 274: 1630-2.
15. Baratt A, Irwig L, Glasziou P, et al. User's guides to the medical literature: XVII. How to use guidelines and recommendations about screening. Evidence based medicine working group. JAMA 1999; 281: 2029-34.
16. Eccles MP, Clapp Z, Grimshaw JM, et al. developing valid guidelines: methodological and procedural issues from the North of England Evidence Based Guideline Development Project. Quality in Health Care 1996; 5: 44-50.
17. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research Publications, 1992. (AHCPR Pub 92-0038).
18. North of England Stable Angina Guideline Development Group. North of England evidence based guideline development project: summary version of evidence based guideline for primary care management of stable angina. BMJ 1996; 312: 827-31.

19. Lomas J. Teaching old (and not so old) does new tricks: effective ways to implement research findings. In: Dunn EV, Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ. Eds. Disseminating research/changing practice. Research methods for primary care. Vol. 6. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
20. McDonald CJ. Protocol-based computer reminders, the quality of care, and non-perfectability of man. *N Engl J Med* 1976; 295: 1351-5.
21. Bero L, Grilli R, Grimshaw JM, Mowatt G, Oxman AD, Eds. Cochrane effective professionals and organization of care group. In: Cochrane collaboration. The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: update Software, 1999.
22. NHS Centre for reviews and dissemination (1999) getting evidence into practice. *Effective health care Bull* 1999; 5: 1-16 (also available from: [w.w.york.ac.uk/inst/crd/ehc 51. pdf](http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51.pdf)).
23. Mittman BS, Tonesk X, Jacobson PD. Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behaviour change. *Qual Rev Bull* 1992; 18: 413-22.
24. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-5.
25. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *Int J Quality in Health Care* 1994; 6: 115-32.
26. Agency for Health Care Policy and Research. Using clinical guidelines to evaluate quality of care. Volume 1: Issues. US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, 1995, (AHCPR pub no. 95-0045).
27. Hadorn DC, Baker DW, Kamberg CJ, Brooks RH. Phase II of the AHCPR-sponsored heart failure guideline: translating practice recommendations into review criteria. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1996; 22: 265-6.
28. Antiplatelet Trialists' collaboration. Collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy-I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994; 308: 81-106.