

The Pathway to Best Practice



David H. Keast



Heather L. Orsted

What is best practice? In 1996, Sackett¹ defined evidence-based medicine as “the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients [that] involves integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systemic research.” Kitson, Harvey and McCormack² in 1998 wrote that best practice combined the best available evidence with patient risk factors but also took into account available resources. They pointed out that for successful implementation, the evidence needed to be scientifically robust, the environment had to prepare for change and the change process had to be facilitated.

Best practice guidelines, also sometimes called clinical practice guidelines, are systematically devel-

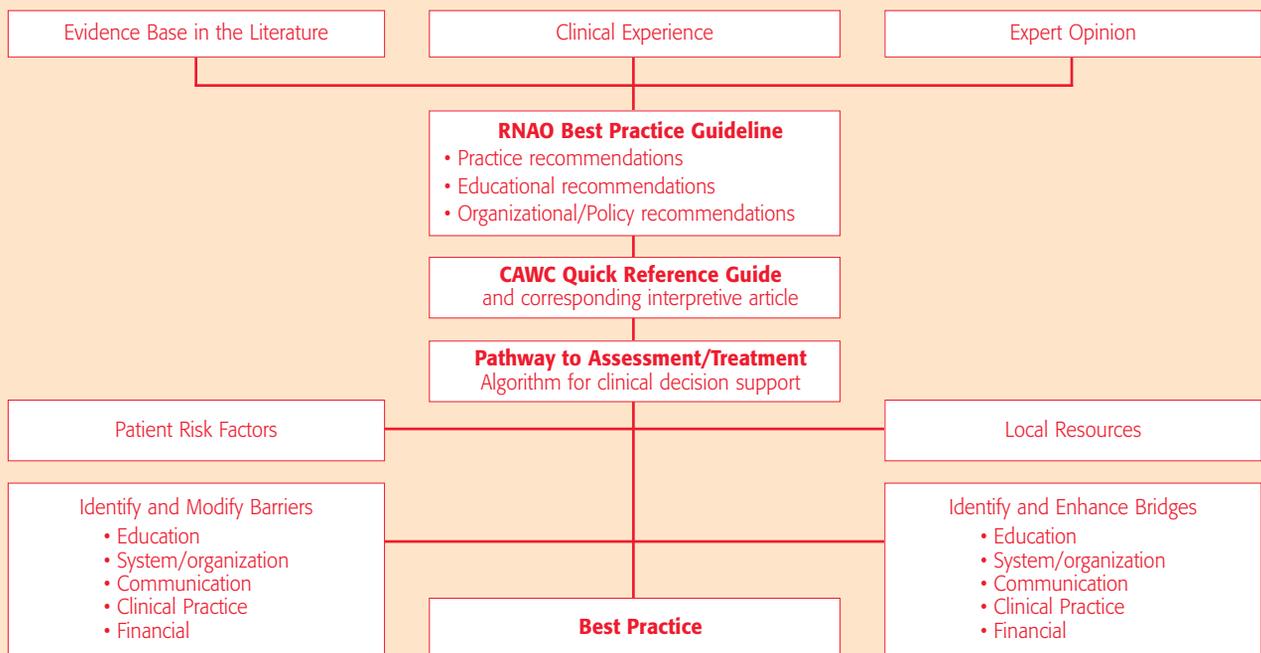
oped statements to assist practitioner decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances. They combine evidence, experience and opinion to improve patient care by reducing inappropriate variations in practice and promoting the delivery of high quality, evidence-based health care.³ Algorithms are graphic maps that visualize the major cognitive components required to resolve a problem. They act as clinical decision-making frameworks that assist in implementing best practice guidelines. Guidelines form the framework for practice in supporting policy and procedure recommendations.

In 2000, the Canadian Association of Wound Care (CAWC) published best practice recommendations relating to wound bed preparation and the prevention and management of pressure ulcers, diabetic foot ulcers and venous leg ulcers.

