

Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů v pediatrii v České republice

Disertační práce

MUDr. Katarína Nešťáková

Univerzita Palackého v Olomouci

Lékařská fakulta

Dětská klinika

Školitel: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Olomouc 2019

Development and adaptation of clinical practice guidelines in the Czech Republic

Dissertation

MUDr. Katarína Nešťáková

Palacky University Olomouc

Faculty of Medicine and Dentistry

Department of Pediatrics

Supervisor: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Olomouc 2019

ABSTRAKT

Klinické doporučené postupy jsou „systematicky vytvářena stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických situacích rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“ S nárůstem počtu nových klinických doporučených postupů přichází i zdokonalování jejich metodologie tvorby, adaptace, implementace a evaluace. K adaptaci doporučených postupů byl vytvořen generický mezinárodní nástroj ADAPTE. Tato práce podává ucelený přehled hlavních metodologických principů se zaměřením na metody tvorby a adaptace. Byl proveden přehled pediatrických klinických doporučených postupů v České a Slovenské republice. Na základně dotazníkového šetření bylo vybráno téma pro tvorbu doporučeného postupu. Jako metoda tvorby byla zvolena adaptace. Použita byla metodika ADAPTE a byl ní na české podmínky adaptován kvalitní zahraniční klinický doporučený postup.

Klíčová slova: klinické doporučené postupy, tvorba, adaptace, dotazníkové šetření

ABSTRACT

Clinical practice guidelines are “systematically formulated opinions, helping physicians and patients in certain situations to decide on appropriate health care.” With the increase in the number of new clinical practice guidelines, there is also an improvement in the methodology of their development, adaptation, implementation, and evaluation. A generic international tool for adapting clinical practice guidelines ADAPTE has been developed. This thesis provides a comprehensive overview of the main methodological principles focusing on the methods of development and adaptation. An overview of paediatric clinical practice guidelines in the Czech and Slovak Republic was performed. Based on the survey questionnaire, a topic for clinical practice guideline development was selected. Adaptation was chosen as a method of development. With the ADAPTE methodology, a high-quality foreign clinical guideline has been adapted to the Czech conditions.

Key words: clinical practice guidelines, development, adaptation, survey

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, ze kterých jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci

.....

(podpis)

Beru na vědomí, že tato doktorská práce je majetkem Univerzity Palackého v Olomouci (autorský zákon č. 121/2000 Sb., § 60 odst. 1) a bez jejího souhlasu nesmí být z práce nic publikováno. Souhlasím se zpřístupněním této práce v Univerzitní knihovně Univerzity Palackého v Olomouci.

V Olomouci

.....

(podpis)

OBSAH

ÚVOD	1
1 KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY - OBECNÉ POJMY	3
1.1 Vznik klinických doporučených postupů	3
1.2 Vymezení pojmů.....	4
1.2.1 Co jsou klinické doporučené postupy a jak je definovat.....	5
1.2.2 Co nejsou klinické doporučené postupy a jak to definovat.....	6
1.2.3 Třídění pojmů	7
1.3 Klinické doporučené postupy - obecné zásady.....	14
1.3.1 Zaměření klinických doporučených postupů.....	14
1.3.2 Kde klinické doporučené postupy vznikají?.....	15
1.3.3 Komu jsou klinické doporučené postupy určeny?.....	17
1.3.4 Součástí klinických doporučených postupů	18
1.3.5 Vlastnosti klinických doporučených postupů.....	19
1.3.6 Cíle klinických doporučených postupů	24
1.3.7 Kde vznikají klinické doporučené postupy?.....	26
1.4 Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů.....	27
1.4.1 Tvorba nebo adaptace?	27
1.4.2 Metody tvorby	28
1.4.2.1 Medicína založená na věhlasu (eminence-based medicine), expertní doporučení	28
1.4.2.2 Metoda konsensu	28
1.4.2.3 Medicína založena na důkazech (evidence-based medicine)	29
1.4.2.4 Veřejné zdravotnictví založené na důkazech (evidence-based public health)	33
1.4.3 Metody adaptace.....	34
1.4.3.1 ADAPTE - co to je a jaké jsou cíle adaptovaných KDP	35
1.4.3.2 ADAPTE - vznik adaptovaných KDP	35
1.4.4 Metody hodnocení KDP	40
1.4.4.1 AGREE II - popis generického nástroje	41
1.4.4.2 AGREE II - cíle..	42
1.5 Pediatrické klinické doporučené postupy ve světě	43

2	KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICE	45
2.1	Úvod	45
2.2	Metodika	45
2.3	Výsledky	46
2.4	Diskuze	49
2.5	Závěr	50
3	PŘEHLED STAVU PEDIATRICKÝCH KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ V ČESKÉ REPUBLICE	51
3.1	Úvod	51
3.2	Metodika	51
3.3	Výsledky	52
3.3.1	Česká republika	52
3.3.2	Slovenská republika	54
3.4	Diskuze	55
3.5	Závěr	57
4	POSTOJE ZDRAVOTNICKÝCH ODBORNÍKŮ OHLEDNĚ PEDIATRICKÝCH KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ - DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	58
4.1	Úvod	58
4.2	Cíl studie	58
4.3	Metodika	59
4.4	Výsledky	61
4.5	Diskuze	65
4.6	Závěr	66
5	ADAPTACE KLINICKÉHO DOPORUČENÉHO POSTUPU - LÉČBA FEBRILNÍCH KŘEČÍ U DĚTÍ	67
5.1	Úvod	67
5.2	Metodika	67
5.2.1	ADAPTE	68
5.3	Výsledky	68
5.4	Diskuze	106
5.5	Závěr	107

ZÁVĚR	108
SEZNAM ZKRATEK	111
SEZNAM TABULEK	113
SEZNAM GRAFŮ	116
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	117
SEZNAM PŘÍLOH.....	118
LITERATURA	120
PŘÍLOHA 1 AGREE II nástroj	126
PŘÍLOHA 2 Pediatrické klinické doporučené postupy v České republice - přehledová tabulka ke kapitole č. 3.....	134
PŘÍLOHA 3 Klinické doporučené postupy tvořené a převzaté pediatrickými a neonatologickými odbornými lékařskými společnostmi (kategorie I) - přehledová tabulka ke kapitole č. 3.....	139
PŘÍLOHA 4 Pediatrické klinické doporučené postupy ve Slovenské republice - přehledová tabulka ke kapitole č. 3.....	144
PŘÍLOHA 5 Dotazník - Postoje zdravotnických odborníků ohledně pediatrických klinických doporučených postupů.....	146
PŘÍLOHA 6 Prohlášení o střetu zájmů každého člena pracovního týmu adaptace klinického doporučeného postupu Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte s nekomplikovanými febrilními křečemi	156
PŘÍLOHA 7 Vzor dotazníku pro externí průzkum - ADAPTE, nástroj č. 18.....	165
PŘÍLOHA 8 Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte s nekomplikovanými febrilními křečemi. Adaptovaný doporučený postup American Academy of Pediatrics	168
PŘÍLOHA 9 Febrilní křeče - informace pro rodiče.....	180

ÚVOD

Tématem této dizertační práce jsou klinické doporučené postupy (dále jen „KDP“), což jsou „systematicky vytvářená stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických případech rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“¹

Jako studentka medicíny jsem se s problematikou KDP setkala v šestém ročníku studia na Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky. Studenti Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci měli toho času (školní rok 2010/2011) jako jediní v České republice v povinných sylabech přednášku na téma Klinické doporučené postupy: tvorba, adaptace, implementace a evaluace. Ve stejném roce jsem pak pod vedením Mgr. MUDr. Radima Líčeníka, Ph.D. vypracovala práci v rámci Studentské vysokoškolské odborné činnosti na téma Tvorba, adaptace a evaluace klinických doporučených postupů. S dalším zájmem o tuto problematiku jsem se stala členem Centra pro klinické doporučené postupy (CKDP), který vznikl v rámci Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky v roce 2007 na bázi mezioborové spolupráce s odborníky z klinické praxe, ošetrovatelství, sociálních a jazykových věd a práva. Společně s dalšími členy CKDP jsem přeložila do českého a slovenského jazyka mezinárodní generický nástroj AGREE II.

S celosvětovou expanzí množství KDP úměrně roste i počet institucí, které se zabývají hodnocením jejich kvality. Stejně tak bylo v posledních letech vytvořeno velké množství KDP v České a Slovenské republice, u kterých zatím nebyla zkoumána jejich metodologická kvalita.

Hlavním cílem této dizertační práce je podat přehled metod tvorby, adaptace, diseminace a implementace KDP, se zaměřením na metody tvorby a adaptace. Její teoretická část mimo jiné shrne a vysvětlí názvosloví, typy KDP, podmínky jejich vzniku, jejich vlastnosti, cílové uživatele KDP a mezinárodní generický nástroj ADAPTE, pomocí kterého vznikají nové, adaptované KDP.

V praktické části této dizertační práce budou popsány a vyhodnoceny KDP v České a Slovenské republice z dostupných zdrojů na stránkách odborných lékařských

¹FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 2.

společností, Ministerstva zdravotnictví České a Slovenské republiky, odborných časopisů, publikovaných abstraktech z konferencí a šedé literatury, bude vytvořena jejich databáze, jejíž část týkající se pouze pediatrických KDP v obou zemích bude podrobně analyzována.

Následně bude vytvořen dotazník, pomocí něhož bude zjišťováno povědomí českých pediatrických odborníků o existenci, dostupnosti a používání KDP a budou dotázáni na jaká nová témata by měly být nové KDP vytvořeny.

Na základě získaných znalostí a výsledků dotazníkového šetření bude závěrem této dizertační práce vypracován nový kvalitní PKDP, který bude zveřejněn v českém odborném lékařském periodiku.

1 KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY - OBECNÉ POJMY

1.1 Vznik klinických doporučených postupů

Evidence-based medicine není žádným novým pojmem a celosvětově se s ním setkáváme již více než sto let. První doporučení ve zdravotní péči jsou obsaženy už ve starověkých spisech. V posledních desetiletích však pozorujeme nebývalou expanzi nových informací a technologií, postihujících samozřejmě i zdravotnictví. Proto se zdravotní odborníci snaží v záplavě elektronických a tištěných dokumentů v dnešní uspěchané době vybírat ty, které jsou pro ně zdrojem nejkvalitnějších a nejaktuálnějších informací. Začal se klást nebývalý důraz na systematické, multidisciplinárními skupinami vytvářené, na důkazech založené materiály, spojené s podpůrnými důkazy a odstupňovány podle síly důkazů.^{2, 3}

V listopadu roku 1989 byla vytvořena Agentura pro zdravotní politiku a výzkum (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR). Tato agentura má širokou odpovědnost za podporu výzkumu, vývoj dat a další činnosti, které budou „zvyšovat kvalitu, vhodnost a účinnost zdravotnických služeb.“ Mnoho z odpovědností AHCPR předtím patřilo Národnímu centru pro zdravotní výzkum (National Center for Health Services Research, NCHCR), který agentura nahradila, ale zesílil důraz na účinnost a výsledky výzkumu.

Krátce po její vytvoření, AHCPR požádala radu z Institutu medicíny (Institute of Medicine, IOM) ohledně toho, jak by bylo možné zpřístupnit tyto dovednosti pro klinické doporučené postupy (KDP). IOM jmenoval studijní výbor, který měl poskytovat technickou pomoc a poradenství ohledně vymezení pojmů, specifikaci klíčových atribut dobrých KDP a některé aspekty implementace a evaluace. Od IOM pochází i nejznámější a dosud nejcitovanější definice KDP z roku 1990 a z publikace „*Clinical practice guidelines: Directions for a New Program*“ Fieldové a Lohrové,

²FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 16,24.

³HARBOUR, Robin, MILLER, Juliet. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *The British Medical Journal*. 2001, roč. 323, s. 334–336.

kteřá zní: „Klinické doporučené postupy jsou systematicky vytvářena stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických případech rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“^{4,5,6}

Zahájení činnosti AHCPR je důsledkem nahromaděné frustrace veřejných i soukromých činitelů ohledně vnímání zdravotních a hospodářských důsledků nevhodné zdravotní péče. Ta pramení hlavně z neustále se zvyšujících nákladů na zdravotní péči, značných rozdílů ve zdravotní péči a důkazů o tom, že některé zdravotnické služby mají malou nebo žádnou hodnotu; a různé druhy finančních, vzdělávacích a organizačních pobídek můžou snížit jejich nevhodné využití. Úkolem AHCPR je zlepšení rozsahu a uplatňování poznatků o tom, co funguje, resp. nefunguje v lékařské péči, podpořit širokou agendu výsledků a efektivnost výzkumu. Hlavní částí práce agentury je rozšíření působnosti znalostí, spíše než jejich uplatnění.

Obecně, vytvoření KDP v rámci AHCPR může být považováno jako součást posunu od spoléhání se na profesionální úsudek k větší strukturalizaci. KDP mají pomoci lékařům a pacientům při rozhodování se v zdravotní péči a mají sloužit jako základ nástroje k vyhodnocení výkonu lékařů i zdravotního systému.⁷

1.2 Vymezení pojmů

Se stoupajícím vlivem medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine, EBM) v 90. letech 20. století, došlo také k posunu kvality vznikajících KDP. Při rychle se rozvíjející lékařské vědě a všude dostupném internetu vzniklo v tomto období nebyvalé množství odborných lékařských publikací a KDP. To podnítilo vznik celosvětově rozsáhlých systematických katalogů, databází a registrů publikací.

⁴FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for Clinical Practice. Directions for a New Program* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 10.

⁵FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 2.

⁶FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj. *Clinical practice guidelines : directions for a new program*.s. 8.

⁷FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for Clinical Practice. Directions for a New Program* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 10-12

Například v největší databázi systematických přehledů - Cochrane Collaboration, bylo v roce 1995 kolem sto publikací; v roce 2018 to už je více než 10 200 publikací.⁸

V záplavě informací z pořád většího množství nově vznikajících KDP bylo stále namáhavější a časově zdlouhavější se orientovat. To vedlo k selekci kvalitních KDP, které byly pro odborníky nejlépe (a nejrychleji) využitelné ve své klinické praxi. Začal se klást důraz na metodologické principy s explicitně vyjádřeným procesem tvorby a systematickosti KDP. Kromě klinických dat obsahovali tyto KDP i informace o metodice. Jednotlivá doporučení začala být postavena na výsledcích klinického výzkumu, tedy na vědeckých důkazech, nebyla to už jen směs konstatování nebo odborných konsensů (EBm - evidence-based mush).⁹

Jelikož ale existuje v současnosti velké množství KPD různé kvality, má to samozřejmě i svá negativa. Používání KDP nízké metodologické kvality může vést až k poškození pacientů.¹⁰

1.2.1 Co jsou klinické doporučené postupy a jak je definovat

I když neexistuje jediná celosvětově uznávaná definice KDP, dosud nejvíce používaná a nepřekonaná je definice amerického **Institute of Medicine** (IOM) v publikaci „*Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*“ autorek Fieldové a Lohrové z roku 1990, která zní:

„Klinické doporučené postupy jsou systematicky vytvářena stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických případech rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“¹¹

⁸<http://www.cochranelibrary.com/about/about-the-cochrane-library.html>

⁹HARBOUR, Robin, MILLER, Juliet. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *The British Medical Journal*. 2001, roč. 323, s. 334–336.

¹⁰GRILLI, Roberto, MAGRINI, Nicola, PENNA, Angelo, MURA, Giorgio, LIBERATI, Alessandro. Practice guidelines developer by specialty societies: the need for a critical appraisal. *The Lancet*. 2000, roč. 355, s. 103–106.

¹¹FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 2.

Definice americké **Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)** z roku 1995 zní: „*KDP jsou systematicky vytvářené stanoviska, pomáhající zákonodárcům, poskytovatelům, uživatelům a plátcům zdravotní péče rozhodovat o tom, jak mohou přiměřeně a co nejúčinněji předcházet nemocem, léčit je a řídit další péči o pacienty se specifickými zdravotními problémy.*“¹²

Tyto dvě definice popisují tři společné znaky: systematický vývoj, přiměřenost zdravotní péče a specifčnost případu.

Nelíbí se mu charakter KDP jako podrobných diskusních materiálů, který neobsahuje rychle dostupné doporučení pro akutní stavy.

Česká kardiologická společnost pojednává v úvodu svých KDP: „*Doporučené postupy vycházejí ze soudobých poznatků lékařské vědy a považují se za postupy lege artis. Jedná se však o doporučení, nikoliv předpisy, proto je nutný individuální přístup u každého nemocného. Ošetřující lékař může použít jiný postup, musí však v dokumentaci řádně zdůvodnit, proč se od doporučeného postupu odchýlil.*“¹³ V České republice jsou KDP „*obecně chápány jako nezávazná, vysoce odborná doporučení pro diagnostiku a terapii daného onemocnění.*“¹⁴ Opakovaná zmínka o tom, že se nejedná o předpisy nebo vyhlášky, v sobě obsahují důležitý prvek implementační strategie.

1.2.2 Co nejsou klinické doporučené postupy a jak to definovat

Používání KDP v klinické praxi je spojené kromě výhod i s řadou obav. Podle Fieldové a Lohrové jsou necitlivé k pacientovým potřebám a způsobují horší

¹²KEFFER, Joseph H. Guidelines and algorithms: perception of why and when they are successful and how to improve them. *Clinical Chemistry*. 2001, roč. 47, č. 8, s. 1564.

¹³ŠPINAR, Jindřich, JÁNSKÝ, Petr, KETTNER, Jiří, MÁLEK, Ivan. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. *Cor et Vasa*. 2006, roč. 48, č. 1, s. K3.

¹⁴FILIP, Karel, SECHSER, Tomáš. Základní terminologie ve farmakoekonomice a farmakoterapii – 9. část. *Remedia*. 2006, roč. 16, č. 5, s. 495–499.

výstupy, vyšší náklady a snížení kvality zdravotní péče, větší nerovnost v užívání zdrojů a více byrokracie.¹⁵

Mnoho lékařů, hlavně s dlouholetou klinickou praxí, v KDP vidí útok na svůj klinický úsudek a vnímají je jako hrozbu své profesionální autonomie.¹⁶ Mnoho odborníků se obává, že KDP se stanou jakousi „medicínskou kuchařkou,“ podle které se budou řídit všichni bez rozdílu ve všech klinických situacích; a že tím jejich používání povede k pohodlnosti a bude postupně ničit klinický úsudek.

Měli bychom si však uvědomit, že právě opak je pravdou - kvalitní KDP totiž mají vycházet z principů medicíny založené na důkazech a tato klade důraz na užívání klinického úsudku zkušeným lékařem za specifických okolností v rámci pacientových hodnot a přání.^{17, 18, 19, 20}

1.2.3 Třídění pojmů

Problémem při používání KDP je rozličná terminologie. Jelikož se na jejich tvorbě zabývá velké množství odborníků (lékaři, sestry a jiní zdravotní pracovníci, vědci, statistici, informatici, knihovníci, právníci, ekonomové, zástupci farmaceutického průmyslu, zákonodárci a jiní politici atd.), je také jejich názvosloví pestré.

V anglicky psané literatuře se nejčastěji uvádí tyto pojmy: *evidence-based clinical practice guideline*, *clinical practice guideline*, *clinical guideline*, *guideline*, *guidance*, *recommendation*, *key recommendation*, *guideline statement*²¹, *codes*

¹⁵FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 28.

¹⁶FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 28.

¹⁷FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 28.

¹⁸HEFFNER, John E. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest*. 1998, roč. 113, s. 172S–178S.

¹⁹NORDENSTROM, Jorgen. *Evidence-Based Medicine in Sherlock Holmes' Footsteps*. s. ix.

²⁰KEFFER, Joseph H. Guidelines and algorithms: perception of why and when they are successful and how to improve them. *Clinical Chemistry*. 2001, roč. 47, č. 8, s. 1563–1572.

