



Klinikai Gyakorlati Irányelvek

- **Neil E O'Connell, PhD:** Reader, Department of Health Sciences, Centre for Health and Wellbeing across the Lifecourse, College of Health, Medicine and Life Sciences, Brunel University London, UK
- **Didier Bouhassira, MD, PhD:** Director of Research, Laboratory of Pathophysiology and Clinical Pharmacology of Pain, Inserm (U987), APHP, Paris-Saclay University, Ambroise Paré Hospital, Boulogne-Billancourt, France
- **Prof. Denise Harrison, RN, RM, PhD:** Professor, Department of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences. University of Melbourne, Australia

A klinikai gyakorlat irányelvei (CPG) definíció szerint „olyan szisztematikusan kidolgozott megállapítások, melyek egy konkrét klinikai helyzetben az orvosi és a beteggel kapcsolatos megfelelő egészségügyi ellátásra vonatkozó döntéshozatalt segítik”^[1], vagy “a betegellátás optimalizálása céljából olyan ajánlások, melyek bizonyítékokon, valamint a különböző kezelési opciókhoz kapcsolódó előnyök és kockázatok kiértékelésének szisztematikus áttekintésén alapulnak”^[2]. A klinikai gyakorlati irányelvek átfogó célja, hogy az egészségügyi és más szakemberek számára ajánlásokat tegyen arra vonatkozóan, hogy milyen ellátást nyújtsanak egy adott kórállapotban szenvedő betegek^[3]. Jelen tájékoztató a fájdalommal élő betegek kezelésére vonatkozó klinikai gyakorlati irányelvekre összpontosít.

Miért fontosak az irányelvek?

A fájdalommal élő betegek, klinikusok és a döntéshozók a lehetséges kezelési opciók rendkívül széles palettájával találkozhatnak, melyek mindegyike mellett szólnak érvek. A bizonyítékok tárháza gyorsan bővül, a bizonyítékok minősége azonban meglehetősen különböző. Ismeretes, hogy a fájdalommal élő beteg számára biztosított ellátás mennyisége, típusa és minősége nagyon különböző lehet. A CPG-k fontos eszközei a legjobb evidenciák szisztematikus felkutatásának, melyek egyértelmű ajánlásként és iránymutatásként szolgálnak a klinikai ellátásra és gondozásra vonatkozóan. Hatékony evidencia alapú intervenciók ajánlásával és a tudományos megalapozottságtól mentes intervenciók elutasításával a CPG-k célja az ellátás

minőségének optimalizálása, ezzel együtt a nem hatékony vagy nem biztonságos beavatkozásokhoz kapcsolódó veszteségek és potenciális ártalmak csökkentése^[4].

Ki fejleszt ki az irányelveket és miért fontos ez?

A CPG-ket gyakran az ország kormánya dolgozza ki bizonyos intézetek, mint például az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (NICE) az Egyesült Királyságban, vagy szakértők/érdekszervezetek támogatásával. Ilyen szervezet az Amerikai Orvostudományi Főiskola vagy az IASP Neuropátiás Fájdalom érdekcsoportja (NeupSIG). Függetlenül attól, hogy milyen típusú szervezet dolgozza ki őket, szükséges, hogy a klinikai irányelvek folyamataiban teljeskörűen képviseltessék magukat a különböző a betegellátásban részt vevő klinikai diszciplínák, valamint fokozottan szükséges olyan személyek bevonása, akik az adott betegségről valós tapasztalattal rendelkeznek. Ahol ez nem biztosított, ott fennáll annak a veszélye, hogy az irányelvek egy bizonyos szakmai csoport érdekeit tükrözik, ahelyett, hogy a legjobb klinikai gyakorlatot képviselnék, és ez esetben ezek az ajánlások nem tükrözik ténylegesen a fájdalommal élő betegek vagy azok gondozóinak szükségleteit. Szintén elengedhetetlen a teljes átláthatóság mind szakértői, mind ágazati érdekeket és kapcsolatokat is magában foglaló irányelvfejlesztő csoportban felmerülő lehetséges érdekütközések kapcsán^[5].

Hogyan kell egy irányelvet kifejleszteni, és honnan tudható, hogy az megbízható?

A CPG kidolgozásának szisztematikus és transzparens folyamatnak kell lennie. Ez az evidenciák felkutatása előtt az irányelv pontos alkalmazási körének és módszertanának meghatározását jelenti; egy megfelelő szaktudással, készségekkel és képviseléssel bíró irányelvfejlesztő csoport (bizottság) összehívását, az irányelv alkalmazási körébe tartozó kérdésekre vonatkozó szisztematikus irodalom-elmérések elvégzését és végül az evidenciák áttekintését és azok átfordítását ajánlásokká. Az irányelv alkalmazási körének meghatározásánál és a végső irányelv kidolgozásánál egy konzultációs folyamatnak kell megtörténnie valamennyi fontos érintett bevonásával, beleértve a fájdalommal élő betegeket is. A CPG-knek világosan kell kommunikálniuk az ajánlásokat és a kidolgozásuk során felhasznált evidenciák hitelességét.

A CPG-k minőségének kiértékeléséhez használható az AGREE-II eszköz [6]. Kérdéseket tesz fel az irányelv alkalmazási köréről és céljáról, az érintett csoportok részvételének minőségéről, a fejlesztési folyamat alaposágáról, az irányelv ismertetésének érthetőségéről, az alkalmazhatóságáról, a szerzői függetlenségről és a felülbírálat ütemezéséről.

Miért nem értenek egyet ugyanabban a témában a különböző irányelvek?