These were not intended to be clinical practice guidelines but a distillation of existing guidelines into a succinct practice article and bedside enabler (the Quick Reference Guide, or QRG)—backed up by the existing articles, research and guidelines for more in-depth information. Since that time, the Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO) has obtained stable long-term funding from the Ministry of Health and Long-Term Care in Ontario to undertake a rigorous nursing guideline development and maintenance process. Though the RNAO is a nursing body, their guidelines were developed with inter-professional and patient guidance and advice. Additionally, the RNAO utilizes the AGREE Instrument (www.agreecollaboration.org) to support a best practice approach to guideline development.

FIGURE 1

The Pathway to Best Practice



The CAWC board decided to create regional teams to review and update the previously developed recommendations in the context of the RNAO Best Practice Guidelines. The updated articles and QRGs could then serve as practice enablers that would help to interpret these guidelines for the multiple health-care professionals involved in the management of chronic wounds. Each article takes the practice-enabling statements and discusses their relationship to the corresponding RNAO guidelines as well as additional resources from the literature to enhance and support an interprofessional approach. To further enable practice, each QRG is related to a Pathway to Assessment and Treatment, which provides an algorithm to guide clinical decision-making.

To implement best practice at the bedside, clinicians and their facilities must now integrate these evidence-supported practice, educational, organizational and policy enablers with specific patient risk factors and locally available resources to develop specific wound-care plans. To accomplish this, the bedside clinician must be supported in an environment that breaks down barriers of communication, education, practice and resource-related issues. Barriers to best practice must be identified and modified, and bridges to best practice must be identified and enhanced. This is an active process that requires a receptive environment supported by administrators, the allocation of appropriate resources and the co-operation of the interprofessional team members. The entire process is summed up

in Figure 1.

As we often say, "You know best practice, but are you doing it?" 🙄

Guest Editors David Keast, MSc, MD, FCFP, and Heather L. Orsted, RN, BN, ET, MSc

References

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WD. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*. 1996;312:71-72.
2. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidenced-based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*. 1998;7:149-158.
3. Orsted HL, Campbell KE, Keast DH. Clinical practice guidelines, algorithms and standards: Tools to make evidence-based practice available and user friendly. In Krasner DL, Rodeheaver GT and Sibbald RG, (eds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Third Edition. Wayne, PA: HMP Communications. 2001:209-217.

David H. Keast, MSc, MD, FCFP, is at Parkwood Hospital, St. Joseph's Health Care, London, Ontario. He is President of the CAWC.

Heather L. Orsted, RN, BN, ET, MSc, is a past president of the CAWC. She is a co-director of the University of Toronto's International Interdisciplinary Wound Care Course and has made major contributions to wound-care education both nationally and internationally.

Le cheminement menant à une meilleure pratique



David H. Keast

Qu'est-ce que la meilleure pratique? En 1996, Sackett¹ a défini la médecine fondée sur l'expérience clinique comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles, pour prendre des décisions sur les soins des patients, et elle implique l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves externes disponibles provenant d'une recherche systématique. » En 1998, Kitson, Harvey et McCormack² écrivaient que les meilleures pratiques associaient les meilleures preuves disponibles aux facteurs de risque des patients tout en tenant compte des ressources disponibles. Ils ont souligné que pour réussir la mise en application des lignes directrices, les preuves devaient être scientifiquement robustes, l'environnement devait être prêt au changement et le processus de changement devait être facilité.

Les Lignes directrices de meilleure pratique, parfois appelées Lignes directrices de pratique clinique, sont des énoncés systématiquement élaborés pour aider le praticien à prendre des décisions sur les soins de santé appropriés à des circonstances cliniques spécifiques. Elles associent les preuves, l'expérience et les opinions pour améliorer les soins aux patients en réduisant les variations inappropriées dans la pratique et en favorisant la prestation de soins de santé de haute qualité fondés sur l'expérience clinique.³ Les algorithmes sont des cartes graphiques qui représentent les principales composantes cognitives requises pour résoudre un problème. Ils agissent comme cadres décisionnels cliniques qui aident à la mise en application des lignes directrices de pratique. Les lignes directrices forment le cadre de pratique en appuyant les recommandations de politiques et procédures.