²¹BROWNSON, Ross C., BAKER, Elizabeth A., LEET, Terry L., GILLESPIE, Kathleen N. *Evidence-based public health*, s. 71.

of practice, practice policies, clinical pathway, algorithm, criteria, medici review criteria, clinical indicator, standard, protokol ^{22,23, 24, 25}

Z českých zdrojů jsou nejpoužívanější: *guideline*²⁶, *doporučený postup*²⁷, *doporučení*²⁸, *standards*²⁹, *léčebné standardy*³⁰, *zásady péče*.³¹

Nyní několik definic KDP v české i anglické variantě:

- **Klinický doporučený postup (angl. clinical practice guideline, clinical guideline), klinický doporučený postup založený na důkazech (angl. evidence-based clinical practice guidelines).** Definice byly popsány v podkapitole 1.2.1. Anglické pojmy *clinical practice guideline* a *clinical guideline* se považují za synonyma.^{32, 33}

Termíny **guidelines, doporučený postup, doporučení, standardy, léčebné standardy, zásady péče** jsou užívané českými autory v citovaných dílech.

- **Doporučený postup (angl. guideline).** 28. Bethesda Conference jej ho definuje jako „zevšeobecněná konstatování, která mají ve specifických situacích

²²ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRICS. *Clinical Practice Guidelines and Their Development*, s. 16–20.

²³NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline* [online]. <<http://www.nhmrc.gov.au>>, s. 9.

²⁴SCHWARTZ, P. J., BRAITHARDT, G., HOWARD, D. G., JULIAN, D. G., REHNQVIST AHLBERG, N. The legal implications of medical guidelines – a Task force of European society of cardiology. *European Heart Journal*. 1999, roč. 20, s. 1152 – 1157.

²⁵CONNIS, R. T., NICKINOVICH, D. G., CAPLAN, R. A., ARENS, J. F. The development of evidence-based clinical practice guidelines. Integrating medical science and practice. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2000, roč. 16 (4), s. 1003–1012.

²⁶HRADEC, Jaromír. Úvodní informace. Guidelines [online]. <<http://www.kardio-cz.cz>>.

²⁷SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF. Doporučené postupy, metodická doporučení a pokyny [online]. <<http://www.urgmed.cz/postupy>>.

²⁸ŠPINAR, Jindřich, JÁNSKÝ, Petr, KETTNER, Jiří, MÁLEK, Ivan. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. *Cor et Vasa*. 2006, roč. 48, č. 1, s. K3–K31.

²⁹ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Standardy* [online]. <<http://www.diab.cz/standardy>>.

³⁰ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Léčebné standardy* [online]. <<http://www.cls.cz>>.

³¹NIEDERLE, Petr, STANĚK, Vladimír. Zásady péče o nemocné s chronickými formami ischemické choroby srdeční. *Cor et Vasa*. 1998, roč. 40, č. 2, s. K69–K73.

³²THE AGREE COLLABORATION. *AGREE Instrument training manual*. [online]. <<http://www.agreecollaboration.org>>, s. 61.

³³CONNIS, R. T., NICKINOVICH, D. G., CAPLAN, R. A., ARENS, J. F. The development of evidence-based clinical practice guidelines. Integrating medical science and practice. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2000, roč. 16 (4), s. 1003–1012.

usnadňovat přiměřené reakce. Jsou konzistentní, souvisí navzájem a vycházejí ze současných poznatků.³⁴

- **Návod - rada (angl. guidance).** Tento pojem se používá ve smyslu rady jak něco udělat nebo jak si poradit s problémem. Např. NICE vytváří kromě KDP (clinical guidelines) i další druhy doporučení. Naproti tomu příklad z České republiky: Subkomise pro antibiotickou politiku Komise pro lékovou politiku kategorizaci léčiv České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vydala „*Konsensus používání antibiotik*.“ a zařadila ho mezi své „léčebné standardy.“ Protože nemá vztah ke konkrétnímu pacientovi, odpovídá tedy „technologickému návodu.“³⁵
- **Doporučení (angl. recommendation)** je „jakékoliv stanovisko, které v rámci zdravotní péče podporuje či obhajuje konkrétní postup.“³⁶
V Kanadě a Spojených státech je synonymem slova „recommendation“ pojem **guideline statement**.³⁷
- **Klíčová doporučení (angl. key recommendations)** jsou „doporučení odpovídající na hlavní klinické otázky obsažené v KDP.“
- **Praktický postup (angl. practice policy)** je stanovisko, které v krátkosti vyjadřuje oficiální názor odborné společnosti a jeho odůvodnění. Neobsahuje přehled literatury ani postup vzniku KDP. Poskytuje rady, jak by měli lékaři postupovat v určitých situacích.³⁸

³⁴RITCHIE, J. L., FORRESTER, J. S., FYE, W. B. 28th Bethesda Conference: Practice guidelines and quality of care. *Journal of the American College of Cardiology*. 1997, roč. 29, s. 1125–1179.

³⁵HOZA, J., JINDRÁK, V., MAREŠOVÁ, V., NYČ, O., SECHSER, T., SUCHOPÁR, J., ŠVIHOVEC, J., URBÁŠKOVÁ, P. Konsensus používání antibiotik I. Penicilinová antibiotika [online]. <<http://www.cls.cz>>.

³⁶BURGESS, Jako S., BAILEY, Julia V., KLAZINGA, Niek S., VAN DER BIJ, Akke K., GROU, Richard, FEDER, Gene. Comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care*. 2002, roč. 25, č. 11, s. 1933–1939.

³⁷BROWNSON, Ross C., BAKER, Elizabeth A., LEET, Terry L., GILLESPIE, Kathleen N. *Evidence-based public health*, s. 71.

³⁸AMERICAN COLLEGE OF PREVENTIVE MEDICINE. Practice policy statements [online]. <http://www.acpm.org/pol_practice>.

- **Kodex klinické praxe (angl. codes of practice)** je KDP nejbližší, a navíc obsahuje i doporučení týkající se „bezpečnosti a účinnosti klinické praxe“ a doporučení pro „eticky přijatelnou a sociálně citlivou praxi.“³⁹

- **Doporučené načasování (angl. referral timing)** je „konsensuální stanovisko založené na nejlepších dostupných důkazech, které pomáhá lékařům načasovat odeslání pacienta ke specializovanému vyšetření.“⁴⁰
 Doporučují, jestli potřebuje pacient s konkrétními příznaky odborné vyšetření okamžitě (během 24 hodin), naléhavě (během 2 týdnů), časně (během 8 týdnů) či v obvyklém termínu (nejlépe během 13 týdnů). Tyto doporučení vydává NICE a jsou určená pro britský systém zdravotní péče.⁴¹

- **Algoritmus (ang. algorithm), klinický algoritmus (angl. clinical algorithm)** je „soubor systematicky uspořádaných pravidel pro řešení konkrétního problému. V rámci klinického algoritmu jsou dány jednoznačné alternativy a jasný bod ukončení.“⁴²
 Klinický algoritmus je analogií matematického a počítačového algoritmu.⁴³
 V porovnání s KDP je jednodušší a směřuje vždy k jediné volbě. Je použitelný jen v přesně definovaných situacích a není teda vhodný ke komplexnímu rozhodování s možností výběru z více alternativ.

- **Základní klinický postup (angl. clinical pathway)** je „jednoduchý klinický algoritmus odvozený z informací implicitně či explicitně obsažených v KDP.“

³⁹SCHWARTZ, P. J., BRAITHARDT, G., HOWARD, D. G., JULIAN, D. G., REHNQVIST AHLBERG, N. The legal implications of medical guidelines – a Task force of European society of cardiology. *European Heart Journal*. 1999, roč. 20, s. 1152–1157.

⁴⁰NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Key to referral timings* [online]. <<http://www.nice.org.uk>>.

⁴¹NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Key to referral timings* [online]. <<http://www.nice.org.uk>>.

⁴²KEFFER, Joseph H. Guidelines and algorithms: perception of why and when they are successful and how to improve them. *Clinical Chemistry*. 2001, roč. 47, č. 8, s. 1563–1572.

⁴³NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP. *Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-Based Clinical Practice Guidelines*. s. 65.

Jeho úkolem je převést doporučení obsažené v KDP do klinické praxe. Je něco jako „analogie výrobních příruček v průmyslu.“⁴⁴ Charakterizuje ho důraz na dobu, kdy mají být provedeny určité diagnostické či terapeutické výkony. Například „jestliže je den D, udělej následující výkon; označ provedení ve schématu.“⁴⁵

- **Protokol (angl. protocol)**, synonyma **klinický protokol (angl. clinical protocol)**, **schematický protokol (angl. protocol chart)** je „instrukce jak postupovat za specifických okolností. Podobá se KDP, ale dává uživateli méně prostoru pro uplatnění vlastního názoru. Většinou je určen pro méně zkušené pracovníky nebo pro použití v předvídatelných situacích.“⁴⁶ Příkladem je mezinárodní či národní KDP upraven pro použití na lokální úrovni.

- **Protokol klinické studie (angl. clinical research protocol)**. Jsou to protokoly k různým klinickým studiím, a teda podrobné KDP, které ve studiích pomáhají provádět diagnostická a terapeutická rozhodnutí.⁴⁷
Algoritmy, které vycházejí z protokolů, ilustruje velké množství grafických schémat.⁴⁸

- **Standard**. Podle definice NICE je standard „relativní počet událostí, které by měly splňovat daná kritéria.“⁴⁹ Podle toho, do jaké míry jsou **klinická kritéria** (teda podmínky stanovené standardem) uplatněny v klinické praxi, můžeme posuzovat realitní splnění standardu. V praxi pak stanovujeme, v kolika případech bylo dané kritérium dodrženo, což je **indikátor zdravotní péče**.

⁴⁴MOORE, Andrew, McQUAY, Henry. *Bandolier's Little Book of Making Sense of the Medical Evidence*.

⁴⁵MAGROLIS, Carmi Z. Methodology matters – VII. Clinical practice guidelines: methodological considerations. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, roč. 9, č. 4, s. 303–306.

⁴⁶SWINGLEHURST, Deborah. Evidence-based guidelines: the theory and the practice. *Evidence-Based Healthcare and Public Health*. 2005, roč. 9, č. 4, s. 308–314.

⁴⁷MAGROLIS, Carmi Z. Methodology matters – VII. Clinical practice guidelines: methodological considerations. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, roč. 9, č. 4, s. 303–306.

⁴⁸MAGROLIS, Carmi Z. Methodology matters – VII. Clinical practice guidelines: methodological considerations. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, roč. 9, č. 4, s. 303–306.

⁴⁹NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Principles of best practice in clinical audit* [online]. <<http://www.nice.org.uk>>. s. 21–30.

Filip a Sechser se na standard dívají i z pohledu ekonomického - definují ho jako „pravidlo pro měření kvality, hodnoty a rozsahu.“ Ke KDP se připojí měřitelná kritéria a indikátory kvality a efektivity. Standard pak můžeme zapojit do systému měření kvality a využít jej k posuzování ekonomických aspektů péče a ke stanovování a výši úhrad. Standard je „financovatelný KDP.“⁵⁰

- **Klinický audit (angl. clinical audit, synonymum medical audit)** je „systematická a kritická analýza kvality zdravotní péče. Klinický audit zahrnuje diagnostické a terapeutické postupy, využívání zdrojů a výsledky péče.“⁵¹
- **Kritérium (angl. criterion)** je „míra dosažitelnosti standardu. Každé kritérium musí být přesně definováno, abychom mohli zhodnotit, zda bylo/nebylo splněno.“⁵² „Kritérium popisuje kvalitu péče a může ji měřit.“⁵³

Podle výběru může kritérium být:

- a) **Vnitřní** - je vybráno pracovníkem, který se sám hodnotí
- b) **Vnější** - je vybráno nezúčastněným pracovníkem

Podle toho, která fáze zdravotní péče je měřena, může kritérium být:

- a) **Kritérium struktury** - vztahuje se ke zdrojům. „Co je potřeba?“
- b) **Kritérium procesu** - vztahuje se k vlastní činnosti a rozhodování zdravotnických pracovníků a uživatelů péče. „Co dělám?“
- c) **Kritérium výsledků** - vztahuje se k výstupům péče. „Co očekávám?“^{54, 55, 56}

⁵⁰ FILIP, Karel, SECHSER, Tomáš. Základní terminologie ve farmakoekonomice a farmakoterapii – 9. část. *Remedia*. 2006, roč. 16, č. 5, s. 495–499.

⁵¹ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRICS. *Clinical Practice Guidelines and Their Development*, s. 40.

⁵² FILIP, Karel, SECHSER, Tomáš. Základní terminologie ve farmakoekonomice a farmakoterapii – 9. část. *Remedia*. 2006, roč. 16, č. 5, s. 495–499.

⁵³ NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Principles or best practice in clinical audit [online]. <<http://www.nice.org.uk>>. s. 21–30.

⁵⁴ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRICS. *Clinical Practice Guidelines and Their Development*, s. 19.

⁵⁵ FILIP, Karel, SECHSER, Tomáš. Základní terminologie ve farmakoekonomice a farmakoterapii – 9. část. *Remedia*. 2006, roč. 16, č. 5, s. 495–499.

⁵⁶ WOLLERSHEIM, H., HERMES, R., HULSCHER, M., BRASPENNIG, J., OUWENS, M., SCHOUTEN, J., MARRES, H., DIJKSTRA, R., GROEL, R. Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine*. 2007, roč. 65, č. 1, s. 15–22.

Podle způsobu vyjádření může kritérium být

- a) **Implicitní** - nejsou přesně definována
- b) **Explicitní** - jsou vyřčena a zapsána.

□ **Klinické kritérium (angl. medical review criterion, synonymum clinical review criterion)** je „systematicky vytvářené stanovisko, které může být využito k hodnocení služeb, výsledků a přiměřenosti rozhodnutí při poskytování zdravotní péče.“⁵⁷ Je to příklad explicitního kritéria.

□ **Indikátor zdravotní péče (angl. clinical indicator).** Popisuje kvalitu poskytnuté zdravotní péče.⁵⁸

„Sleduje a hodnotí důležité aspekty zdravotní péče. Její kvalitu neměří přímo, ale upozorňuje na specifické problémy, které pak mohou být podrobně zkoumány.“⁵⁹

Indikátory zdravotní péče by měly vycházet z kvalitních standardů, měly by být vytvářeny transparentně a přesnou metodikou. „Indikátorů zdravotní péče je několik typů:

- a) **Indikátory zlepšení zdravotní péče:** např. úmrtnost na kardiovaskulární choroby
- b) **Indikátory přístupu ke zdravotní péči:** např. počty plánovaných chirurgických výkonů
- c) **Indikátory efektivity poskytnuté adekvátní zdravotní péče:** např. počty očkovaných dětí
- d) **Indikátory výkonnosti zdravotního systému:** např. cena psychiatrické péče.⁶⁰

⁵⁷ FIELD, Marilyn J., LOHR, Kathleen N. Eds. Guidelines for clinical practice. From development to use [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>, s. 2.

⁵⁸ Srov. WOLLERSHEIM, H., HERMES, R., HULSCHER, M., BRASPENNIG, J., OUWENS, M., SCHOUTEN, J., MARRES, H., DIJKSTRA, R., GROU, R. Clinical indicators: development and applications. The Netherlands Journal of Medicine. 2007, roč. 65, č. 1, s. 15–22.

⁵⁹ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRICS. Clinical Practice Guidelines and Their Development, s. 19.

⁶⁰ FILIP, Karel, SECHSER, Tomáš. Základní terminologie ve farmakoekonomice a farmakoterapii – 9. část. Remedia. 2006, roč. 16, č. 5, s. 495–499.

Každý KDP měl jasně definovat:

- Klinická kritéria
- Indikátory zdravotní péče
- Standardy

Tak můžou uživatelé KDP hodnotit a srovnávat praktické provedení s danými doporučeními a zpětně získávat informace o plnění standardu.⁶¹

Kombinace KDP, standardu, protokolu a klinického algoritmu je důležitou pomůckou klinického rozhodovacího procesu.⁶²

1.3 Klinické doporučené postupy - obecné zásady

Podle způsobu tvorby dělíme KDP na původní a adaptované - podle toho, jestli chceme vytvořit zcela nový KDP nebo použijeme k adaptaci na místní podmínky již existující KDP. O metodách tvorby a adaptace KDP bude pojednávat následující kapitola (1.4).

1.3.1 Zaměření klinických doporučených postupů

KDP můžou být určené pro klinickou nebo veřejnou oblast.

Klinické doporučené postupy pro klinickou oblast:

- a) **Klinické doporučené postupy** - zabývají se diagnostickou, terapií a prevencí určitého onemocnění u konkrétního pacienta ve specifickém klinickém případě. Definice viz 1.2.1.

⁶¹ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRICS. Clinical Practice Guidelines and Their Development, s. 19. 125

⁶²CONNIS, R. T., NICKINOVICH, D. G., CAPLAN, R. A., ARENS, J. F. The development of evidence-based clinical practice guidelines. Integrating medical science and practice. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2000, roč. 16 (4), s. 1003–1012.

- b) **Technologické doporučené postupy** - nástrojem intervence jsou postupy využívající různé materiály. Podle studií o kvalitě KDP jsou doporučené diagnostické postupy horší kvality než terapeutické postupy, a to hlavně v oblasti laboratorní medicíny.⁶³
- c) **Intervenční doporučené postupy** - jsou určeny pro diagnostické a terapeutické intervenční výkony, např. invazivní, miniinvazivní, radiologické

Klinické doporučené postupy pro veřejnou oblast:

KDP pro veřejnou oblast (angl. guidelines for interventions in community settings) mají za úkol působit preventivně a podporovat zdravý životní styl. K jejich tvorbě se používají různé metody. Vychází z principů veřejného zdravotnictví založeného na důkazech (angl. evidence-based public health, EBPH).^{64,65}

- a) **Doporučené postupy pro intervence ve veřejném zdravotnictví** - místní, jasně vymezené preventivní postupy nebo činnosti pro podporu zdravého životního stylu.
- b) **Doporučené postupy po programy ve veřejném zdravotnictví** - soubor služeb, intervencí a plánů zapojující vládní i nevládní instituce.

1.3.2 Kde klinické doporučené postupy vznikají?

Organizaci tvorby KDP zajišťují vládní i nevládní instituce; místní, regionální, národní i mezinárodní společnosti.

⁶³WATINE, Joseph, FRIEBERG, Bruno, NAGY, Eva, ONODY, Rita, OOSTERHUIS, Wytze, BUNTING, Peter S., CHARET, Jean-Christophe, HORVATH, Rita. Conflict between guideline methodologic quality and recommendation validity: A potential problem for practitioners. *Clinical Chemistry*. 2006, roč. 52, č. 1, s. 65–72.

⁶⁴BROWNSON, Ross C., BAKER, Elizabeth A., LEET, Terry L., GILLESPIE, Kathleen N. *Evidence-based public health*, s. 71–83.

⁶⁵NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *The public health guidance development process. An overview for stakeholders including public health practitioners, policy makers and the public* [online]. <<http://www.nice.org.uk>>

a) Odborné lékařské a nelékařské společnosti

Vůbec prvním KDP na světě byla monografie Americké pediatrické akademie (American Academy of Pediatrics, AAP) o terapii infekčních chorob z roku 1938. (viz dále). Před rokem 1980 se ve světě vyskytovalo jen několik lékařských společností, zabývajících se tvorbou KDP. Zlomem byla konference Council of Medical Speciality Society v roce 1987, kdy její účastníci přijali odpovědnost odborných společností za konečnou podobu KDP.⁶⁶ V současnosti se tvorbou, hodnocením a zaváděním KDP zabývá mnoho odborných lékařských i nelékařských společností u nás i v zahraničí. Má to své výhody i nevýhody. Jedním z hlavních témat diskusí na toto téma je střet zájmů. Rozličné společnosti mají rozdílný přístup k finanční podpoře na konkrétní projekty - některé nepovolují přijímat finanční podporu, můžou však přijmout příspěvek do celkového rozpočtu. Zatím nejsou stanovena jasná pravidla pro odpovědnost za jasný střet zájmů. Některé společnosti ale vyžadují prohlášení o střetu zájmů před tvorbou KDP.⁶⁷

b) Vládní a veřejné organizace

První státní organizací, která měla co do činění s KDP, byla americká Food and Drug Administration (FDA), testující léčivé přípravky a lékařské přístroje. První vládní organizací na světě, která tvořila KDP, byla Office of Medical Applications of Research (Úřad pro klinickou aplikaci výzkumu) Národní zdravotní služby (angl. National Institutes of Health) ve Spojených státech.