Számos oka van annak, amiért különböző irányelvek ugyanazon témát illetően néha ellentmondó ajánlásokat fogalmaznak meg. Ezek lehetnek az érintett populációra és a helyi körülményekre vonatkozó különbségek, a konkrét adatok és az evidenciakutatás körét illetően, vagy akár a különböző felhasznált kutatások terén is; a klinikai hatékonyság meggyőző evidenciáinak tekintetében a módszertani határookban, valamint ugyanazon evidencia más irányelv-bizottság általi értelmezésében rejlő különbségek [4,7]. Annak a valószínűsége, hogy a különböző irányelvek egymásnak ellentmondó ajánlásokat fogalmaznak meg, csökken, ahogy az evidenciák mennyisége és minősége nő/javul. Tehát az irányelvek ajánlásai közti inkonzisztencia a gyenge evidenciák figyelmeztető jele lehet [4].

Miért nem tudnak az irányelvek minden esetben változtatni a gyakorlaton?

Egy CPG publikálása nem garantálja, hogy a klinikai gyakorlat is megváltozik. Nagyon sok olyan példa van, ahol az irányelv ajánlásait nem követik széles körben [8], mert számos potenciális akadály meggátolja a gyakorlat megváltozását [9,10]. Ezek közé tartozik a klinikusok tudása és az irányelv értelmezése, a hajlandóság az ajánlások elfogadására (gyakran a mélyen gyökerező hiedelmek/hitek, klinikai tapasztalat, preferenciák és önös érdekek okán), a CPG ajánlások gyakorlatba ültetésének kivitelezhetőségével és a szervezet kultúrájával kapcsolatos helyi problémák, magához az irányelvhez való hozzáférhetőség és annak hitelessége [9-13], és az irányelv betegek számára tett ajánlásainak elfogadhatósága vagy ennek hiánya [14].

Hogyan lehetne az irányelveket a gyakorlatba ültetni, megvalósítani?

A klinikai gyakorlat megváltoztatása komplex folyamat és nem léteznek olyan erős evidenciák, melyek bármely konkrét stratégiát támogatnák [15,16]. Alapos átgondolást igényel, hogyan lehet a CPG-k ajánlásait a legjobb módon gyakorlatba ültetni. Ehhez valószínűleg szükséges a helyi klinikai körülmények és a helyi betegközösség diverzitásának alapos megértése, a gyakorlati megvalósításhoz szükséges helyi források kiértékelése, a klinikusok számára nyújtott megfelelő képzés és támogatás, a betegcsoportokkal történő partnerség és az értékelési és adaptációs folyamatok. A fájdalomkezelés területén a hatékony gyakorlatba ültetéshez még több kutatásra van sürgető szükség.

Következtetés

A CPG-k fontos eszközei a bizonyítékon alapuló gyakorlatok átadásának. Lehetőséget kínálnak arra, hogy a klinikai ellátás minőségét, konzisztenciáját és hatékonyságát javíthassuk, a betegeknek jobb ellátást nyújthassunk, és a klinikai rendszerek hatékonyságát növelhessük. Fontos, hogy a CPG-k gyakorlatba ültetését tervező felhasználók és vezetők kritikusan viszonyuljanak az irányelvekhez, figyelembe véve, hogy ki dolgozta ki őket és hogy a kidolgozás folyamata megfelelt-e az előre meghatározott minőségügyi indikátoroknak.

Fordította: dr. Csikós Ágnes

Referenciák

1. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. Graham R, Mancher M, Miller, Wolman D. Clinical practice guidelines we can trust. Washington DC: Institute of Medicine. National Academies Press; 2011.
3. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/how-nice-clinical-guidelines-are-developed-an-overview-for-stakeholders-the-public-and-the-nhs-2549708893/chapter/nice-clinical-guidelines>. Accessed 23/11/21
4. O'Connell NE, Ward SP. Low Back Pain: What Have Clinical Guidelines Ever Done for Us? *J Orthop Sports Phys Ther* 2018;48(2):54–57. doi:10.2519/jospt.2018.0602
5. Spithoff S, Leece P, Sullivan F, Persaud N, Belesiotis P, Steiner L (2020) Drivers of the opioid crisis: An appraisal of financial conflicts of interest in clinical practice guideline panels at the peak of opioid prescribing. *PLoS ONE* 15(1): e0227045.
6. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010. doi:10.1503/cmaj.090449
7. O'Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: a critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30:968–980. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.00>
8. Foster NE, Anema JR, Cherklin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018 ;391(10137):2368–2383. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6).
9. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Clin J Pain*. 2016;32:800–816. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000324>
10. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation—a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4:36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
11. Bishop FL, Dima AL, Ngui J, et al. “Lovely pie in the sky plans”: a qualitative study of clinicians’ perspectives on guidelines for managing low back pain in primary care in England. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015;40:1842–1850. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001215>
12. Bishop PB, Wing PC. Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing worker’s compensation board patients with acute lower back pain. *Spine J*. 2003;3:442–450. [https://doi.org/10.1016/S1529-9430\(03\)00152-9](https://doi.org/10.1016/S1529-9430(03)00152-9)
13. Figg-Latham J, Rajendran D. Quiet dissent: the attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance – a qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;27:97–105. <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.10.006>
14. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: a qualitative study from the patients’ perspective. *J Eval Clin Pract*. 2017;23:165–172. <https://doi.org/10.1111/jep.12660>
15. Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:258. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1110-z>
16. Suman A, Dikkers MF, Schaafsma FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci*. 2016;11:126. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0482-7>