En 2000, l'Association canadienne pour le soin des plaies (ACSP) publiait les recommandations de meilleure pratique relatives à la préparation du lit de la plaie et à la prévention et à la prise en charge des ulcères de pression, des ulcères du pied diabétique et des ulcères veineux de la jambe. Elles n'étaient pas destinées à être des lignes directrices de pratique clinique, mais plutôt une distillation des lignes directrices existantes en un article de pratique succinct et un outil pour la table de chevet (Guide de référence rapide, ou GRR) – mais appuyées par les articles, la recherche et les lignes directrices existants pour de l'information plus détaillée. Depuis cette époque, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIIO) a obtenu un financement stable à long terme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour entreprendre un processus rigoureux



Heather L. Orsted

FIGURE 1 :

Le cheminement vers la meilleure pratique



d'élaboration et de maintien de lignes directrices de soins infirmiers. Bien que l'AIIAO soit un corps infirmier, leurs lignes directrices ont été élaborées avec une aide interprofessionnelle ainsi que les avis et conseils des patients. De plus, l'AIIAO se sert de l'instrument AGREE (www.agreecollaboration.org) à l'appui d'une approche de meilleure pratique à l'élaboration des lignes directrices.

La Direction de l'ACSP a décidé de créer des équipes régionales pour réviser et mettre à jour les recommandations déjà élaborées dans le contexte des Lignes directrices de pratique clinique de l'AIIAO. La mise à jour des articles et des GRR pourrait alors servir d'outils de pratique qui aideraient à interpréter ces lignes directrices pour les nombreux professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des plaies chroniques. Chaque article prend les énoncés incitatifs de pratique et dis-

cute leur lien avec la ligne directrice correspondante de l'AIIAO de même que les ressources supplémentaires de la littérature pour rehausser et appuyer une approche interprofessionnelle. En vue de faciliter davantage la pratique, chaque Guide de référence rapide est lié au Cheminement menant à l'évaluation et au traitement, qui fournit un algorithme pour guider le processus décisionnel clinique.

Pour la mise en application des meilleures pratiques au chevet du malade, les cliniciens et leurs établissements doivent maintenant intégrer ces outils de pratique, éducationnels, organisationnels et de politiques fondés sur l'expérience avec les facteurs de risque spécifiques aux patients et les ressources locales disponibles pour élaborer des plans de soins des plaies spécifiques. À cette fin, le clinicien de chevet doit être soutenu dans un

environnement qui élimine les obstacles aux questions de communication, d'éducation, de pratique et de ressources. Il faut identifier et modifier les obstacles à la meilleure pratique, et aussi identifier et améliorer les ponts à la meilleure pratique. Il s'agit d'un processus actif qui exige un environnement réceptif aidé par les administrateurs, l'allocation de ressources appropriées et la coopération des membres de l'équipe interprofessionnelle. Le processus au complet est résumé à la Figure 1 : Le cheminement menant à la meilleure pratique.

Comme on le dit souvent, « Vous connaissez la meilleure pratique, mais qu'en faites-vous? » ☹

Rédacteurs invités, David H. Keast, MSc, MD, FCPP, et Heather L. Orsted, IA, BN, ET, MSc

Voir références en page 11.

David H. Keast, MSc, MD, FCFP, est affilié à l'Hôpital Parkwood, Soins de santé St-Joseph, London, Ontario. Il est président de l'ACSP.

Heather L. Orsted, IA, BN, ET, MSc, est ex-présidente de l'ACSP. Elle est co-directrice du cours interdisciplinaire international du soin des plaies de l'Université de Toronto, et a apporté des contributions importantes à l'éducation sur le soin des plaies tant sur le plan national qu'international.