V současnosti je už hodnocení většiny medicínských otázek prováděno na základě medicíny založené na důkazech. Součástí každého takového hodnocení jsou systematické literární přehledy, které vytváří Agentura pro výzkum a kvalitu zdravotní péče (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ). Celý proces od tvorby konceptu po výstup trvá 18 měsíců.⁶⁸ Nyní AHRQ nevytváří svoje KDP,

⁶⁶FIELD, M., LOHR, K., *Guidelines for clinical practice. From development to use*, s. 52.

⁶⁷STEINBROOK, R., Guidance for guidelines, *The New England Journal of Medicine*. 2007, roč. 356, č. 4, s. 331-333.

⁶⁸STEINBROOK, R., Guidance for guidelines, *The New England Journal of Medicine*. 2007, roč. 356, č. 4, 331-333.

ale finančně podporuje vznik asi 20-25 systematických přehledů ročně.⁶⁹ Další významnou institucí tvořící KDP je vládou podporovaný britský National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Je součástí Národní zdravotní služby (National Health Service, NHS) a vytváří nezávislá, „směrodatná a hodnověrná doporučení pro podporu zdraví, prevenci a léčbu nemocí.“⁷⁰

Dosud NICE vydal 163 KDP, ve vývoji je dalších 69. Technologických doporučení je zatím 276 a dalších 152 je ve vývoji. NICE vydává také doporučené postupy pro oblast veřejného zdravotnictví - je jich 58 a ve vývoji pak 24.⁷¹

1.3.3 Komu jsou klinické doporučené postupy určeny?

Je vhodné již od začátku vědět, komu bude KDP určen a kdo ho bude používat. Pak může být vytvořen KDP přímo na míru skutečnému uživateli. Primárně jsou KDP určené lékařům, zdravotnickým pracovníkům, pacientům a jejich rodinám, zdravotnickým institucím. Dalšími uživateli jsou zdravotní pojišťovny, státní instituce a veřejní činitelé.

- a) **Primární uživatelé** - jsou lékaři, zdravotničtí pracovníci a pacienti. I když se při tvorbě KDP předpokládá, že pacienti budou rovnoprávnými členy skupiny pro tvorbu KDP, a budou se pak podílet na rozhodování o intervencích a jejich výsledcích⁷², jen zřídka se stává, že při plné verzi KDP existuje i zjednodušená podoba pro pacienty. Např. NICE vydává s každým KDP i jeho patientskou verzi.

- b) **Jiní uživatelé** - jsou to uživatelé mimo lékařské odborné scény, většinou vyšší management systému zdravotní péče, veřejné a státní instituce. Používají KDP k rozhodnutím, kterou zdravotní péči odmítnou nebo naopak finančně podpoří.

⁶⁹STEINBROOK, R., Guidance for guidelines, *The New England Journal of Medicine*. 2007, roč. 356, č. 4, 331–333.

⁷⁰NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. [online]. [cit. 2008-02-06]. <<http://www.nice.org.uk>>.

⁷¹Tamtéž.

⁷²ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRICS. *Clinical Practice Guidelines and Their Development*.

S těmito uživateli se nepočítá při tvorbě a zavádění KDP, nejsou zapojeni do rozhodovacího procesu; ale podporují rozšiřování KDP a diskuzi o KDP.

1.3.4 Součásti klinických doporučených postupů

KDP mají dvě součásti:

1. **Důkazy** - přehled důkazů nám řekne o typickém účinku zákroku na pacienta.⁷³
2. **Podrobný návod k použití** - kde se dozvíme, co je třeba s pacientem udělat.⁷⁴

Tabulka 1 Nutné součásti klinického doporučeného postupu

	Důkazy	Návod k použití
Souhrn	Typický účinek tohoto diagnostického/léčebného/profylaktického zákroku na typického pacienta	Přesný popis toho, co je potřeba pacientovi či s pacientem udělat
Zásadní podmínky	Validita Význam Aktuálnost	Lokální význam
Odbornost nutná k realizaci	Základní lékařské vědy Klinický význam Klinická epidemiologie Informační zdroje Biostatistika Chování spotřebitelů	Klinická praxe Lokální: hodnocení pacientů současná praxe geografie ekonomika sociologie politika tradice
Místo vzniku	Mezinárodní či národní	Lokální
Forma výstupu	Úroveň kvality důkazu	Stupeň síly doporučení Podrobný návod k použití Vývojový diagram Protokoly

Podle Sackett, D. L. aj. *Evidence-based medicine. How to practice and teach*, s. 171.

⁷³SACKETT, David L., STRAUS, Sharon E., RICHARDSON, W. Scott, ROSENBERG, William, HAYNES, Brian R. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. s. 170–172.

⁷⁴SACKETT, David L., STRAUS, Sharon E., RICHARDSON, W. Scott, ROSENBERG, William, HAYNES, Brian R. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. s. 170–172.

Překážky, které by mohly nastat při uplatňování našeho KDP, závisí na použitelnosti KDP v lokálních podmínkách. Sackett udává čtyři takové situace:

- Výskyt nemoci v dané populaci je příliš nízký. Zavedení KDP by nemělo smysl.
- Nízká důvěra jednotlivců nebo společnosti v doporučené postupy, hodnotu či ve vlastní užitečnost doporučených výkonů.
- Zavedení KDP není pro společnost výhodné, protože skryté náklady by byly příliš vysoké.
- Překážky implementace jsou příliš výrazné a nejsou překonatelné.⁷⁵

Při tvorbě KDP se používají dva typy důkazů:

1. **Klinické důkazy** - popisují vztah mezi pacientem a intervencí
2. **Ekonomické důkazy** – popisují vztah mezi pacientem, intervencí a ekonomickými ukazateli.

1.3.5 Vlastnosti klinických doporučených postupů

Je bezpečné vždy znát účinnost a pravděpodobnost, že lékaři budou KDP používat. Popisuje se celkem 8 vlastností, které by měl kvalitní KDP splňovat.⁷⁶

1. Vlastnosti vztahující se k obsahu
 - a. Validita
 - b. Reliabilita a opakovatelnost
 - c. Použitelnost
 - d. Přizpůsobivost
2. Vlastnosti vztahující se k procesu tvorby
 - a. Srozumitelnost
 - b. Multidisciplinární přístup

⁷⁵SACKETT, David L., STRAUS, Sharon E., RICHARDSON, W. Scott, ROSENBERG, William, HAYNES, Brian R. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. s. 170–172.

⁷⁶FIELD, M., LOHR, K., *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>> , s. 15–26.

- c. Plánování revize
- d. Dokumentace

Vlastnosti vztahující se k obsahu:

Validita

Validita znamená „pravděpodobnost, že dosáhneme žádoucích výsledků zdravotní péče, pokud se jim lékaři a pacienti budou řídit daným KDP.“⁷⁷ To znamená, že pokud budeme postupovat podle daného KDP, mělo by být dosaženo předpokládaných výsledků. Sledování validity zahajujeme po zavedení KDP do klinické praxe. Součástí KDP by měla být informace o předpokládaných klinických a ekonomických výstupech (**klinické kritéria a indikátory zdravotní péče**). **Klinický audit** pak slouží ke zkoumání, do jaké míry jsou splněná **klinická kritéria**. Splnění klinických kritérií se stanovuje pomocí **indikátorů zdravotní péče**. Posuzujeme i vztah mezi vlastním doporučením a důkazy (tzv. „výsledky klinického výzkumu“),⁷⁸ na kterých jsme stavěli. K tomu je potřeba informace o **kvalitě důkazu a síle doporučení**.^{79, 80} Přehled klasifikace kvality důkazů a síly doporučení by měl být součástí každého KDP. Rozličné systémy pro jejich určení se sice liší, ale princip zůstává stejný.

Podle Sacketta můžeme problematiku validity zjednodušit na dvě otázky:⁸¹

1) Provedli autoři souhrnný a opakovatelný systematický přehled (a kdy)?

Je nutné se zaměřit na úplnost literárního **systematického přehledu** (angl. **systematic review**) kvůli omezení **publikačního zkreslení** (angl. **publication bias**). Publikační zkreslení je „systematická chyba, která vznikne při sběru dat, jejich kontrole, analýze, interpretaci či publikaci a která vede k závěrům systematicky se lišícím

⁷⁷HEFFNER, John E. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest*. 1998, roč. 113, s. 173S.

⁷⁸FILIP, Karel, SECHSER, Tomáš. Aktuální problémy farmakoterapeutické praxe. Kritické stanovisko – 7. část. *Remedia*. 2006, roč. 16, č. 5, s. 297.

⁷⁹Srov. HEFFNER, John E. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest*. 1998, roč. 113, s. 173S.

⁸⁰FIELD, M., LOHR, K., *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>s. 15–26.

⁸¹SACKETT, David L., STRAUS, Sharon E., RICHARDSON, W. Scott, ROSENBERG, William, HAYNES, Brian R. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. s. 178.

od skutečnosti.“⁸² Je to tedy nenáhodná chyba, zásadně ovlivňující kvalitu přehledu nebo metaanalýzy. Měla by být dodržena **metodika tvorby systematického přehledu**, který by neměl být omezen jenom na jeden typ klinických studií.

Měly by být zahrnuty publikované **i nepublikované studie ve všech relevantních jazycích**. Je známý negativní postoj k publikacím v jiných jazycích než v angličtině. Lékařské a vědecké společnosti je považují za méně dostupné a citované. Může ale nastat případ opomíjení publikací v jiných jazycích a teda absence relevantních informací.

Jiným problémem je **opomíjení nepublikovaných studií**, co by nebyl problém, pokud by rozdíly mezi publikovanými a nepublikovanými studiemi nebyli systematické. Studie s negativními výsledky se vůbec nedokončí, nenapíší nebo neodešlou k vydání.⁸³ Ty s pozitivními výsledky jsou naopak šířeny, publikovány a přijímány mnohem rychleji a snadněji.⁸⁴

V rámci evaluace KDP je nutné provádět jeho aktualizaci. Sackett doporučuje aktualizaci KDP optimálně co 12 měsíců, není to však závazné - v případě dynamičtěji se vyvíjející oblasti klinického výzkumu může být i kratší.

2) Je u každého KDP uveden i údaj o úrovni kvality použitých důkazů a odkaz k příslušné citaci?

Jinak totiž nelze rozeznat spolehlivá doporučen od těch slabých. Jestli daný KDP nevyhovuje jedné nebo oběma podmínkám, nelze odhadnout, jaké bude mít jeho aplikace v praxi důsledky. Používání KDP sporné kvality totiž „může vést k neúčinným zákrokům, neefektivnímu využívání omezených zdrojů a nejhorším případě k poškození pacientů.“⁸⁵

⁸²PIKHART, Hynek. Zkreslení a jeho typy. In ZVÁROVÁ, Jana, MALÝ, Marek (eds.) *Statistické metody v epidemiologii – svazek 1*, s. 45.

⁸³DICKERSIN, Kay, RENNIE, Drummond. Registering Clinical Trials. *The Journal of American Medical Association*. 2003, roč. 290, s. 516–523.ě růz

⁸⁴IOANNIDIS, John P. Effect of the statistical significance of results on the time to completion and publication of randomized efficacy trials. *The Journal of American Medical Association*. 1998, roč. 279, s. 281–286.

⁸⁵GRAHAM, Ian D., HARRISON, Margaret B. Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evidence-Based Nursing*. 2005, roč. 8, s. 68–72.

Reliabilita a opakovatelnost

Tvrdíme, že KDP je reliabilní, pokud jej nezávisle na sobě různí uživatelé interpretují a používají shodným způsobem. Opakovatelnost zase znamená, že při využití stejných důkazů a stejné metodiky vyvine jiná skupina odborníků v podstatě stejný KDP.^{86, 87}

Použitelnost

Kvalitní KDP by měl obsahovat údaje o konkrétní situaci, populaci a prostředí, pro které je určen.⁸⁸ Existují varovné znaky, které by nás měly upozornit na to, že daný KDP není použitelný:

- výskyt nemoci v dané populaci je příliš nízký,
- malá důvěra jednotlivců/společnosti v KDP, hodnotu či ve vlastní užitečnost doporučovaných výkonů,
- zavedení KDP pro společnost není výhodné, protože skryté náklady by byly příliš vysoké,
- překážky implementace jsou příliš výrazné a nejsou překonatelné.

Přizpůsobivost

KDP je určen pro konkrétního pacienta v konkrétní situaci. Lékař je tou osobou, která převádí poznatky z vědeckého výzkumu do klinické praxe. Měl by proto počítat s tím že neléčí populaci zkoumanou v klinické studii, ale konkrétního pacienta. Proto by se měl rozhodnout přiměřeně dané situaci a podle potřeb pacienta a být schopen nabízet také alternativní doporučení.

⁸⁶HEFFNER, John E. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest*. 1998, roč. 113, s. 173S.

⁸⁷FIELD, M., LOHR, K., *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>> s. 15–26.

⁸⁸FIELD, M., LOHR, K., *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>> s. 15–26.

Vlastnosti vztahující se k procesu tvorby:

Srozumitelnost

Srozumitelnost je jedna z podmínek správné komunikace. Správný KDP by měl obsahovat jednoznačné výrazy a přesné definice. Měl by mít logickou strukturu a má být jednoduše sdělitelný.⁸⁹

Multidisciplinární přístup

Vytvoření kvalitního KDP vyžaduje klinické, metodologické a komunikační dovednosti; orientaci v ekonomické, sociální i politické problematice. Proto čím pestřejší skupina se na jeho vytvoření bude podílet, tím kvalitnější bude výsledek. Do procesu vývoje KDP by měly mít možnost vznášet připomínky a vyjadřovat názory všechny zainteresované osoby. Je třeba se rozhodnout, zda bude využito raději principů medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine) nebo medicíny založené na věhlasu (eminence-based medicine).⁹⁰

Plánování revize

Každý KDP by měl obsahovat informace o termínu aktualizace k doplnění nových skutečností, vědeckých a klinických poznatků či konsensu. Nové informace můžou být doplněné hned, pokud je k dispozici nový relevantní důkaz. Lepší je ale stanovit si přesný termín pro aktualizaci metaanalýzy nebo systematického přehledu, ze kterého KDP vychází.⁹¹

⁸⁹FIELD, M., LOHR, K., *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>> ; s. 15–26.

⁹⁰KEFFER, Joseph H. Guidelines and algorithms: perception of why and when they are successful and how to improve them. *Clinical Chemistry*. 2001, roč. 47, č. 8, s. 1565.

⁹¹SHEKELLE, Paul G., WOOLF, Steven H., ECCLES, Martin, GRIMSHAW, Jeremy. Developing guidelines. *The British Medical Journal*. 1999, roč. 318, s. 593–596.

Dokumentace

Proces tvorby a účastníci KDP, použité důkazy, přijaté předpoklady, odůvodnění a analytické metody musí být důkladně popsány a dokumentovány.⁹² Příkladem podrobné dokumentace je britská společnost NICE, kde KDP obsahují údaje o cílech, zaměření, metodách tvorby KDP, složení pracovních skupin, informace o zapojení pacientů a veřejnosti, cílové skupině a financování celého procesu.⁹³

1.3.6 Cíle klinických doporučených postupů

KDP by měly pojmut velké spektrum klinických zkušeností, vědeckých poznatků a potřeb pacientů. S rozmanitostí jednotlivých uživatelů a způsobů používání KDP jde ruku v ruce i různorodost jejich cílů:^{94, 95}

1. Pomoc lékařům a pacientům v rozhodování.

2. Šíření nejlepší klinické praxe založené na systematických důkazech.

KDP pomáhají zprostředkovat znalosti ohledně současného klinického výzkumu lékařům, kteří se nestíhají orientovat v záplavě nových informací.⁹⁶ KDP také zpětnou vaznou pomáhají určovat priority dalšího vědeckého výzkumu.⁹⁷ Hlavním posunem je v současnosti používání (a již převládání) principů EBM v klinické praxi.^{98, 99}

⁹²FIELD, M., LOHR, K., *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online], s. 21.

⁹³NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Atrial fibrillation – full guideline* [online]. <<http://guidance.nice.org.uk/CG36>>.

⁹⁴WOOLF, Stephen H., GROL, Richard, HUTCHINSON, Allen, ECCLES, Martin, GRIMSHAW, Jeremy. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *The British Medical Journal*. 1999, roč. 318, s. 527-530.

⁹⁵DAVIS, Dave, GOLDMAN, Joanne, PALDA, Valerie A. *Handbook on Clinical Practice Guidelines*, s. 3.

⁹⁶LOCATELLI, Francesco, ANDRULLI, Simeone, DEL VECCHIO, Lucia. Difficulties of implementing clinical guidelines in medical practice. *Nephrology, dialysis, transplantation*. 2000, roč. 15, s. 1284–1287.

⁹⁷DAVIS, Dave, GOLDMAN, Joanne, PALDA, Valerie A. *Handbook on Clinical Practice Guidelines*, s. 3.

⁹⁸BURGERS, Jako S., GROL, Richard, KLAZINGA, Niek S., MÄKELÄ, Marjukka, ZAAT, Joost. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *International Journal of Quality in Health Care*. 2003, roč. 15, č. 1, s. 31–45.

⁹⁹BOLUYT, Nicole, LINCKE, Carsten R., OFFRINGA, Martin. Quality of evidence-based pediatric guidelines. *Pediatrics*. 2005, roč. 115, s. 1378–1391.

3. Měření a zajišťování kvality zdravotní péče. Snížení míry nepřiměřené a zbytečné péče.

Nepřiměřená péče je taková, když předpokládané přínosy nepřevyšují očekávané negativní důsledky.

4. Snížení bezdůvodných rozdílů mezi poskytovateli zdravotní péče.

KDP by mohly být nástrojem pro konzistentnější a účinnější poskytování zdravotní péče.¹⁰⁰

5. Zlepšen úrovně komunikace.

KDP se staly významným nástrojem komunikace, bez které nelze poskytovat kvalitní zdravotní péči.¹⁰¹

6. Podpora etické praxe.

KDP zvyšují jednoznačnost a transparentnost péče, informují pacienty a podporují autonomii volby.

7. Vzdělávání jednotlivců a skupin.

KDP jako vzdělávací materiál mohou sloužit lékařům i pacientům, přispívají také k výchově a celoživotnímu vzdělávání zdravotnických pracovníků. Integrace KDP do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání má dvě složky:

- učit o KDP. Seznamovat studenty a zdravotnické odborníky principy tvorby, adaptace, implementace, evaluace KDP.
- učit se z KDP. Využívat je jako zdroj kvalitních a aktuálních medicínských informací.

¹⁰⁰WOOLF, Stephen H., GROL, Richard, HUTCHINSON, Allen, ECCLES, Martin, GRIMSHAW, Jeremy. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *The British Medical Journal*. 1999, roč. 318, s. 527 – 530.

¹⁰¹MOTTUR-PILSON, Christiel. Internists' evaluation of guidelines: the IMCARE practice guidelines network. *International Journal for Quality in Health Care*. 1995, roč. 7, s. 31–37.

8. Informační zdroj pro proces řízení zdravotní péče a snižování rizika vzniku právní odpovědnosti v důsledku postupu non lege artis.

KDP jsou nejvyšším zdrojem informací a proto hrají důležitou úlohu v manažerském rozhodování ve zdravotnictví. Prostřednictvím kvalitních KDP je možné snižovat náklady zdravotní péče, zvyšovat efektivnost nákladů a dosahovat tak co možno nejlepší péči za co nejnižší náklady.¹⁰² Ne vždy však platí tvrzení, že je efektivní činnost, kterou dosahujeme s co nejmenšími zdroji nebo náklady.¹⁰³ KDP také snižují riziko vzniku právní odpovědnosti v důsledku nesprávného postupu při poskytování zdravotní péče. Právní závaznost (a důsledky její porušení) jsou ukotveny v různých legislativách rozdílným způsobem.

