In defence of 'non-adherence'

Peter Hutten-Czapski, MD

Scientific Editor CJRM

Correspondence to: Peter Hutten-Czapski, phc@srpc.ca

Guidelines are often promulgated by specialists and special interests without regard to the fact that the adoption of any guideline is balanced by the reduction of resources, especially time, for other care. There is not enough time in a day to follow all the guidelines. [1,2]

Given that sobering consideration, let's look at this issue's article on 'Canadian CT Head Rule adherence in a rural hospital without in-house CT'. At that hospital, it was 'only' 35%.

I like the Canadian CT Head Rule (CCHR). When I worked in rural hospitals without an in-house CT, the rule was particularly useful in enabling the transfer of a patient who I wanted, sometimes desperately, elsewhere. However, I confess that that rule was quite selectively used. This lack of 'adherence' is not just in Canada; a quick look at the literature reveals the use of CT in minor head injuries in a New Zealand rural hospital at 22%. [3] So, is this bad? An excess of urban and specialised care guidelines can lead to the belief that rural generalist physicians offer inferior care. This is a misconception that even some rural generalists subscribe to. There is no evidence for it.

In regard to the guideline in question, it was generated by ten large Canadian urban hospitals staffed with inexperienced residents and students. [4] They had a pre-existing high rate of (in-house) CT head for a minor head injury. The CCHR successfully reduced the CT rate without increasing missed cases.

So, how relevant is the rule for small rural hospitals mostly staffed with experienced generalist physicians without an in-house CT? In such settings, applying the CCHR would dramatically *increase* the number of CTs, and it is still untested if this would improve clinical outcomes. Let's think of the resources involved. CT, of course, but also time and transfer. Some patients really don't want to leave town, especially for a 'minor' head injury.

Ultimately, we cannot be held to guidelines that do not apply to us. Clinical judgment will lead us to weigh the issues that need addressing in our admittedly complex patients. Always, we need to prioritise for clinical reasons, respecting the values of our patients. Sometimes, we will apply guidelines. Sometimes, we will not. We should not be browbeaten for it.

REFERENCES

1. Østbye T, Yarnall KS, 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;3:209-14.
2. Ganiats TG, Kempster JA. Rationing on the fly: The opportunity cost of clinical guidelines. J Am Board Fam Med 2014;27:439-41.
3. Keys J, Venter L, Nixon G. The use of CT in the management of minor head injuries in Queenstown. J Prim Health Care 2017;9:162-6.
4. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, *et al.* The Canadian CT head rule for patients with minor head injury. Lancet 2001;357:1391-6.

Received: 08-08-2024 **Revised:** 08-08-2024 **Accepted:** 17-09-2024 **Published:** 12-11-2024

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

How to cite this article: Hutten-Czapski P. In defence of 'non-adherence'. Can J Rural Med 2024;29:151-2.

Access this article online

Quick Response Code:

Website: https://journals.lww.com/cjrm

DOI: 10.4103/cjrm.cjrm_44_24

© 2024 Society of Rural Physicians of Canada | Published by Wolters Kluwer - Medknow

À la défense de la 'non-adhésion' aux directives

Peter Hutten-Czapski, MD

directeur de la rédaction

Correspondance: Peter Hutten-Czapski, phc@srpc.ca

Les directives sont souvent promulguées par des spécialistes et des intérêts particuliers sans tenir compte du fait que l'adoption d'une directive est compensée par une réduction des ressources, plus spécifiquement du temps pour d'autres soins. Il n'y a pas assez de temps dans une journée pour suivre toutes les directives. [1,2]

Compte tenu de ces considérations qui donnent à réfléchir, examinons l'article de ce numéro intitulé « Adhésion au Canadian CT Head Rule (CCHR, règlement canadien relatif à la tomodensitométrie de la tête) dans un hôpital rural ne disposant pas d'un service de tomodensitométrie ». Dans cet hôpital, ce taux n'était que de 35%.

Permettez-moi tout d'abord de dire que j'apprécie le CCHR. Lorsque je travaillais dans des hôpitaux ruraux ne disposant pas d'une tomographie par ordinateur interne, la citation de ce règlement était particulièrement utile pour permettre le transfert d'un patient que je voulais, parfois désespérément, transférer ailleurs. Cependant, j'avoue que ce règlement a été utilisé de manière assez sélectif et que les transferts pour une tomodensitométrie étaient assez similaires à ceux de l'hôpital étudié. Ce manque « d'adhésion » n'est pas propre au Canada. Un rapide coup d'œil à la littérature m'a permis de remarquer que l'utilisation de la tomodensitométrie pour les traumatismes crâniens mineurs dans un hôpital rural de Nouvelle-Zélande est de 22%. [3] Alors, est-ce si mauvais? L'excès de directives en matière de soins urbains et spécialisés peut conduire à penser que les médecins généralistes ruraux offrent des soins de qualité inférieure. C'est une idée fausse à laquelle souscrivent même certains généralistes ruraux. Il n'y a aucune preuve à l'appui.

En ce qui concerne la directive en question, elle a été élaborée par dix grands hôpitaux urbains canadiens dotés d'un personnel composé de résidents et d'étudiants inexpérimentés. [4] Ces hôpitaux avaient déjà un taux élevé de tomodensitométrie (interne) pour les traumatismes crâniens mineurs. Le CCRH a réussi à réduire le taux de tomodensitométrie sans augmenter le nombre de cas manqués.

Quelle est donc la pertinence de ce règlement pour les petits hôpitaux ruraux dont le personnel est essentiellement composé de médecins généralistes expérimentés et qui ne disposent pas d'une tomographie par ordinateur interne? Dans ce cas, l'application du CCRH augmenterait considérablement le nombre de tomodensitométries, et il n'a pas encore été prouvé que cela améliorerait les résultats cliniques. Pensons aux ressources impliquées, notamment la tomodensitométrie, le temps nécessaire et le transfert. Certains patients ne veulent vraiment pas quitter la ville, surtout pour un traumatisme crânien « mineur ». La crédibilité du praticien est donc également mise à mal (car, bien entendu, la grande majorité des têtes examinées par tomodensitométrie sont normales).

En fin de compte, nous ne pouvons pas être tenus de respecter des directives qui ne s'appliquent pas à nous. Le jugement clinique nous amènera à peser les questions qui doivent être abordées chez nos patients, certes complexes. Nous devons toujours établir des priorités pour des raisons cliniques, en respectant les valeurs du patient concerné. Parfois, nous appliquerons les directives, et parfois, nous ne le ferons pas. Cependant, nous ne devrions pas être réprimandés pour nos décisions.

REFERENCES

1. Østbye T, Yarnall KS, 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;3:209-14.
2. Ganiats TG, Kempster JA. Rationing on the fly: The opportunity cost of clinical guidelines. J Am Board Fam Med 2014;27:439-41.
3. Keys J, Venter L, Nixon G. The use of CT in the management of minor head injuries in Queenstown. J Prim Health Care 2017;9:162-6.
4. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, *et al.* The Canadian CT head rule for patients with minor head injury. Lancet 2001;357:1391-6.

Access this article online

Quick Response Code:

Website: https://journals.lww.com/cjrm

DOI: 10.4103/cjrm.cjrm_72_24

© 2024 Society of Rural Physicians of Canada | Published by Wolters Kluwer - Medknow