1.3.7 Kde vznikají klinické doporučené postupy?

Na tvorbu KDP jsou potřebné znalosti a dovednosti vysoké odborné úrovně, spousta času a finančních prostředků. Proto by měly být vytvářené velkými skupinami odborníků na mezinárodní či národní úrovni. Mezinárodní KDP jsou tvořené podle přísných metodologických pravidel, měly by být nezájaté a hodnotit validitu důkazů, na kterých jsou postavené. Naopak místní KDP by měly být hlavně jednoduché, přizpůsobivé a využitelné v každodenní praxi. Místní KDP by měl obsahovat srozumitelný přehled doporučení a být „ušit na míru.“^{104, 105} Neměla by to být kopie jiného KDP, nýbrž přizpůsobení současným místním podmínkám.¹⁰⁶ Grimshaw a Russel ve své práci ohledně hodnocení implementovaných KDP zjistili, že nejlepší KDP jsou lokálně vytvořené přímo budoucími uživateli, šířené pomocí zvláštních

¹⁰²PILOTE, Louise, TAGER, Ira B. Outcomes research in the development and evaluation of practice guidelines. *BMC Health Services Research* [on-line], 2002. <<http://www.biomedcentral.com/472-6963/2/7>>.

¹⁰³ZLÁMAL, Jaroslav. *Ekonomie a etika. Kapitoly z lékařské etiky*, s. 114.

¹⁰⁴OOSTERHUIS, Wytze P., BRUNS, David E., WATINE, Joseph, SANDBERG, Sverre, HORVATH, AAndrea R. Evidence-based guidelines in laboratory medicine: principles and methods. *Clinical Chemistry*. 2004, roč. 50, č. 5, s. 806–818.

¹⁰⁵MAGROLIS, Carmi Z. Methodology matters – VII. Clinical practice guidelines: methodological considerations. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, roč. 9, č. 4, s. 303–306.

¹⁰⁶GREENHALGH, Trisha. *How to Read a Paper*, s. 138–139.

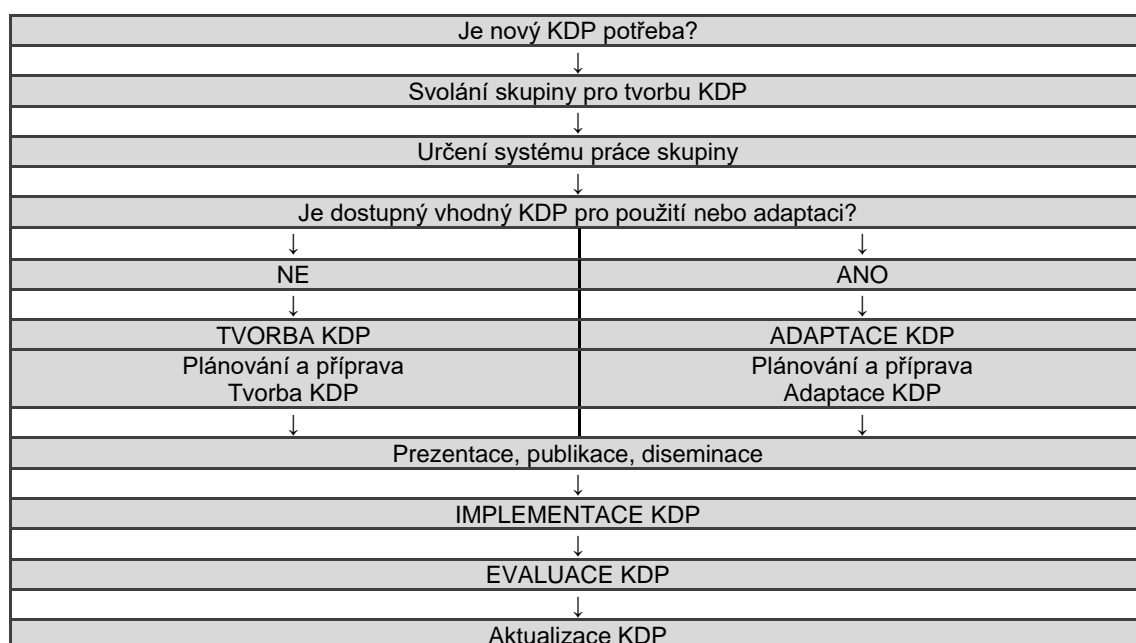
vzdělávacích programů a připomínané samotným pacientem při jeho návštěvě.¹⁰⁷ Síla lokálních KDP je založena na kvalitě těch mezinárodních a národních KDP.

1.4 Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů

1.4.1 Tvorba nebo adaptace?

Při otázce ohledně vzniku nového KDP se musíme zamyslet nad tím, jestli je vůbec nový KDP potřeba. Pak je třeba se zamyslet nad tím, zda budeme vyvíjet nový KDP nebo adaptujeme již existující kvalitní KDP. Podle toho bude výsledkem původní nebo adaptovaný KDP.

Tabulka 2 Hlavní kroky adaptace a vývoje KDP



Podle DAVIS, Dave, GOLDMAN, Joanne, PALDA, Valerie A. Handbook on Clinical Practice Guidelines.

¹⁰⁷GRIMSHAW, J. M., RUSSELL, I. T. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*. 1993, roč. 342, s. 1317–1322.

1.4.2 Metody tvorby

1.4.2.1 *Medicína založená na věhlasu (eminence-based medicine), expertní doporučení*

Expertní doporučený postup (angl. opinion-based guideline) je jedna z nejstarších metod tvorby doporučení vůbec. Využíváme je, pokud nemáme k dispozici žádné důkazy vyšší kvality. Spočívá ve vydávání doporučení odborníkem/skupinou odborníků z příslušného oboru, zatímco jiní můžou mít opačný názor. Spíše než na důkazech je tento postup založený na věhlasu. Dle Sacketta EBM v praxi znamená spojení „individuálních odborných klinických znalostí s nejlepšími dostupnými klinickými důkazy, které jsou získány ze systematických přehledů.“¹⁰⁸

1.4.2.2 *Metoda konsenzu*

Je to další starší metoda tvorby doporučení, kdy odborníci v panelové diskuzi dosahují všeobecné shody, aniž by použili některé z analytických metod. Zavádění těchto doporučení do praxe je však obtížné, pokud nejsou doplněná vhodnými literárními zdroji. Jejich validita je teda značně omezena.¹⁰⁹ Nejdříve byla metoda konsenzu neformální, bez jasných pravidel, postupně však vznikali formální konsensuální techniky, např. „technika formální skupiny“ - deset členů určuje klinické otázky pro tvorbu KDP, poté jednotliví členové vyslovují v soukromí svůj názor a pak probíhá diskuze o sporných bodech. Po diskuzi znova všichni vysloví soukromí svůj názor, proběhne analýza těchto názorů organizátorem a výsledkem je skupinové stanovisko. Další technikou je např. Delfská metoda aj.^{110, 111}

¹⁰⁸SACKETT, David L., ROSENBERG, William M. C., GRAY, J. A. Muir, HAYNES, R. Brian, RICHARDSON, W. Scott. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *The British Medical Journal*. 1996, roč. 312, s. 71.

¹⁰⁹HUTTIN, Christine. The use of clinical guidelines to improve medical practice: main issues in the United States. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, roč. 9, č. 3, s. 207–214.

¹¹⁰RAINE, Roosalind, SANDERSON, Colin, BLACK, Nick. Developing clinical guidelines: a challenge to current methods. *The British Medical Journal*. 2005, roč. 331, s. 631–633.

¹¹¹MURPHY, M. K., BLACK, N. A., LAMPING, D. L., McKEE, C. M., SANDERSON, C. F. B., ASKHAM, J., MARTEAU, T. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*. 1998, roč. 2, č. 3, s. 1–87.

1.4.2.3 **Medicína založená na důkazech (evidence-based medicine)**

„Medicína založená na důkazech je svědomité, jednoznačné a kritické využívání nejlepších současných důkazů pro rozhodování o péči poskytované jednotlivým pacientům.“¹¹² Podmínkou pro využívání principů EBM v klinické praxi je „integrace nejlepších vědeckých důkazů, našich klinických zkušeností se specifickými okolnostmi a hodnotami našeho pacienta.“¹¹³ EBM je „postup, kdy problémy převádíme na otázky a následně systematicky vyhledáváme výsledky výzkumu jako základ pro klinické rozhodování.“¹¹⁴ Pro správné využití EBM je důležité umět formulovat klinické otázky, vyhledávat nejlepší dostupné důkazy, ale pro ověření validity vědeckých výsledků je nutné i kritické hodnocení metodiky studií. Nalezené informace je třeba také správně použít v péči o pacienta. Další důležitou součástí klinického rozhodovacího procesu je „zjišťování a porozumění hodnotám pacienta“ a „schopnost jej přiměřeně zapojit do rozhodování.“

Medicína založená na důkazech spojuje:¹¹⁵

- nejlepší vědecké důkazy,
- klinickou zkušenost,
- pacientovy hodnoty,
- specifické okolnosti.

Když chceme při tvorbě KDP vycházet z principů EBM, musíme postupně projít pěti kroky (viz tab. 6). Je třeba si nejdříve položit vhodné otázky (viz tab. 7), najít nejlepší dostupné vědecké důkazy, kriticky je zhodnotit a pak použít v klinické praxi. Pak je třeba ohlednout se zpět, získat zpětnou vazbu a teda provést evaluaci intervence

¹¹²SACKETT, David L., ROSENBERG, William M. C., GRAY, J. A. Muir, HAYNES, R. Brian, RICHARDSON, W. Scott. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *The British Medical Journal*. 1996, roč. 312, s. 71.

¹¹³STRAUS, Sharon E., RICHARDSON, W. Scott, GLASZIOU, Paul, HAYNES, Brian R. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*, s. 1.

¹¹⁴HUTTIN, Christine. The use of clinical guidelines to improve medical practice: main issues in the United States. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, roč. 9, č. 3, s. 209.

¹¹⁵STRAUS, Sharon E., RICHARDSON, W. Scott, GLASZIOU, Paul, HAYNES, Brian R. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*, s. 1.

aplikované do klinické praxe. Na důkazech s největší úrovní kvality pak založíme naše doporučení, která budou mít určitou sílu.^{116, 117}

Tabulka 3 Principy EBM v pěti krocích

Tvorba zodpověditelné klinické otázky	Pacient (pacient) Intervention (intervence) Comparison (kontrola/srovnání) Outcome (výstup)
↓	
Hledání nejlepších důkazů	Sekundární zdroje Primární zdroje
↓	
Hodnocení důkazů	Jsou důkazy validní? Jsou důležité, relevantní?
↓	
Rozhodování	Jak intervence pomůže konkrétnímu pacientovi? Je intervence v souladu s pacientovými hodnotami a cíli? Je intervence efektivní z hlediska nákladů?
↓	
Hodnocení našeho výkonu	Jak to lze příště udělat lépe?

Podle HANEGHAN, Carl, BADENOCH, Douglas, *Evidence-based medicine Toolkit*, s. 5

¹¹⁶HANEGHAN, Carl, BADENOCH, Douglas. *Evidence-based medicine Toolkit*. s. 5.

¹¹⁷STRAUS, Sharon E., SACKETT, David L. Getting research findings into practice. *The British Medical Journal*. 1998, roč. 317, s. 339–342.

Tabulka 4 Typy klinických otázek a studií

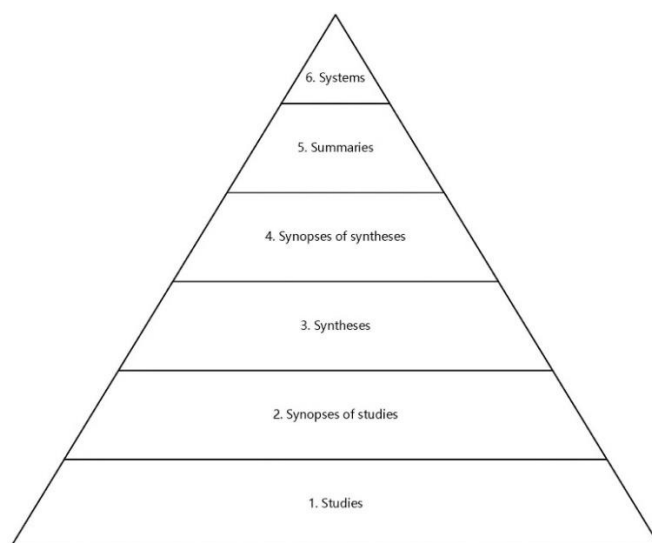
Kam může mířit naše otázka?	Jaký typ studie hledáme?
Etiologie	Studie případů a kontrol Kohortová studie
o Může akutní infarkt myokardu (AIM) způsobit komorové arytmie?	
Diagnostika	Diagnostická studie
o Je stanovení hladiny Troponinu I specifickým diagnostickým testem u pacienta s AIM bez ST elevací?	
Prognóza	Kohortová studie
o Zvyšuje diabetes mellitus riziko smrti u pacienta s AIM?	
Léčba a prevence	Randomizované kontrolované studie
o Snižuje akutní koronární intervence riziko smrti u pacienta s AIM bez ST elevací?	
o Snižuje léčba Clopidogrelem mortalitu a morbiditu u pacienta po AIM ?	
Efektivnost nákladů	Ekonomická evaluace
o Je akutní koronární intervence u pacienta s AIM bez ST elevací nákladově výhodná?	
Kvalita pacientova života	Kvalitativní studie
o Zvyšuje rehabilitační péče kvalitu života pacienta po AIM?	

Podle HANECHAN, Carl, BADENOCH, Douglas, *Evidence-based medicine Toolkit*, s. 5, a STRAUS, Sharon E., SACKETT, David L. Getting research findings into practice. *The British Medical Journal*. 1998, roč. 317, s. 339-342.

Ve snaze pro rychlé nalezení nejlepších důkazů pro oblast zdravotní péče byl v roce 2001 Haynesem navržen 4S pyramidový model. Základnu pyramidy tvořily původní studie, pak následovaly klinicky snadněji použitelné informace včetně syntéz (systematické přehledy), synopse (strukturované abstrakty), předem připravené studie a syntézy (systematické recenze) a na špičce pyramidy figurovaly informační systémy - např. počítačové systémy pro podporu rozhodování integrované s elektronickými zdravotnickými záznamy.

Tento model byl v roce 2006 změněn na 5S pyramidový model přidáním průběžně aktualizovaných souhrnů, on-line lékařských textů (studie, syntézy, synopse) s klinickými expertízami, v blízkosti vrcholu pyramidy s tím, že shrnutí by mohla poskytovat nejrychlejší cestu k nejlepším výzkumným důkazům pro prevenci nebo zvládnání zdravotních problémů. V roce 2009 model 6S oddělil synopse studií a synopse syntéz (obr. 1).

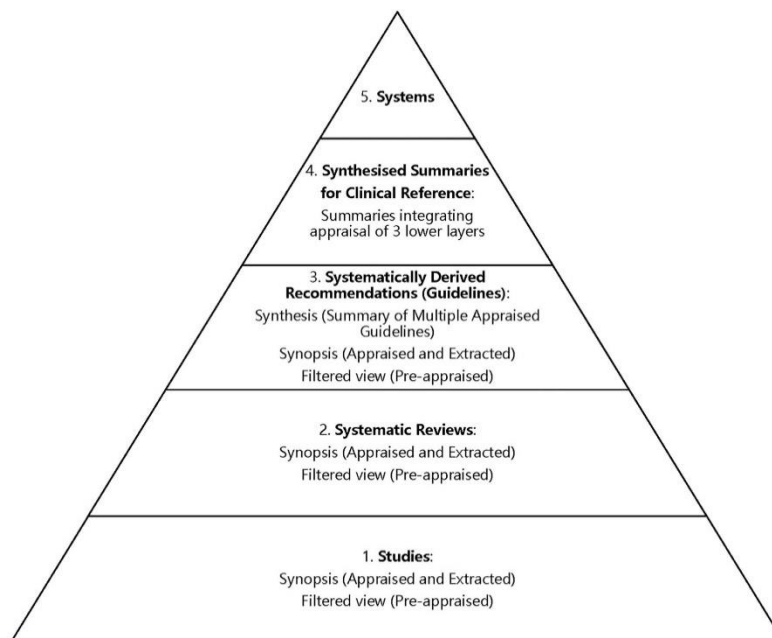
Obrázek 1 6S pyramida pro nalezení předem připravených důkazů



Podle Alper Brian S, Haynes Brian R. EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2016;21:123-125.

Pokrok v oblasti evidence-based informací pokračoval dále.. V roce 2014 byl Alperem navržen 9S pyramidový model, k objasnění toho, jak se evidence-based KDP hodí do postupu od důkazů k návodům pro péči. KDP - pokud jsou dobře provedeny a aktuální - integrují nejlepší výzkumní důkazy s klinickými zkušenostmi a hodnotami pacienta. Tento aktuální model má 5 stupňů - studie, systematické přehledy, systematicky odvozené KDP a systémy (obr. 2)

Obrázek 2 Pyramida evidence-based zdravotní péče pro nalezení předem připravených důkazů



Podle Alper Brian S, Haynes Brian R. EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2016;21:123-125.

1.4.2.4 Veřejné zdravotnictví založené na důkazech (evidence-based public health)

Veřejné zdravotnictví založené na důkazech (EBPH) je „použití vědeckých důkazů při tvorbě, zavádění a hodnocení programů zdravotní politiky ve veřejném zdravotnictví. Vědecká argumentace využívá systematické práce s údaji a informačními systémy.“¹¹⁸ Rozdíly mezi EBM a EBPH popisuje tabulka č. 8.

¹¹⁸ BROWNSON, Ross C., BAKER, Elizabeth A., LEET, Terry L., GILLESPIE, Kathleen N. *Evidence-based public health*, s. 220–223.

Tabulka 5 Rozdíly mezi EBM a EBPH

	Medicína založená na důkazech	Veřejné zdravotnictví založené na důkazech
Důkazy a jejich kvalita	Intervenční (experimentální) studie	Observační studie
Množství důkazů	Větší	Menší
Doba mezi intervencí a výsledkem	Kratší	Delší
Odborná příprava	Formálnější, vysokoškolská, s atestací/licencí	Méně formální, bez standardizovaného osvědčení
Rozhodování	Samostatné	Skupinové

Podle BROWNSON, R. C., aj. Evidence-based public health, s. 6

1.4.3 Metody adaptace

Adaptovaný KDP vzniká podle definice ADAPTE Collaboration „systematickou metodou rozhodování o použití a/nebo přizpůsobení KDP, který byl vytvořen v určitém kulturním a organizačním prostředí, pro uplatnění v prostředí odlišném.“¹¹⁹ Tento proces je nazýván „transkontextuální adaptace.“¹²⁰ Tvorba tohoto typu KDP je založena na adaptaci již existujícího, kvalitního, nejčastěji původního KDP. Je alternativou k tvorbě KDP de novo. Jeho tvorba je méně náročná časově i finančně a není pro ni potřeba tak velké spektrum odborníků. Brání teda zbytečnému plýtvání zdrojů - lidských i finančních. V současnosti existuje velké množství institucí zabývajících se tvorbou KDP, které „používají podobné strategie k dosažení podobných cílů a vzniká velké množství KDP zabývajících se stejným tématem.“¹²¹ Může se teda zdát, že převzetím kvalitního KDP vznikne jeho validní místní forma. Bez použití systematického nástroje se ale může stát, že autoři opomenou některá doporučení a vyberou jiná. Proto vznikl ADAPTE - obecně použitelný a validní nástroj pro tvorbu kvalitních adaptovaných KDP.¹²²

¹¹⁹ADAPTE COLLABORATION. *Manual for Guideline Adaptation. Version 1.0* [online]. <<http://www.adapte.org>>.

¹²⁰ADAPTE COLLABORATION. *Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 1.0* [online]. <<http://www.adapte.org>>, s. 46.

¹²¹ FERVERS, Béatrice, BURGERS, Jako S., et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006, roč. 18, č. 3, s. 167–176.

¹²² DAVIS, Dave, GOLDMAN, Joanne, PALDA, Valerie A. *Handbook on Clinical Practice Guidelines*, s. 9.

1.4.3.1 ADAPTE - co to je a jaké jsou cíle adaptovaných KDP

Na počátku vzniku této organizace byla snaha upravit francouzské KDP pro léčbu nádorů tračníku a vaječníku pro jejich použití v kanadském Quebecu. Během projektu francouzského Národního svazu onkologických center (fr. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer) a kanadského oddělení pro kontrolu nádorových onemocnění quebeckého Ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb (fr. Direction de la lutte contre le cancer, Québec Ministère de la santé et des services sociaux) vznikla pracovní skupina ADAPTE Working group. Ta vytvořila systém pro adaptaci KDP, založen na poznání, že „díky kulturním a organizačním rozdílům mezi různými zeměmi mohou vznikat odlišná doporučení, přestože jsou založena na stejných důkazech. Proto je potřeba transkontextuální adaptace a je nutno respektovat principy EBM.“¹²³ V roce 2005 pak došlo ke spojení tohoto seskupení se skupinou podobného zaměření Practice Guideline Evaluation and Adaptation Cycle (PGEAC) a to dalo vznik mezinárodní organizace tvůrců KDP - ADAPTE Collaboration. Hlavním cílem této skupiny je vytvářet vysoce kvalitní adaptované KDP na základě původních KDP tak, aby výsledná doporučení odpovídala na specifické klinické otázky. V cílech ani vlastnostech by se původní a adaptované KDP neměli zásadně odlišovat. Měly by odpovídat místním potřebám, zájmům, legislativě, politice a zdrojům určeným pro zdravotní péči. Měla by zůstat zachována kvalita doporučení a jistá míra odpovědnosti k původnímu KDP.

1.4.3.2 ADAPTE - vznik adaptovaných KDP

Tato kapitola popisuje schémata a informace obsažené v Resource Toolkit for Guideline Adaptation ADAPTE Collaboration.¹²⁴

Proces adaptace probíhá ve třech fázích:

- fáze přípravná,
- fáze adaptace,
- fáze závěrečná.

¹²³FERVERS, Béatrice, BURGERS, Jako S., et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006, roč. 18, č. 3, s. 167–176.

¹²⁴ADAPTE COLLABORATION. *Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 1.0* [online]. <<http://www.adapte.org>>.

Každá fáze má několik modulů tvořených jednotlivými kroky. Každý krok je přesně pojmenován, jsou stanovené jeho výstupy a potřebná kvalifikace zúčastněných odborníků. Při adaptaci se využívají standardní generické nástroje.

Tabulka 6 **Přehled fází adaptace KDP**

Fáze	
Úkol	Modul
I. FÁZE PŘÍPRAVNÁ	
Připravit se na proces adaptace	Příprava
↓	
II. FÁZE ADAPTACE	
Stanovit klinické otázky	Rámec a účel
↓	
Vyhledat a třídit KDP	Vyhledávání a třídění
↓	
Zhodnotit vyhledané a vybrané KDP	Hodnocení
↓	
Určit a zvolit vhodný KDP	Určení a volba
↓	
Navrhnout KDP	Přizpůsobení uživatelům
↓	
III. FÁZE ZÁVĚREČNÁ	
Externí posudek	Externí posudek
↓	
Naplánovat revizi a aktualizaci	Revize a aktualizace
↓	
Vytvořit konečnou podobu	Výstup

Podle Resource Toolkit for Guideline Adaptation ADAPTE Collaboration, s. 7.

Fáze přípravná

Než je zahájena adaptace KDP, je nutné vymezit základní rámec - připravit podklady, určit téma, vytvořit pracovní skupinu a vybrat skupinu odborníků. To vše ještě před zahájením vlastní adaptace.¹²⁵

Přípravný modul

1. krok - vytvoření organizačního výboru

Organizační výbor dohlíží na proces adaptace. Vytváří rámec, organizační struktury (pracovní skupiny) a pracovní plán. Jeho členové můžou, ale nemusí být členy panelu.

¹²⁵ADAPTE COLLABORATION. *Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 1.0* [online]. <<http://www.adapte.org>>. s. 11–15.

2. krok - výběr tématu

Je řada metod a kritérií pro výběr tématu (např. prevalence a incidence nosologické jednotky). Důležitá je existence již vytvořeného KDP založeného na důkazech.

3. krok - ověření proveditelnosti adaptace (Nástroj 2)

Zde přichází na řadu otázka, zda je vůbec co adaptovat. Je třeba najít relevantní KDP týkající se vybraného tématu v odpovídající kvalitě. Jestli se nenajde vhodný KDP, je možné vytvořit původní KDP.

4. krok - stanovení potřebných zdrojů a znalostí

Kvalita budoucího KDP záleží na kvalitě členů panelu. Těmi by měli být kliničtí odborníci na zvolenou oblast, pacienti nebo klienti s osobní zkušeností, odborníci na metodologii, řízení, administrativu, informační technologie a databáze, odborníky na implementaci nástrojů nebo marketing. Je nutné stanovit předem výdaje na proces adaptace a následné implementace a najít zdroje k jejich pokrytí. Dále je potřebné získat závazný souhlas všech členů panelu s alespoň jedním pracovním setkáním nebo konferenčním hovorem a se zpracováním materiálů.

5. krok - plnění závěrečných úkolů a přípravní fáze (Nástroj 3, 4 a 1)

V této fázi se plánuje počet pracovních setkání, upravují se pracovní právní vztahy mezi členy panelu a vyplňuje se „*Prohlášení o střetu zájmů*.“ Určují se podmínky průběhu konsensuálního procesu a rozhoduje se, zda bude možné dodatečně do některé fáze adaptace zapojit další instituce. Je důležité stanovit autorská práva, odpovědnost za publikace, rozhodnout o formě publikace a připravit implementační strategii.

6. krok - napsání plánu adaptace

Kvůli co největší transparentnosti musí být každý krok a případné změny dobře dokumentovány. Po ukončení přípravní fáze by měli všichni zúčastnění souhlasit s plánem adaptace.

Tabulka 7 I. fáze - přípravná. Přípravný modul

Krok		Výsledek	Kvalifikace a organizační požadavky	Nástroj	
1.	Vytvoření organizačního výboru	Organizační výbor <input type="checkbox"/> vytvořen	Odbornost klinická	1.	Zdroje pro tvorbu a implementaci KDP
2.	Výběr tématu	Téma <input type="checkbox"/> vybráno	Odbornost v metodologii	2.	Vyhledávací zdroje a strategie
3.	Ověření proveditelnosti adaptace	Panel odborníků <input type="checkbox"/> vybrán	Odbornost v řízení a administrativě	3.	Vzor „Prohlášení o střetu zájmů“
4.	Stanovení potřebných zdrojů a znalostí	Protokol <input type="checkbox"/> napsán		4.	Zdroje pro proces konsensu
5.	Plnění závěrečných úkolů přípravné fáze			5.	Vzor pracovního plánu
6.	Napsání protokolu				

Podle Resource Toolkit for Guideline Adaptation ADAPTE Collaboration, s.11

Fáze adaptace

Tato fáze začíná stanovením specifických klinických otázek a vyhledáváním již existujících KDP na dané klinické téma. Pak následuje kritické hodnocení kvality, hodnoty, obsahu a použitelnosti nalezených KDP. Po vybrání vhodného KDP k adaptaci se začíná s přípravou návrhu KDP. Tato fáze se skládá z pěti modulů, probíhá ve dvanácti krocích a používá dvanáct standardních nástrojů.¹²⁶

Fáze závěrečná

Když proběhl výběr vhodného KDP, je potřebné získat vyjádření všech zainteresovaných osob a provést konzultace s tvůrci původního KDP, podle kterého proběhne adaptace. Pak se stanoví harmonogram revizí a aktualizací. Výstupem je pak již hotový adaptovaný KDP, připravený k implementaci. Závěrečná fáze má tři moduly, šest kroků a používá jeden ze standardních nástrojů.¹²⁷

¹²⁶ADAPTE COLLABORATION. *Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 1.0* [online]. <<http://www.adapte.org>>. s. 16–35.

¹²⁷ADAPTE COLLABORATION. *Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 1.0* [online]. <<http://www.adapte.org>>. s. 36–41.

Modul - revize a aktualizace

V procesu aktualizace je třeba nejdříve vyhledat nové vědecké důkazy a následně rozhodnout, zda jsou natolik kvalitní, že opravňují k aktualizaci. Záleží na tom, do jaké míry by ovlivnily doporučení obsažená v KDP. Rozsah aktualizace závisí na výsledcích revize a pak můžeme:

- zastavit používání KDP,
- zastavit používání nebo vyjmout jen některá doporučení, ale KDP zachovat,
- zopakovat systematický přehled,
- přepsat pouze ta doporučení, která vyžadují aktualizaci, ale pouze pokud tím nesnížíme validitu celého KDP.¹²⁸

Datum aktualizace se stanovuje na základě revize původního KDP - nemělo by to však být později než za tři roky po jeho vydání. Revizi mají na starost členové panelu, určení v přípravné fázi.

Tabulka 8 III. fáze - závěrečná. Modul revize a aktualizace

Krok		Výsledek	Kvalifikace a organizační požadavky
23.	Plán revize a aktualizace adaptovaného KDP	Plán revize a aktualizace □ vytvořen	Odbornost klinická
			Odbornost v metodologii
			Znalost vyhledávacích strategií a nástrojů

Podle Resource Toolkit for Guideline Adaptation ADAPTE Collaboration, s. 39

¹²⁸ADAPTE COLLABORATION. *Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 1.0* [online]. <<http://www.adapte.org>>.s. 39.

Tabulka 9 Přehled fází tvorby KDP

Fáze	Úkoly
TVORBA KDP	
I. FÁZE PLÁNOVÁNÍ A PŘÍPRAV	
	Určení základního rámce
	↓
	Stanovení časového plánu
	↓
	Ustanovení pracovní skupiny pro tvorbu KDP
	↓
II. FÁZE TVORBY DOPORUČENÍ	
	Stanovení klinické otázky
	↓
	Vyhledávání informací
	↓
	Přehled a hodnocení informačních zdrojů
	↓
	Hodnocení ekonomických aspektů
	↓
	Cesta ke konsenzu
	↓
	Tvorba vlastních doporučení
	↓
	Stanovení kritérií klinického auditu
	↓
	Psaní doporučeného postupu
	↓
III. FÁZE ZÁVĚREČNÁ	
	Připomínky a schvalování doporučeného postupu
	↓
	Příprava konečné podoby
	↓
	Plánování revize a aktualizace
	↓
	Publikace, prezentace, diseminace
	↓
IMPLEMENTACE KDP	
	↓
EVALUACE KDP	
	↓
	Aktualizace KDP

Podle Líčeník, R., KLINICKĚ DOPORUČENÉ POSTUPY Obecné zásady, principy tvorby a adaptace, s. 75

1.4.4 Metody hodnocení KDP

Hodnocení KDP znamená posuzování jejich kvality a jejich dopadu na prostředí, do kterého jsou implementovány. V zahraničních metodikách je to již standardní metoda.

Hodnocení KDP se zaměřuje:

- Na hodnocení vlivu péče
 - o Na strukturu péče
 - o Na proces péče
 - o Na výstupy péče
- Na úroveň
 - o Pacientů
 - o Zdravotnických pracovníků
 - o Systém
- Na kvalitu
- Na obsah

1.4.4.1 AGREE II - popis generického nástroje

Při snaze o standardizaci zdravotní péče v první polovině 20. století se začaly vytvářet více systematické dokumenty. Kvalita vytvářených KDP však dlouho nebyla hodnocena. Jako první snaha o organizaci tvorby KDP na centrální úrovni vzniká v roce 1989 výše popisovaná AHCPR a první nástroj pro hodnocení kvality KDP amerického Institute of Medicine v roce 1992.¹²⁹ Další snaha se přesunula do Velké Británie, kde byl v roce 1999 skupinou pod vedením Françoise Cluzeau vytvořen první validní nástroj.¹³⁰ Tato pracovní skupina i nástroj pak byli základem pro vznik evropské skupiny AGREE Collaboration. Ta vznikla a v roce 2003 publikovala nástroj AGREE I.¹³¹ Poté se AGREE Collaboration rozšířila a vytvořila AGREE Next Steps Consortium. Přesunul se zas na americký kontinent na kanadskou McMaster University. V roce 2010 byl pod vedením Melissy Brouwersové publikován nástroj AGREE II.¹³²

¹²⁹INSTITUTE OF MEDICINE, ed.

¹³⁰CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj.

¹³¹THE AGREE COLLABORATION. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*. 2003, roč. 12, s. 18-23.

¹³²BROUWERS, M. C., KHO, M. E. aj. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010, roč. 182, s. E839-842.

AGREE II je tedy všeobecně přijímaný generický nástroj vytvořený mezinárodní expertní skupinou. Skládá se z 23 položek organizovaných do šesti domén kvality:

Doména 1	Rámec a účel
Doména 2	Zapojení zainteresovaných osob
Doména 3	Přesnost tvorby
Doména 4	Srozumitelnost
Doména 5	Použitelnost
Doména 6	Redakční nezávislost

Každá z 23 položek pojednává o různých aspektech kvality KDP. AGREE II zahrnuje i dvě konečné všeobecné položky, které vyžadují na hodnotiteli vyjádření všeobecného názoru na KDP. AGREE II obsahuje Uživatelskou příručku, která obsahuje návod k hodnocení a vlastní hodnotící nástroj. V Uživatelské příručce jsou tři oddíly - Popis, Kde hledat a Jak hodnotit.

- Popis** - obsahuje definice, základní koncepty a příklady pro lepší pochopení.
- Kde hledat** - obsahuje doporučení, ve kterých oddílech najít příslušné informace.
- Jak hodnotit** - obsahuje podrobná kritéria pro hodnocení a další hlediska jako vodítko.

Uživatelský manuál AGREE II se specifickými informacemi a pokyny pro hodnotitele je uveden v příloze č. 1.

1.4.4.2 AGREE II - cíle

Cílem AGREE nástroje je

- být pomůckou pro tvůrce a uživatele KDP,
- hodnotit metodologickou kvalitu KDP,

- být metodickou strategií pro tvorbu KDP,
- navrhovat součásti KDP,
- nehodnotí odborný obsah KDP!

1.5 Pediatrické klinické doporučené postupy ve světě

První sbírka klinických doporučených postupů na světě vůbec pochází z pera Americké pediatrické společnosti (American Academy of Pediatrics, AAP). Vznikla v roce 1938 a pojednává o terapii infekčních nemocí.¹³³

Tehda byla publikována pod názvem „*Immunization Procedures*“ (Postupy imunizace), ale již o rok později byla přejmenována na „*Immunization and Therapeutic Procedures for Acute Infectious Disease*“ (Imunizace a léčebné postupy u akutních infekčních nemocí). Do roku 1947 byla každoročně aktualizována. Dnes existuje online pod názvem „*Red Book*,“ obsahuje informace o klinických příznacích, etiologii, epidemiologii, diagnostice a léčbě asi dvou set infekčních nemocí. Každé tři roky vydává „The Committee on Infectious Diseases“ (Výbor pro infekční nemoci) AAP zprávu, která obsahuje kompozitní přehled aktuálních doporučení AAP o různých aspektech infekčních nemocí. Tato doporučení představuje „The Committee on Infectious Diseases“ jako konsensus názorů založených na posouzení nejlepších dostupných důkazů, ve spolupráci s „Centers for Disease Control and Prevention,“ „Food and Drug Administration,“ „National Institutes of Health,“ „National Vaccine Program Office,“ „Canadian Paediatric Society,“ „American Thoracic Society,“ „Pediatric Infectious Diseases Society,“ *Red Book* konzultanty a mnohými dalšími odborníky. Poslední vydání vychází z informací dostupných k únoru 2015, lze ho stáhnout do mobilních zařízení a taky obsahuje odkazy na doplňující informace, včetně grafů, map a tabulek.

¹³³The Red Book Through the Ages.Larry K. Pickering, Georges Peter, Stanford T. Shulman. Pediatrics Nov 2013, 132 (5) 898-906; DOI: 10.1542/peds.2013-2538

Největší světovou pediatrickou organizací je „*International Pediatric Association*.“ Byla založena v Paříži v roce 1910 skupinou evropských pediatriů. Tato mimovládní organizace má 145 národních pediatrických společností ze 140 krajín, 10 regionálních pediatrických společností a 13 mezinárodních pediatrických organizací. Bohužel však nevydává žádná KDP.

Asi nejznámější světovou organizací je „*American Academy of Pediatrics*“ - profesní organizace s 62 000 členy, a to pediatri primární péče, dětských zdravotnických subspecialistů a dětských chirurgů. Tzv. „*American Academy of Pediatrics Policy*“ vydává v současnosti 694 prohlášení, 199 klinických zpráv, 83 technických zpráv, 22 klinických doporučených postupů a 5 doporučení pro rodiče. Všechny jsou přístupné online v plné verzi.

Ve světě je sice velké množství dalších organizací, vydávajících KDP, které na svých stránkách dělí dle různých kategorií, povětšinou však chybí dělení dle stáří pacientů nebo specializace. Jinak je tomu v „*Guideline Central*“, největší světové volné knihovně, obsahující více než 2 600 souhrnů KDP. Spolupracuje s více než 35 lékařskými společnostmi a vládními agenturami. Na svých stránkách dělí KDP podle kategorie, specializace, předpokládaných uživatelů, autorů a pak následuje samostatné vyhledávání podle názvu, kategorie nebo onemocnění. Dle specializace lze nalézt toho času 821 pediatrických klinických doporučených postupů (PKDP).

Co se týče Austrálie, *The Royal Children's Hospital* v Melbourne vydává na svých stránkách čistě PKDP. Není zde uveden jejich celkový počet, lze je najít podle názvu v abecedně uspořádaném seznamu, na konci každého PKDP je uvedeno datum poslední aktualizace a společnost, která daný PKDP vytvořila.

2 KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICCE

2.1 Úvod

Při expanzivním růstu KDP vznikaly ve světě postupně také desítky organizací zabývající se jejich vývojem a využíváním. K nejznámějším patří např. Guidelines International Network, National Institute for Health and Clinical Excellence, Scottish Intercollegiate Guidelines Network nebo New Zealand Guidelines Group. Disponují rozsáhlými databázemi, které člení KDP dle různých kritérií - podle názvu, autora, data vydání, klinického zaměření atd. V databázích jsou v plné verzi, zkrácené verzi, ve formě souborů klíčových doporučení nebo algoritmů. Pro hodnocení metodologické kvality KDP je používán mezinárodní generický nástroj AGREE II (dostupný v českém i slovenském jazyku), pro metody adaptace je vyvinutý celosvětově používaný nástroj ADAPTE (nástroj bude blíže popsán v kapitole 5). V České i Slovenské republice existuje také relativně velké množství KDP, proto jsme se rozhodli přezkoumat jejich stav a metodologickou kvalitu.

2.2 Metodika

Pracovníky CKDP byla v březnu roku 2010 vytvořena databáze všech KDP v České republice; v srpnu stejného roku vznikla taky databáze pro Slovenskou republiku. Nejbohatším zdrojem informací byli internetové stránky odborných lékařských společností, Ministerstva zdravotnictví České a Slovenské republiky; dále pak odborné časopisy, knižní publikace, publikovaná abstrakta z konferencí a šedá literatura. Byla provedena obsahová analýza všech KDP. U každého KDP byl uveden jeho přesný název, rok vydání, resp. aktualizace, popřípadě poznámka, pokud byla nalezena nějaká zmínka o metodologii tvorby, adaptace, diseminace, implementace či evaluace. Zhruba každý rok byly databáze obou krajin aktualizovány. Poslední

aktualizace v České i Slovenské republice proběhla v roce 2017. S každou aktualizací byla provedena i souhrnná analýza všech KDP v obou krajinách, kde byl přesně uveden:

- celkový počet KDP za příslušný rok,
- odborné lékařské společnosti s (přesně uvedeným) nejvyšším počtem KDP za příslušný rok,
- počet návrhů KDP za příslušný rok,
- počet již neaktuálních KDP za příslušný rok (t.j. vymazané KDP resp. ukončená platnost daného KDP),
- počet převzatých KDP za příslušný rok,
- dokumenty Ministerstva zdravotnictví České a Slovenské republiky za příslušný rok,
- počet KDP v každé odborné lékařské společnosti, kde je uvedena podpora grantu,
- počet KDP v každé odborné lékařské společnosti, přístupných jen členům za příslušný rok,
- případné knižní vydání KDP za příslušný rok.

2.3 Výsledky

Česká republika

Na začátku průzkumu, v březnu roku 2010, existovalo v České republice 111 odborných lékařských společností s dohromady 901 KDP (nebyly zpracovány KDP České onkologické společnosti; KDP České urologické a České radiologické společnosti byli přístupné jen registrovaným nebo členům společnosti). Postupně, při poslední aktualizaci v březnu roku 2017 existovalo už v České republice 1 909 KDP (kromě nezpracovaných KDP přístupných jen členům), vydávaných 123 odbornými lékařskými společnostmi. Každý rok stálo v naší databázi osobitě Národní referenční centrum.

V prvních dvou letech výzkumu nebyly KDP České onkologické společnosti počítány, a proto nejvíce KDP vydávala Společnost všeobecného lékařství - 367 KDP (40,7% ze všech v roce 2010 a 37,4% ze všech v roce 2011), na druhém místě byla Česká

kardiologická společnost s 81 KDP (9%) v roce 2010 a pak 88 KDP (8,98%) v roce 2011. Další tři roky bylo pořadí stejné - nejvíce KDP vydávala Společnost všeobecného lékařství, naposledy to bylo 413 KDP (21,6%), pak Česká onkologická společnost - 342 KDP (17,9%) a Česká kardiologická společnost - 128 KDP (6,7%).

Na začátku výzkumu bylo evidováno 55 převzatých KDP (6,1%). Vždy se jednalo o původní znění KDP v anglickém jazyce. V roce 2017 to bylo už 171 převzatých KDP (9%).

Při poslední aktualizaci jsou všechny KDP České gynekologické a porodnické společnosti, 1 KDP České radiologické společnosti, 1 KDP České společnosti intervenční radiologie a 4 KDP Odborné společnosti praktických dětských lékařů přístupné jen pro členy daných odborných lékařských společností.

Od roku 2014 jsme registrovali tři odborné lékařské společnosti, jejichž KDP existují ve formě knižní brožury: Česká psychiatrická společnost vydala nejdříve v roce 1999 knižní publikaci „Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče“ (Raboch et al, Praha, Galén 1999). V roce 2005 vyšlo nové vydání: „Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče II“. Další verze je z roku 2009, s názvem „Doporučené postupy psychiatrické péče III.“, už i v elektronické podobě na stránkách České psychiatrické společnosti a nejnovější verze - „Doporučené postupy pediatrické péče IV“, je zatím bez udání data. Další byla Společnost pro lékařskou mikrobiologii s publikací „Doporučená metoda mikrobiologické diagnostiky nokardiózy s přehledem léčby nokardiózy a návrhem standardního operačního postupu z roku 2008,“ kterýale již v roce 2017 nebyl nalezen. Třetici uzavírá publikace „Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii“ z roku 2010.

Terminologie KDP v České republice je nejednotná. Opakují se tyto názvy: aktuální poznámka ke standardům, algoritmus, doporučení, doporučení představenstva, doporučený postup, důležitá doporučení, guidelines, indikační kritéria, indikátory kvality, interdisciplinární konsensus, klinické doporučení, klinický standard, koncepce, konsensuální stanovisko, konsensus, kritéria, manuál, memorandum, metodické doporučení, metodický list, metodický pokyn, metodický postup, metodika, nařízení vlády, národní protokol, národní standardy, odborné stanovisko, opatření, postup péče, prohlášení, protokol, směrnice, soubor doporučení, soubor standardů, standardní postup,

standard, stanovisko, technologický klinický standard, upozornění, upřesnění pravidel, vyjádření, zápis z jednání, zásady, závazné stanovisko.

Ve společnosti všeobecného lékařství existuje Centrum pro správu doporučených postupů pro praktické lékaře, kde je popsána „Metodika CDP-PL pro tvorbu doporučeného postupu (DP)“. Jakákoliv jiná zmínka o metodice tvorby, adaptace, implementace, diseminace a evaluace chybí.

Nejkvalitnější KDP v České republice jsou vydávány Národním referenčním centrem (NRC), které vzniklo v roce 2003 jako zájmové sdružení právnických osob a bylo pověřeno Ministerstvem zdravotnictví České republiky správou a dalším vývojem výstupů projektů zaměřených na řešení problémů kvality zdravotní péče. Prioritní činností NRC je projekt Vývoj národní sady ukazatelů zdravotních služeb, určených celé zdravotnické veřejnosti jako nástroj pro zvyšování kvality a efektivity péče. Ukazatele mají známou validitu pro konkrétní účely použití, jsou testované, odborně posuzované a přijaté v konsensu hlavních odborných autorit českého zdravotnictví.

Slovenská republika

Od roku 2010 dosud eviduje databáze Slovenské republiky 126 odborných lékařských společností. V roce 2010 vytvořily tyto společnosti dohromady 314 KDP (nepřístupné byly některé KDP Slovenské diabetologické společnosti), při poslední aktualizaci v roce 2017 to bylo 368 KDP.

Zvláště v databázi stojí Ministerstvo zdravotnictva Slovenskej republiky s Věstníky. V roce 2010 vydalo 94 KDP (23%), v roce 2017 už 133 KDP (26,5%), tedy to je a byla odborná společnost s nejvíce KDP. Druhé místo patří nyní Slovenské společnosti všeobecných praktických lékařů s 12 slovenskými KDP a 74 převzatými KDP v původním, anglickém jazyce. Na třetím místě je Slovenská kardiologická společnost s 54 KDP (14,7%).

Počet převzatých KDP se tak zásadně, jako tomu bylo v České republice, neměnil. V roce 2010 jich bylo 114 (36,3%), z toho 74 KDP bylo v rámci Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lékařstva. V roce 2017 jejich počet stoupl jen na 115 KDP (31,3%), dále 25 KDP bylo v rámci Slovenskej kardiologickej spoločnosti.

Metodické listy racionálnej farmakoterapie a Guidelines dg a th se dajú prozkoumat len po prihlásení na stránky odborné lekárske spoločnosti.

Měnil se i počet dokumentů spadajících pod Ministerstvo zdravotnictva Slovenskej republiky. V období vzniku databáze to bylo 35 dokumentů (11,4%), v roce 2017 pak 50 KDP (11,1%). Jedná se o metodické listy, metodické pokyny a Věstníky.

Terminologie PKDP není jednotná - jsou pro ně užívány tyto názvy: národní směrnice a závazné doporučení.

2.4 Diskuze

V České i Slovenské republice existuje obecně nadměrný počet KDP, jejichž počet exponenciálně rostl i během několika let našeho výzkumu. Ne vždy však s kvantitou jde ruku v ruce i kvalita. Jejich terminologie je značně nejednotná, chybí jejich aktualizace a systematická revize a hlavně kromě Společnosti všeobecného lékařství chybí jakákoliv zmínka o metodice tvorby, adaptace, implementace, evaluace či diseminace. Většina KDP je vydávána odbornými lékařskými společnostmi. Kvalitní KDP v České republice podle jednotné metodiky tvorby jsou vydávány v rámci NRC. V roce 2018 vznikl Národní portál Klinických doporučených postupů, který působí při Ministerstvu zdravotnictví České republiky a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Jeho cílem je návrh závazné metodiky tvorby a aktualizace návrhů KDP v České republice za účelem zvýšení dostupnosti, kvality a efektivity zdravotních služeb.

Bylo by vhodné v budoucnosti sjednotit metodiku jejich tvorby, popřípadě adaptace na národní úrovni, například právě podle vzoru NRC nebo Národního portálu Klinických doporučených postupů. V letošním roce se rozběhl společný projekt na tvorbu národních KDP, který zastřešuje ve spolupráci Ministerstvo zdravotnictví a Ústav zdravotnických informací a statistiky Agentury pro zdravotnický výzkum České republiky (viz. závěr této práce).

2.5 Závěr

Kvalita KDP v obou zemích není uspokojivá. Při jejich tvorbě není užívaná kvalitní metodika tvorby, adaptace, implementace, diseminace ani evaluace, chybí i pravidelná aktualizace. Vzhledem k nevyhnutelnému používání principů evidence-based medicine při šíření správné klinické praxe je žádoucí využívat kvalitní KDP, které by měly být v České i Slovenské republice vytvářené systematicky podle jednotné a kvalitní metodiky. Přitom však nesmíme zapomínat na to, že KDP nejsou univerzální kuchařkou, ale nástrojem užitečným k rozhodování v různých klinických situacích, kdy je nutný především individuální přístup u každého pacienta.

3 PŘEHLED STAVU PEDIATRICKÝCH KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICI

3.1 Úvod

Po sestavení databáze všech KDP v České a Slovenské republice jsme zaměřili pozornost na vytvoření podobného souhrnu pediatrických KDP (PKDP) v obou zemích. Abychom mohli provést metodiku jejich tvorby, snažili jsme se shromáždit PKDP dostupné ze všech elektronických i tištěných zdrojů.

3.2 Metodika

V květnu roku 2011 byla pracovníky Centra pro klinické doporučené postupy (CKDP) vytvořena databáze všech PKDP v České republice. V roce 2013 byla vytvořena databáze slovenských PKDP. Zdrojem informací byly odborné lékařské společnosti, Ministerstva zdravotnictví České a Slovenské republiky, odborné časopisy, knižní publikace, publikovaná abstrakta z konferencí a šedá literatura. Byla provedena obsahová analýza všech PKDP. U každého PKDP byl uveden jeho úplný název, rok vydání, rok aktualizace, autoři, oponenti, metody tvorby, adaptace, diseminace, implementace, evaluace, finanční náklady a zapojení pacientů do tvorby PKDP. Obě databáze byly pravidelně a systematicky aktualizovány. Poslední aktualizace proběhla v červnu roku 2017.

PKDP byly rozděleny do třech kategorií:

Kategorie I: KDP tvořené pediatrickými a neonatologickými odbornými společnostmi.

Kategorie II: KDP určené pro pediatrickou klinickou praxi, tvořené jinými odbornými společnostmi.

Kategorie III: KDP tvořené jinými odbornými společnostmi, obsahující také doporučení pro pediatrickou klinickou praxi.

3.3 Výsledky

3.3.1 Česká republika

V České republice bylo do poslední aktualizace v roce 2017 vytvořeno celkem 1 909 KDP, z toho 309 PKDP (34 %). PKDP tvoří v současnosti sedm odborných pediatrických a neonatologických společností (kategorie I): Česká neonatologická společnost, Česká pediatrická společnost, Česká pediatricko-chirurgická společnost, Česká společnost dětské pneumologie, Česká společnost dorostového lékařství, Odborná společnost praktických dětských lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a 23 jiných odborných lékařských společností (kategorie II). 24 odborných lékařských společností tvořilo KDP s doporučeními také pro pediatrickou praxi (kategorie III, viz tabulka 14). V květnu roku 2011 bylo v České republice vytvořeno 98 PKDP (kategorie I 29, kategorie II 51, kategorie III 18). Při první aktualizaci v listopadu 2012 bylo nalezeno celkem 153 PKDP (kategorie I 48, kategorie II 61, kategorie III 44), v říjnu roku 2013 215 PKDP (kategorie I 64, kategorie II 100, kategorie III 51), v prosinci 2014 263 PKDP (kategorie I 75, kategorie II 123, kategorie III 65). V prosinci 2015 pak 272 PKDP (kategorie I 75, kategorie II 128, kategorie III 69), v prosinci 2016 295 PKDP (kategorie I 87, kategorie II 132, kategorie III 76) a posledně v červnu 2017 309 PKDP (kategorie I 93, kategorie II 137, kategorie III 79). Nejvíce PKDP tvořila při poslední aktualizaci Česká gynekologická a porodnická společnost (celkem 39 - při poslední kontrole, kdy byly KDP přístupné bez nutnosti přihlášení), Odborná společnost praktických dětských lékařů (33), Česká společnost všeobecného lékařství (31), Česká neonatologická společnost (27), Odborná společnost praktických dětských lékařů (21) a Česká společnost infekčního lékařství (21).

Terminologie PKDP není jednotná. Pro PKDP jsou užívány tyto názvy: doporučení, doporučení Ministerstva zdravotnictví České republiky, doporučený postup, indikační kritéria, konsensus, metodika léčby, národní strategie, postup péče,

soubor doporučení, soubor standardů, standard léčby, standard péče, stanovisko odborné společnosti a zásady péče.

Informace o metodách tvorby, implementace a evaluace nejsou ve většině PKDP či doprovodných dokumentech explicitně uváděny. Metoda tvorby je explicitně uvedena pouze u dvou PKDP:

1. „Standardy péče o pacienty s cystickou fibrózou“ České pediatrické společnosti.¹³⁴ Metodou tvorby byl prostý překlad evropského konsensu.
2. „Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C“ České hepatologické společnosti.¹³⁵ Metodou tvorby byl prostý překlad aktualizovaných doporučení Americké asociace pro studium jaterních chorob.

Celkem 13 (4,2%) PKDP bylo vytvořeno prostým překladem z anglického originálu. 9 (2,9%) PKDP není na stránkách odborných společností dostupných v plné textové verzi, ale pouze jako odkaz na internetové stránky s KDP v původní anglické verzi.

Metody diseminace PKDP nejsou explicitně uváděny. Většina PKDP je veřejně přístupná na internetových stránkách odborných lékařských společností. Tři PKDP jsou Metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví České republiky - „Metodický pokyn k očkování od 1. 1. 2010“ Odborné společnosti praktických dětských lékařů¹³⁶, „Cílený screening celiakální sprue“ České internistické společnosti¹³⁷ a Prevence virových hepatitid“ České společnosti infekčního lékařství¹³⁸. Jeden PKDP je publikován jako kapitola v monografii - „Hyperkinetické poruchy u dětí“ v monografii „Psychiatrie,

¹³⁴Česká pediatrická společnost. Standardy péče o nemocné hemofilii. 2012. [Online]. Dostupné z: <http://files.pediatrics.webnode.cz/200000238-7361c745bf/standardy-pece-o-nemocne-s-hemofilii-2012.pdf>.

¹³⁵Pracovní skupina pri virovej hepatitide Českej hepatologickej spoločnosti a Pracovní skupina pro virové hepatitidy České hepatologické společnosti, „Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C“, 2012.

¹³⁶Ministerstvo zdravotnictví České republiky, „Metodický pokyn k očkování od 1.1.2010“. [Online]. Dostupné z http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/22_12_09_Metodicky_pokyn_k_ockovani_od_1_1_2010.pdf.

¹³⁷„Cílený screening celiakální sprue“, 2013. [Online]. Dostupné z: <http://wp.interna-cz.eu/wp-content/uploads/2013/06/guidelines-celiakie-cileny-screening-metodicky-pokyn.pdf>.

¹³⁸Ministerstvo zdravotnictví České republiky, „Prevence virových hepatitid“, 2009. [Online]. Dostupné z: <http://www.infekce.cz/dokument1.htm#Standardy>.

doporučené postupy psychiatrické péče České psychiatrické společnosti.¹³⁹ Metody evaluace nejsou explicitně uváděny. U 256 PKDP je uveden rok vzniku (82,8%) a pouze u 19 PKDP (6,1%) je uveden rok aktualizace. Další údaje o kvalitě PKDP a jejich hodnocení chybí.

Přehled PKDP v České republice podle jednotlivých kategorií s jejich kumulativním počtem v každý rok výzkumu je uveden v Příloze č. 2. Příloha č. 3 uvádí seznam KDP tvořených nebo převzatých pediatrickými a neonatologickými odbornými lékařskými společnostmi.

3.3.2 Slovenská republika

Ve Slovenské republice bylo do poslední aktualizace v roce 2017 vytvořeno celkem 368 KDP, z toho 38 PKDP (10,3%). PKDP tvořila pouze jedna odborná společnost (kategorie I): Asociácia všeobecných lekárov pre deti a dorast, „Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecná starostlivosť o deti a dorast.“¹⁴⁰ Od roku 2016 je doména mimo provoz, ve stejném roce jsme ale na stránkách Slovenskej pediatrickej spoločnosti našli KDP „Základné informácie o materskom mlieku a dojčení pre pracovníkov v zdravotníctve.“ Pět dalších odborných lékařských společností vytvořilo 7 PKDP (kategorie II). 16 odborných lékařských společností tvořilo KDP s doporučeními také pro pediatrickou praxi (kategorie III, viz tabulka 2). Nejvíce PKDP tvoří Slovenská spoločnosť anesteziológie a intenzívnej medicíny (5), Slovenská neumologická a ftizeologická spoločnosť (5) a Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne (4). Terminologie PKDP není jednotná. Pro PKDP jsou užívány tyto názvy: národné odporúčanie, odporúčanie, smernica a záväzné doporučenie.

Informace o metodách tvorby, implementace a evaluace nejsou v PKDP či doprovodných dokumentech explicitně uváděny. PKDP - „KDIGO Odporúčania pre klinickú prax pre glomerulonefritidu“ Slovenskej nefrologickej spoločnosti byl

¹³⁹I. Drtílková, M. Hrdlička, a I. Paclt, Hyperkinetické poruchy (ADHD) u dětí. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2010.

¹⁴⁰„Asociácia všeobecných lekárov pre deti a dorast - KONTAKTY.SME.SK". [Online]. Dostupné z: <http://kontakty.sme.sk/Asociacia-vseobecnnych-lekarov-pre-deti-a-dorast/cs/18423>.

vytvořen prostým překladem z původní anglické verze.¹⁴¹ V původní anglické verzi je pak zveřejněných pět PKDP. Strategie diseminace a metody evaluace nejsou explicitně uváděny. Pouze u 31 PKDP (81,6%) je uveden rok vzniku a u 10 PKDP (26,3%) je uveden rok aktualizace. Další údaje o kvalitě PKDP a jejím hodnocení chybí.

Přehled PKDP ve Slovenské republice podle jednotlivých kategorií s jejich kumulativním počtem v každý rok výzkumu je uveden v Příloze č. 4.

3.4 Diskuze

V České a Slovenské republice byl různými institucemi vytvořen relativně velký počet PKDP. Metodologie jejich tvorby, implementace a evaluace není explicitně uváděna. Metodologická kvalita českých a slovenských PKDP není systematicky hodnocena a je nízká. Není prováděna systematická revize a aktualizace PKDP. Nejednotná a matoucí je také terminologie KDP. V obou zemích nejsou vytvořeny PKDP pro konkrétní věkové skupiny pacientů. Chybí také patientské verze PKDP a verze pro rodiče.

Ve světě tvoří PKDP mnoho mezinárodních i národních institucí. Pediatrické odborné společnosti jsou sdruženy v International Pediatric Association. Členy asociace jsou 144 národní pediatrické společnosti ze 139 zemí. Jednou z největších a nejvíce respektovaných odborných pediatrických společností je AAP. Tvoří mnoho různých typů PKDP, které jsou dostupné na internetových stránkách společnosti a jsou pravidelně publikovány v časopise Pediatrics. AAP bylo dosud vytvořeno a implementováno 21 klinických doporučených postupů, 677 doporučení ve formě tzv. „policy statements“, 191 „clinical reports“ a 75 „technical reports“. Dostupné jsou také tzv. „parents pages“, které jsou patientskými verzemi PKDP zveřejněné v plné a zkrácené verzi. V těchto rodičovských verzích není používána odborná zdravotnická terminologie, ale jsou psány v běžném hovorovém jazyce tak, aby byly srozumitelné pro širokou laickou veřejnost.

¹⁴¹ „KDIGO Odporúčania pre klinickú prax pre glomerulonefritidu“. [Online]. Dostupné z: http://www.nefro.sk/fileadmin/Nefro/Legislativa/KDIGO-Glomerulonefritida_-_slovensky_prekklad_-_Pasminka_Tibor.pdf.

Nízká metodologická kvalita českých a slovenských PKDP je způsobena především chybějící koordinací jejich tvorby na národních úrovních a nedostatečným legislativním rámcem. Dalším významným problémem je nedostatečné využívání již existujících kvalitních a praxí ověřených metod tvorby, implementace a evaluace KDP. 17 KDP vytvořených v letech 2009 až 2012 osmi odbornými společnostmi podle komplexní metodiky Národního referenčního centra (NRC) byly hodnoceny jako vysoce kvalitní. Metodika NRC se ale po ukončení grantového projektu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR dále nepoužívá. Tvorba KDP je velmi náročná na lidské a finanční zdroje a vyžaduje proto strategický a dlouhodobě udržitelný přístup. Financování formou tříletého výzkumného grantu bez dalšího plánu a navazujícího programu není optimální. Přes zmíněnou náročnost je tato investice v dnešní době pro poskytování kvalitní zdravotní péče stěžejní. KDP totiž nejen pomáhají zdravotníkům a pacientům v rozhodování, ale slouží také k šíření nejlepší klinické praxe založené na systematicky hodnocených důkazech, měření a zlepšování kvality péče, snižování míry poskytování nepřiměřené a zbytečné péče, bezdůvodných rozdílů mezi poskytovateli a rizika vzniku právní odpovědnosti s ní spojené. KDP jsou také důležitým zdrojem informací pro řízení zdravotní péče, jsou vzdělávacím nástrojem a podporují etickou praxi. V České i Slovenské republice nyní probíhá příprava metodologického a legislativního rámce pro národní programy tvorby doporučených postupů. Celý proces je řízen a probíhá na ministerstvech zdravotnictví obou zemí a je nyní ve své počáteční fázi. CKDP se podílí na přípravě těchto programů.

Z šetření, které jsme provedli mezi českými pediatry, vyplývá vysoká poptávka po kvalitních českých PKDP, které považují za přínosné v mnoha směrech a chtějí je používat ve své klinické praxi. Na druhou stranu pouze velmi malé množství kliniků, a to pouze z fakultních nemocnic, je ochotno se přímo účastnit tvorby KDP. Na základě průzkumu zájmu o témata KDP jsme pro tvorbu nového KDP zvolili péči o pacienty s febrilními křečemi. Jako metodu jsme použili adaptaci kvalitního KDP AAP nástrojem ADAPTE. Výsledky výše zmíněné studie, metodika adaptace a vlastní adaptovaný KDP pro péči o pacienty s febrilními křečemi (včetně verze pro rodiče a pacienty) budou publikovány v nejbližší době. Nyní se také zabýváme doporučenými postupy v oblasti medicíny migrantů, kde je problematika dětí a adolescentů velmi významnou součástí.

CKDP Lékařské fakulty UP v Olomouci je v případě zájmu připraveno poskytnout metodologickou podporu tvůrcům doporučených postupů v České a Slovenské republice. K dispozici jsou již české verze mezinárodních nástrojů AGREE II a ADAPTE.

3.5 Závěr

Stav tvorby, implementace a evaluace PKDP v České a Slovenské republice není optimální. Tvorba KDP neprobíhá v rámci systematických programů, není využívána již vytvořená kvalitní metodika tvorby KDP a chybí jiné alternativní metody. U vytvářených PKDP nejsou explicitně uváděny metody tvorby, adaptace, implementace, diseminace ani evaluace. Evaluace kvality ani pravidelná aktualizace PKDP se systematicky neprovádějí. Vzhledem ke společenskému významu a odborné šíři oboru pediatrie lze předpokládat vysokou poptávku po kvalitních KDP, které by měly být v obou zemích systematicky a transparentně vytvářeny podle jednotné vysoce kvalitní metodiky.

4 POSTOJE ZDRAVOTNICKÝCH ODBORNÍKŮ K PEDIATRICKÝM KLINICKÝM DOPORUČENÝM POSTUPŮM - DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

4.1 Úvod

KDP jsou „systematicky vytvářena stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických případech rozhodovat o přiměřené zdravotní péči“.¹⁴² Ve světě existuje několik organizací zabývajících se tvorbou a adaptací KDP, které na svých stránkách nabízejí třídění KDP kromě jiných kategorií i podle specializace - včetně pediatrie (Guideline Central, Florida)¹⁴³, nebo se jedná o společnosti nabízející výhradně PKDP (The Royal Children Hospital, Melbourne) a samozřejmě nejznámější pediatrická společnost - American Academy of Paediatrics, která na svých stránkách zveřejnila dosud 22 PKDP. V České republice nalezneme KDP hlavně na stránkách odborných lékařských společností, z nichž většina spadá pod Českou lékařskou společnost Jana Evangelisty Purkyně.

4.2 Cíl studie

Cílem studie je v rámci zkvalitňování pediatrické péče v naší republice dotazníkovou metodou zmapovat povědomí a postoje pediatrických specialistů ohledně KDP. Informace z výzkumu chceme využít při tvorbě nového kvalitního KDP, adaptovaného dle mezinárodního generického nástroje ADAPTE.

¹⁴²M. J. Field a K. N. Lohr, Ed., *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington (DC): National Academies Press (US), 1990.

¹⁴³„Medical Guidelines Pocket Cards, Clinical Guides & Apps“, *Guideline Central*. [Online]. Dostupné z: <https://www.guidelinecentral.com/>.

4.3 Metodika

□ Popis souboru

Na začátku května roku 2013 proběhlo narrative review literatury, podle kterého byla sestavována a po třech týdnech hotova konečná verze dotazníku. Té předcházelo pilotní hodnocení klinickými i neklinickými zdravotnickými pracovníky a lékaři Dětské kliniky a Novorozeneckého oddělení Fakultní nemocnice Olomouc, které mělo za úkol vysledovat a odstranit jazykové nesrovnalosti a zajistit srozumitelnost.

Dotazník tvoří průvodní dopis s hlavičkou Dětské kliniky, kde prosíme o pomoc při výzkumu, jenž se týká situace a poptávky PKDP mezi pediatrickými specialisty v České republice, vysvětlujeme vyplňování otázek; a pak samotná testovací část, kterou tvoří 5 listů s 52 otázkami. Dotazník je rozsáhlý, sestaven na bázi kvalitní prostudované literatury, aby obsáhl všechny informace, které od pediatrických specialistů očekáváme.

Členíme ho na osm částí:

- I. Existence a dostupnost KDP v České republice
- II. Používání KDP
- III. Případné témata nově vytvořených PKDP
- IV. Názory ohledně KDP
- V. Názory ostatních odborníků ohledně používání KDP
- VI. Faktory podporující nebo bránící používání KDP v klinické praxi
- VII. Zainteresování pediatrických specialistů při tvorbě KDP
- VIII. Demografické otázky

Dotazník obsahuje otázky s možností výběru odpovědí z možností (jedna i více), otázky s volnou tvorbou odpovědi a taky otázky s odpovědí ve formě sedmistupňové Likertovy škály.

□ **Sběr dat**

Dotazník byl představen 31.05.2013 na největším kongresu pediatriů a dětských sester České republiky - XXXII. dnech praktické a nemocniční pediatrie jeho garantem - prof. MUDr. Vladimírem Mihálem, CSc., s cílem dostat zde odpovědi od co největšího počtu pediatrických odborníků. Posléze ho vyplnilo 98 nemocničních pediatriů, pediatrických obvodních lékařů, pediatrických specialistů a pediatrických sester. Dotazník byl anonymní a po vyplnění zpracován členy CKDP a pak statisticky vyhodnocen Mgr. Janou Zapletalovou z Ústavu biofyziky Lékařské fakulty Univerzity Palackého.

□ **Zpracování dat**

K analýze dat byl použit statistický software IBM SPSS Statistics verze 22. K porovnání dvou skupin respondentů v odpovědích na škále 1-7 pro vybrané otázky testu byl použit Mann-Whitney U test. K porovnání skupin respondentů v odpovědích na zkategorizované škále odpovědí (1-3 = nesouhlas, 4 = nevím, 5-7 = souhlas) byl použit Fisherův přesný test.

Fisherův přesný test byl také použit k analýze kontingenčních tabulek při porovnání skupin respondentů podle specializace, resp. podle délky praxe, resp. podle typu zdravotnického zařízení v používaných zdrojích odborných informací a zvolených nejdůvěryhodnějších klinických doporučených postupech.

Pro analýzu závislosti mezi délkou praxe (tři skupiny dle délky praxe) a odpověďmi na vybrané otázky týkající se klinických doporučených postupů byla použita Kruskal-Wallisova analýza s Mann-Whitney post hoc testy v případě odpovědi na škále 1-7. V případě odpovědí na škále nesouhlasím, nevím, souhlasím byl použit Fisherův přesný test.

Kruskal-Wallisova analýza s Mann-Whitney post hoc testy byla dále použita

pro porovnání lékařů podle jednotlivých typů zařízení v hodnocení klinických doporučených postupů na škále hodnocení 1-7. Pro zkatégorizovanou škálu hodnocení (souhlasím, nevím, nesouhlasím) byl opět použit Fisherův přesný test.

V případě post hoc testů byly výsledné hladiny signifikance korigovány podle Bonferroniho. Všechny testy byly hodnoceny na hladině signifikance 0,05.

Celý dotazník je součástí přílohy č. 5.

4.4 Výsledky

Co se týče **zdroje odborných informací**, důležitých ke každodenní klinické praxi, ambulantní specialisté a nemocniční lékaři signifikantně více používají elektronické odborné časopisy a on-line odborné databáze.

Praktičtí lékaři pro děti a dorost signifikantně více používají jako zdroj odborných informací edukační materiály, materiály farmaceutických firem a materiály označené jako jiné. Ambulantní specialisté a nemocniční lékaři signifikantně více používají jako zdroj odborných informací elektronické odborné časopisy a online odborné databáze

Tabulka 10 Dotazníkové šetření I - zdroje odborných informací

Zdroj odborných informací	Ambulantní specialista + nemocniční lékař (n=45)		Praktický lékař pro děti a dorost (n=42)		Fisher's exact test p
	Count	Percentage	Count	Percentage	
Edukační materiály	23	51,1%	29	69,0%	0,088
Elektronické odborné časopisy	22	48,9%	5	11,9%	<0,0001
Klinické doporučené postupy	32	71,1%	23	54,8%	0,114
Materiály farmaceutických firem	4	8,9%	18	42,9%	0,0003
On-line odborné databáze	22	48,9%	9	21,4%	0,008
Tištěné odborné časopisy	35	77,8%	37	88,1%	0,203
Učebnice a monografie	36	80,0%	26	61,9%	0,062
Jiné	0	0%	8	19,0%	0,002

Ambulantní specialisté a nemocniční lékaři vyhledávají signifikantně KDP více v českém jazyce, méně pak v cizím jazyce. Praktičtí lékaři používají signifikantně více KDP pouze v českém jazyce.

Tabulka 11 Dotazníkové šetření II - jazyk KDP

Crosstabulation

			Ot. 8 Používám klinické doporučené postupy v jazyce			Celkem
			české m	pouze anglické m	české m + cizím jazyce	
Ot. 48 - Jaká je Vaše specializace ?	ambul. specialista + nemocniční lékař	Počet	24	3	18	45
		%	53,3 %	6,7 %	40,0 %	100,0 %
	praktický lékař pro děti a dorost	Počet	35	0	5	40
		%	87,5 %	0,0 %	12,5 %	100,0 %
Celkem		Počet	59	3	23	85
		%	69,4 %	3,5 %	27,1 %	100,0 %

Fisher's Exact Test

	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher's Exact Test	11,806	,001
N of Valid Cases	85	

V otázce **důvěryhodnosti institucí** v České republice, které zveřejňují na svých internetových stránkách KDP, nejvíce procent získaly odborné lékařské společnosti, pak akademická univerzitní pracoviště a soukromé subjekty, Národní referenční centrum a Česká lékařská komora. Na opačné straně žebříčku bylo Ministerstvo zdravotnictví a s 0 % skončily farmaceutické firmy. Mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři pro děti a dorost nebyl zjištěn signifikantní rozdíl.

Tabulka 12 **Dotazníkové šetření III - důvěryhodnost institucí**

	Ambulantní specialista + nemocniční lékař (n=45)		Praktický lékař pro děti a dorost (n=42)		Fisher's exact test p
Akademická univerzitní pracoviště	23	51,1%	17	40,5%	0,320
Česká lékařská komora	10	22,2%	6	14,3%	0,340
Farmaceutické firmy	0	0,0%	0	0,0%	-
Ministerstvo zdravotnictví	3	6,7%	1	2,4%	0,340
Národní referenční centrum	7	15,6%	10	23,8%	0,332
Odborné společnosti	38	84,4%	35	83,3%	0,888
Soukromé subjekty	0	51,1%	0	40,5%	-

Co se týče vztahu **délky klinické praxe** dotazovaných lékařů k vybraným otázkám:

- KDP ve své praxi používá signifikantně více lékařů s délkou praxe 5-15 let než lékařů s délkou praxe nad 15 let,
- informace v zahraničních lékařských časopisech signifikantně více ovlivňují rozhodování lékařů s délkou praxe 1-5 let ve srovnání s lékaři s délkou praxe nad 15 let,
- lékaři s délkou praxe 1-5 let mají signifikantně větší zájem stát se součástí skupiny tvořící KDP než lékaři s délkou praxe nad 15 let,
- informace v českých KDP signifikantně více ovlivňují rozhodování lékařů s délkou praxe 5-15 let ve srovnání s lékaři s délkou praxe 1-5 let nebo s délkou praxe nad 15 let,
- informace v zahraničních odborných časopisech signifikantně více ovlivňují rozhodování lékařů s délkou praxe 1-5 let ve srovnání s lékaři s délkou praxe nad 15 let,

- signifikantně více lékařů s délkou praxe 1-5 let (ve srovnání s délkou praxe nad 15 let) se zamýšlí v nejbližší době použít některý z KDP a chce se stát součástí skupiny tvořící KDP,
- lékaři s nejkratší dobou klinické praxe (1-5 let) používají signifikantně více KDP v českém a současně cizím jazyce (42 %) a lékaři s délkou praxe nad 15 let signifikantně více používají KDP pouze v českém jazyce (83 %),
- elektronické odborné časopisy používají signifikantně častěji lékaři s délkou praxe do 5 let ve srovnání s lékaři s delší praxí,
- u používání materiálů farmaceutických firem a tištěných odborných časopisů neprokázala podrobnější analýza signifikantní rozdíl mezi skupinami lékařů v závislosti na délce praxe.

Porovnání používání KDP mezi lékaři z fakultních nemocnic, větších a menších nemocnic a lékařů mimo nemocnice (ambulantních specialistů) :

- lékaři z větších nemocnic jsou signifikantně více ovlivněni ve svém rozhodování informacemi v zahraničních odborných lékařských časopisech než lékaři mimo nemocnice,
- lékaři z fakultních nemocnic a z větších nemocnic mají větší zájem stát se součástí skupiny tvořící KDP než lékaři zaměstnaní mimo nemocnici,
- lékaři z větších nemocnic používají signifikantně více KDP v cizím jazyce (42 %) než lékaři mimo nemocnici (15 %), $p = 0,006$,
- v otázce Ministerstva zdravotnictví jako instituce, která tvoří nejdůvěryhodnější KDP, se signifikantně liší využívání KDP lékaři fakultních nemocnic a ostatních pracovišť.

Ambulantní specialisté a nemocniční lékaři v porovnání s praktickými lékaři pro děti a dorost:

- ve své praxi více využívají KDP,
- jsou ve svém rozhodování více ovlivněni informacemi v zahraničních odborných časopisech,
- jsou ve svém rozhodování více ovlivněni informacemi v zahraničních KDP,

- ve vyšší míře souhlasí s tvrzením, že KDP jsou pro klinickou praxi obecně užitečné, že jsou nástrojem pro zlepšování kvality zdravotní péče a jsou vhodným nástrojem pro odborné vzdělávání,
- v menší míře souhlasí s tvrzením, že KDP jsou jen medicínskou kuchařkou, která klinické rozhodování příliš zjednodušuje, nebo že omezuje autonomii lékaře,
- ve vyšší míře souhlasí s tvrzením, že KDP snižují bezdůvodné rozdíly mezi poskytovateli zdravotní péče a zlepšují přenos znalostí z výzkumu do klinické praxe,
- ve vyšší míře nesouhlasí s tvrzením, že KDP brání inovacím v medicíně a omezují autonomii lékaře,
- více souhlasí s tvrzením, že v nejbližší době se zamýšlí použít některý z KDP a že se chtějí stát součástí skupiny tvořící KDP.

4.5 Diskuze

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit povědomí a postoje pediatrů ohledně KDP v České republice. Závěry šetření jsou uvedeny v předchozí kapitole.

Ze statistiky vyplývá:

- KDP budou využívat spíše ambulantní specialisté a nemocniční lékaři v porovnání s praktickými lékaři pro děti a dorost (PLDD), tudíž by se cílové téma mělo dotýkat klinického problému, který právě oni řeší ve své každodenní praxi. Taky se signifikantně více ambulantních specialistů a nemocničních lékařů zamýšlí v blízké době použít nějaký KDP a chtěli by se stát součástí skupiny tvořící KDP,
- pro využívání KDP všemi cílovými skupinami by bylo vhodné psát KDP v českém jazyce,
- KDP by měl být zveřejněn na pro pediatrické odborníky důvěryhodných internetových serverech – tedy na webových stránkách odborných lékařských společností,
- nejvíce budou adaptovaný PKDP využívat lékaři s délkou praxe 5-15 let; mladší lékaři (délnka praxe 1-5 let) zamýšlí v nejbližší době použít některý

- z KDP a chtěli by se stát součástí skupiny tvořící KDP,
- Ministerstvo zdravotnictví považuje jako instituci, která tvoří nejdůvěryhodnější KDP, polovina lékařů ve fakultních nemocnicích, narozdíl od lékařů ve větších nemocnicích, menších nemocnicích a také pediatrických specialistů mimo nemocnice,
 - v blízké době i s pomocí výsledků statistiky tohoto dotazníku budeme moci představit kvalitní adaptovaný PKDP na téma „febrilní křeče u dětí.“

4.6 Závěr

V České republice tvoří majoritní většinu KDP odborné lékařské společnosti a zveřejňují je na svých internetových stránkách. Existuje 7 odborných pediatrických a neonatologických společností, které teda tvoří vyloženě PKDP (Česká neonatologická společnost, Česká pediatrická společnost, Česká pediatricko-chirurgická společnost, Česká společnost dětské pneumologie, Česká společnost dorostového lékařství, Odborná společnost praktických dětských lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost). Každá odborná společnost vydává KDP související s jejím klinickým zaměřením, nelze tedy mluvit o dělení KDP dle věku pacientů. Při snaze najít nějaký centrální registr KDP jsme našli Katalog klinických doporučených postupů. Ten dělí KDP podle několika kritérií: podle autora KDP, podle odborných lékařských společností vydávajících KDP, podle stromu MeSH (Medical Subject Headings), podle stromu MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocných). Ani zde tedy nenalezneme dělení KDP dle věku pacientů nebo specializace, které by bylo potřebné vzhledem ke specifikům pediatrické populace.

Podle výsledků z dotazníku si můžeme udělat ucelený přehled poptávky PKDP mezi pediatrickými odborníky a podle něj modifikovat diseminaci nového adaptovaného PKD, jazyk, ve kterém má být vytvořen, cílovou skupinu uživatelů a další parametry, aby byl užitečný a oslovil co nejvíce odborníky, kteří ho budou využívat ve své klinické praxi.

5 ADAPTACE KLINICKÉHO DOPORUČENÉHO POSTUPU - LÉČBA FEBRILNÍCH KŘEČÍ U DĚTÍ

5.1 Úvod

Cílem závěrečné kapitoly této dizertační práce bylo prezentovat proces tvorby nového, kvalitního KDP na téma, které by pediatři co nejčastěji využívali ve své klinické praxi. Podle výsledků dotazníku z předchozí kapitoly je poptávka po tématech případných nově tvořených KDP poměrně různorodá. Nelze určit nejžádanější téma, a proto jsme si dali za úkol z těch nejvíce opakovaných vybrat jedno. Snažili jsme se přihlídnout k tomu, aby byl adaptovaný KDP používán v nemocniční i ambulantní sféře a zároveň by na toto téma dosud neexistoval žádný KDP v České republice. Rozhodli jsme se pro často diskutovanou léčbu febrilních křečí u dětí.

5.2 Metodika

Tvorba nového KDP může obecně proběhnout dvěma způsoby: de novo nebo adaptací již existujícího KDP. Vytvořit nový KDP je extrémně náročné finančně, materiálně i personálně. V České republice nemáme národní společnost s dlouhodobou tradicí tvorby KDP, proto jsme se již na začátku rozhodli pro druhou volbu - adaptaci již existujícího kvalitního zahraničního KDP.

Aby byl náš výstupní dokument kvalitní, vznikla potřeba založit výzkumný tým v čele se zkušeným odborníkem v otázce KDP, následně mechanicky prohledat mezinárodní databáze KDP a další elektronické zdroje ke shromáždění co nejvíce kvalitních KDP na námi vybrané téma. V dalším kroku jsme použili mezinárodní generický nástroj ADAPTE, pomocí kterého jsme vyloučili nekvalitní KDP, neaktuální KDP, nebo ty, které zcela nespĺňují námi zvolenou klinickou otázku.

5.2.1 ADAPTE

Naše adaptace probíhala podle 95 stránkového ADAPTE manuálu popsaného výše, který se skládá ze tří fází (fáze přípravy, fáze adaptace a fáze dokončení). Každá fáze obsahuje jeden nebo více modulů, které pak zahrnují několik kroků. Všechny fáze jich mají dohromady 24. Manuál dále obsahuje nástroje (zdroje, seznamy, ukázky dokumentů a jiné), které v jednotlivých krocích pomáhají procesu adaptace.

5.3 Výsledky

Tato kapitola popisuje jednotlivé kroky adaptace podle mezinárodního generického nástroje.

Nástroj 1. Zdroje tvorby a adaptace KDP

V následující tabulce je uveden přehled nejznámějších organizací, zabývajících se tvorbou nebo adaptací KDP nebo organizací zveřejňujících databáze KDP a odkaz na jejich internetové stránky.

Tabulka 13 Nejznámější mezinárodní organizace tvořící nebo adaptující KDP

Název organizace	URL	Zdroje/reference
National Health and Medical Research Council (Australia)		Handbook series on preparing clinical practice guidelines - 6 toolkits
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	http://www.sign.ac.uk	SIGN Guideline Development Handbook: SIGN 50
National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)	http://www.nice.org.uk	„Using guidance“ - section on implementation How we work - Developing NICE clinical guidelines
French National Authority for Health (HAS)	http://has-sante.fr	Les Recommandations pour la pratique clinique - Bases méthodologiques pour leur réalisation en France
Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)	http://www.gradeworkinggroup.org	Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales See the GRADE website for a list of publications and a toolbox
New Zealand Guideline Group	http://www.nzgg.org.nz	Evidence Resources section has resources on developing guidelines, assessing guidelines and tools
Joanna Briggs Institute (JBI)	http://joannabriggs.edu.au/pubs/	FAME system for assigning a level of evidence to conclusions in JBI systematic reviews.
Registered Nurses Association of Ontario	http://rnao.org	Registered Nurses Association of Ontario. Toolkit: implementation of clinical practice guidelines. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2002
NHS Centre for Reviews and Dissemination (UK)	http://www.york.ac.uk/inst/crd/	NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. <i>Eff Health Care</i> 1999;5 (1):1-16.
DSI Institut for Sundhedsvaesen (Denmark)	http://www.dsi.dk	Thorsen T, Makela M. editors Changing professional practice: theory and practice of clinical guidelines implementation. DSI rapport 99.05. Copenhagen, Denmark: Danish Institute for Health Services Research and Development; 1999.
Veterans Health Administration (USA)	http://www.va.gov/health/	Veterans Health Administration. Putting clinical practice guidelines to work in the Department of Veterans Affairs: A guide for action.
Yale University School of Medicine (USA)	http://www.biomedcentral.com/1472-6947/5/23	Shiffman R, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline development. <i>BMC Med Inform Decis Mak.</i> 2005;5:23.

Krok 1. *Ověřit, zda je adaptace možná*

Je nutné prozkoumat co největší množství internetových stránek odborných lékařských společností a zahraničních databází KDP, abychom zjistili, jaké KDP na toto téma již existují, popřípadě se v současné době pracuje na jejich tvorbě. Podle kvality již existujících KDP je nutné se rozhodnout, zda se bude tvořit KDP formou „de novo,“ nebo proběhne adaptace vybraného již existujícího KDP.

Nástroj 2. *Vyhledávací zdroje a strategie*

Zdrojem pro hledání KDP jsou tištěné publikace, internetové stránky odborných lékařských společností a mezinárodní elektronické databáze KDP. Vyrůstající tendenci má hlavně zveřejnění KDP na internetových stránkách - zabraňuje to zpoždění při čekání na publikaci KDP v odborném periodiku, dovoluje rychlou aktualizaci KDP a snižuje náklady na diseminaci.

Soubor nejznámějších databází a jiných elektronických zdrojů KDP (soubor není úplný).

Tabulka 14 Nejznámější mezinárodní zdroje KDP

Internetové stránky s KDP	URL
National Guidelines Clearinghouse (NGC)	http://www.guideline.gov/
Guidelines International Network (G-I-N)	http://www.g-i-n.net/
Ontario Guidelines Advisory Committee (GAC)	http://www.gacguidelines.ca
Recommended Clinical Practice Guidelines	
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	http://www.icsi.org/knowledge/
National Institute for Clinical Evidence (NICE)	http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=ourguidance
New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk/guidelines/index.html
Canadian Agency for Drugs and Technology in Health	http://www.cadth.ca/
Canadian Medical Association Infobase	http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp
The Cochrane library	http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME
Food and Drug Administration	http://www.fda.gov/cder/guidance/index.htm
Centre for Reviews and Dissemination Health Technology Assessment Database	http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm#HTA
Directory of evidence-based information Web sites	http://132.203.128.28/medecine/repertoire/repertoire.asp
Haute Autorité de Santé (HAS)	http://www.has-sante.fr
CHU de Rouen - Catalogue & Index des Sites Médicaux Francophones (CISMef)	http://www.chu-rouen.fr/cismef/
Bibliothèque médicale AF Lemanissier	http://www.bmlweb.org/consensus.html
Direction de la lutte contre le cancer – Ministère de la santé et des services sociaux du Québec	http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?id=76,105,0,0,1,0
SOR: Standards, Options et Recommendations	http://fnclcc.fr/-sci/sor/index.htm
Registered Nurses Association of Ontario	http://mao.org
Agency for Quality in Medicine	http://www.aeqz.de
Finnish Medical Society Duodecim	http://www.kaypahoito.fi
American Society of Clinical Oncology	http://www.asco.org
Cancer Care Ontario Practice Guideline Initiative	http://cancercare.on.ca
National Cancer Institute	http://www.cancer.gov
National Comprehensive Cancer Network	http://www.nccn.org
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)	http://afssaps.sante.fr

Krok 2. Zřídit organizační výbor

V lednu roku 2015 byla ustanovena pracovní skupina ve složení: MUDr. Mgr. Radim Líčeník Ph.D., MUDr. Jan Strojil Ph.D., MUDr. Katarína Nešťáková (v té době Kliková), MUC Tereza Krchňáková. Její úkolem bylo od počátku dohlížet nad celým procesem adaptace KDP, určovat rozsah procesu, podmínky a vývoj adaptačního plánu.

Krok 3. Vybrat téma KDP

V dotazníkovém šetření, jehož výsledky jsou zveřejněny v kapitole 4, jsme se v otázce č. 21 respondentů ptali na téma KDP, které podle nich v České republice chybí a bylo by užitečné ho vytvořit. Z nejčastějších odpovědí jsme si jako téma našeho KDP vybrali „Diagnostika a léčba febrilních křečí u dětí.“

Krok 4. Určit potřebné zdroje a dovednosti

Naši pracovní skupinu, jak je již uvedeno výše, tvoří čtyři členové: Katarína Nešťáková (pediatr), Jan Strojil (farmakolog), Tereza Krchňáková (studentka medicíny se zájmem o pediatrii) a Radim Líčeník (internista, neurolog). Pro členy pracovní skupiny nebyl stanoven žádný honorář na pokrytí nákladů za čas strávený hodnocením KDP. Jelikož jsme zatím ve fázi adaptace a dosud tedy nebyla provedena implementace KDP, není relevantní mluvit o nákladech za implementaci KDP.

Krok 5. Dokončit úkoly pro fázi nastavení

V tomto bodu jsme si jako hlavního představitele naší pracovní skupiny zvolili Radima Líčeníka - z důvodu jeho bohatých zkušeností v rámci metodiky tvorby a adaptace KDP. Naše pracovní skupina se dále domluvila na pracovních schůzkách vždy jednou měsíčně.

Nástroj 3. Prohlášení o střetu zájmů

Rozhodli jsme se pro proces neformálního konsensu. Prohlášení o střetu zájmů každého člena pracovní skupiny je obsahem přílohy č. 5.

Nástroj 4. Zdroje pro proces konsensu

Odpovědnou osobou za vypracovaný návrh adaptovaného KDP, za závěrečný dokument a za principy autorství je Radim Líčeník. Jednotlivé kroky adaptace KDP budou součástí dizertační práce a adaptovaný KDP bude publikovaný v českém lékařském periodiku a na internetové stránce České pediatrické společnosti.

Krok 6. Napsat plán adaptace

Pro adaptaci KDP si naše pracovní skupina vybrala téma „Léčba febrilních křečí u dětí.“ V naší zemi ani na Slovensku nemáme KDP na toto téma a léčba febrilních křečí je v různých zdravotnických zařízeních odlišná. Naše čtyřčlenná pracovní skupina se setkává jednou měsíčně; tvoří jí pediatr, neurolog, farmakolog a studentka, která se chce stát pediatričkou. Vedoucí pracovní skupiny má přístup k mezinárodním databázím pro vyhledávání KDP. Podává také přehled dovedností jednotlivých členů. Zkoumali jsme mezinárodní PKDP - jejich aktuálnost a kvalitu, a pak jsme se rozhodli pro adaptaci jednoho z nich. Elektronicky jsme kontaktovali Americkou pediatrickou akademii o povolení k adaptaci jejich KDP Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure. Nikdo z nás neobdržel honorář z adaptace KDP a všichni jsme podepsali prohlášení o střetu zájmů - nebyly identifikovány žádné konflikty.

Nástroj 5. Pracovní plán - Febrilní křeče u dětí

Pracovní plán pomáhá členům pracovní skupiny při procesu výběru témat, hledání specifických zdravotních otázek, hodnocení kvality KDP, aktuálnosti, obsahu, použitelnosti, rozhodování při procesu adaptace a přípravě návrhu adaptovaného KDP.

Tabulka 15 Pracovní plán adaptace KDP

	Fáze KDP	Úkoly	Přiřazení k	Odpovídající moduly	Časová osa	
P Ř Í P R A V N Á F Á Z E		<input type="checkbox"/> Rozhodnout se o širokospektrém tématu <input type="checkbox"/> Posoudit proveditelnost adaptace <input type="checkbox"/> Identifikovat potřebné zdroje <input type="checkbox"/> Vytvořit multidisciplinární panel <input type="checkbox"/> Napsat protokol <input type="checkbox"/> Identifikovat schvalování <input type="checkbox"/> Diskuse o autorství a odpovědnosti <input type="checkbox"/> Diskuse diseminace a implementace	Organizační výbor	Modul přípravy	Měsíc 1 (Leden 2015)	
	F Á Z E A D A P T A C E	Počátečné setkání (nebo konferenční hovor)	<input type="checkbox"/> Rozhodnout o referenčních podmínkách/proces u konsensu <input type="checkbox"/> Vytvořit zařazovací/vyřazovací podmínky KDP <input type="checkbox"/> Pomocť identifikovat klíčové vyhledávací termíny <input type="checkbox"/> Pomocť identifikovat klíčové dokumenty/zdroje <input type="checkbox"/> Upřesnit téma	<input type="checkbox"/> Organizační výbor <input type="checkbox"/> Organizační výbor <input type="checkbox"/> Zdrojový tým <input type="checkbox"/> Zdrojový tým	Modul přípravy	Měsíc 2-4 (Únor až duben 2015)
			<input type="checkbox"/> Upřesnit téma	<input type="checkbox"/> Panel	Modul rozsahu a účelu	Měsíc 5 (Květen 2015)
			<input type="checkbox"/> Dokončit vyhledávání KDP <input type="checkbox"/> Zúžený seznam KDP (když je potřeba)	<input type="checkbox"/> Zdrojový tým <input type="checkbox"/> Organizační výbor / zdrojový tým	Modul hledání a zobrazování	Měsíc 6 (Červen 2015)
			<input type="checkbox"/> Dokončit AGREE hodnocení <input type="checkbox"/> Posoudit aktuálnost KDP	<input type="checkbox"/> Panel <input type="checkbox"/> Zdrojový tým	Modul posouzení	Měsíc 6-7 (Červen-Červenec 2015)
			<input type="checkbox"/> Dokončit evaluace (vyhledávání literatury a důkazů, konzistence důkazů a shrnutí a doporučení) pro všechny KDP (nepovinné) <input type="checkbox"/> Připravit matici KDP <input type="checkbox"/> Posoudit přijatelnost	<input type="checkbox"/> Člen(ové) panelu <input type="checkbox"/> Zdrojový tým plus 1 klinický odborník k průzkumu		
		Druhé setkání (tváří v tvář)	<input type="checkbox"/> Zkontrolovat všechny data <input type="checkbox"/> Rozhodnout o doporučeních pro adaptovaný KDP	<input type="checkbox"/> Panel <input type="checkbox"/> Panel	Modul rozhodování a výběru	Měsíc 7 (Červenec 2015)

F Á Z E F I N A L I Z A C E	Třetí setkání (nebo konferenční hovor)	<input type="checkbox"/>	Napsat první návrh KDP a/nebo reportu	<input type="checkbox"/>	Šéf	Modul přizpůsobení	Měsíc 8 (Srpen 2015)
		<input type="checkbox"/>	Napsat první návrh KDP/reportu	<input type="checkbox"/>	Panel		Měsíc 8 (August 2015)
		<input type="checkbox"/>	Poslat pro externí průzkum a konzultaci	<input type="checkbox"/>	Zdrojový tým	Modul externího posouzení	Měsíc 8 (Srpen 2015)
		<input type="checkbox"/>	Získat formální schválení	<input type="checkbox"/>	Předseda a určený člen panelu z odborné společnosti		
		<input type="checkbox"/>	Diskutovat zpětní vazbu od hodnotitelů a konzultace	<input type="checkbox"/>	Panel		Měsíc 8 (Srpen 2015)
	Čtvrté setkání (nebo konferenční hovor)	<input type="checkbox"/>	Rozhodnout se o procesu aktualizace	<input type="checkbox"/>	Panel	Modul následní péče	Měsíc 8 (Srpen 2015)
		<input type="checkbox"/>	Vytvořit závěreční adaptovaný KDP	<input type="checkbox"/>	Určený autor	Finální modul	Měsíc 8 (Srpen 2015)
		<input type="checkbox"/>	Zvážit otázky implementace a vypracovat implementační plán	<input type="checkbox"/>	Implementační skupina/panel		Měsíc 8 (Srpen 2015)
F Á Z E I M P L E M E N T A C E							

Krok 7. Vymezení zdravotní otázky

V tomto kroku je důležité ujasnit si účel a parametry zvoleného tématu KDP vypracováním strukturovaných klíčových otázek. Soubor těchto otázek je důležitým aspektem pro úspěšné dokončení adaptačního procesu a zajistí, že závěrečný adaptovaný KDP bude pro uživatele použitelný.

Použití následujících pěti položek (PIPOH) nám pomůže definovat zdravotní otázky a pokryje všechny relevantní aspekty:

- P:** Uvažována populace a charakteristika nemoci
- I:** Intervence (nebo diagnostické testy atd.) zájmu
- P:** Odborníci, pro které bude KDP cílen

- **O:** Očekávaný výsledek včetně výsledků pacientů (zlepšení přežití bez nemoci, zlepšení kvalita života atd.), systémových výsledků (snížení variant léčby) a/nebo výsledků veřejného zdraví (např. pokles incidence rakoviny děložního čípku).
- **H:** Nastavení zdravotní péče a kontext, ve kterém je KDP implementován

Nástroj 6. **PIPOH**

P: Rozhodli jsme se, že chceme vytvořit KDP cílený na **pediatrickou populaci**, a to zejména pro typický věk výskytu febrilních křečí, tedy v rozmezí 6 - 60 měsíců života.

I: Volbou intervence byla **léčba**.

P: KDP bude vytvořen pro **pediatry, dětské neurology a praktické lékaře pro děti a dorost**

O: očekáváme **zlepšení léčby febrilních křečí** u dětské populace v České republice, systémové výsledky (**snížení variant léčby**) a/nebo výstupy veřejného zdraví (**snížit počet zbytečných vyšetření**).

H: Cílem naší pracovní skupiny je, aby tento KDP byl **použitelný a nápomocný v klinické praxi**.

*Krok 8. **Vyhledat KDP a další relevantní dokumenty***

Naši výzkumnou skupinu tvořili čtyři členové:

MUDr. Katarína Nešťáková - pediatr

MUDr. Mgr. Radim Líčeník, Ph.D. - neurolog

MUDr. Jan Strojil, Ph.D. - farmakolog

MUC. Tereza Krchňáková - studentka medicíny, která se chce stát pediatrem

Prvním krokem k získání relevantních KDP bylo prohledat nejznámější a největší světové databáze KDP. V našem případě to byly:

- American Academy of Paediatrics
- NICE
- National Guideline Clearinghouse
- GIN (Guidelines International Network)
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)
- EBSCO
- PubMed

Zaměřili jsme se na KDP publikované od roku 2005. Primárně bylo naše vyhledávání bez omezení jazyka, v kterém byl KDP napsán, postupně jsme náš výběr omezili na KDP vydané v češtině, slovenštině a angličtině.

Nástroj 7. Tabulka pro záznam klinického obsahu doporučeného postupu

Tento bod pojednává o základních parametrech, které určují původ a jazyk vybraných KDP, datum jejich vydání popřípadě aktualizace atd.

Tabulka 16 **Základní parametry jednotlivých KDP**

Název	Publikuje	Krajina, jazyk	Datum publikace	Konec vyhledávání	Komentáře
KDP 1 : Febrile seizures: Clinical Practice Guideline for the Long- term Management of the Child With Simple Febrile Seizures	Americká akademie pediatrie, Řídící výbor pro zlepšení kvality a řízení, Podvýbor pro febrilní křeče	Amerika, anglický jazyk	Červen 2008	30. leden	
KDP 2 : Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure	Pediatrics 2008;121;1281 Americká akademie pediatrie, Podvýbor pro febrilní křeče		Únor 2011	30. leden	+ verze od Agency for Healthcare Research and Quality
KDP 3 : Febrile Seizures	Pediatrics 2011;127;389 Klinické doporučené postupy & protokoly, Poradní výbor, National Guideline Clearinghouse	Amerika, anglický jazyk	Září 2010	30. leden	+ verze od Agency for Healthcare Research and Quality

Krok 9. Třídění vybraných KDP

Úkolem tohoto kroku je vybrat KDP pro další hodnocení. Eliminujeme KDP, které nejsou relevantní pro definované klíčové otázky.

Nástroj 8. Tabulka pro záznam charakteristiky KDP

Tento krok slouží k průzkumu, jestli mají vybrané KDP komponenty požadované pro výstupní KDP na dané téma, nebo bude potřeba modifikovat rozsah jejich tématu, seznam zdravotnických otázek nebo prohledat systematické přehledy či současné výzkumné články, které by nám umožnily napsat vlastní KDP pro oblasti, kde dosud žádná KDP neexistují.

Tabulka 17 **PIPOH**

Aktuální obsah KDP			
Zdravotní otázka	KDP 1 Léčba febrilních křečí u dětí	KDP 2 Léčba febrilních křečí u dětí	KDP 3 Léčba febrilních křečí u dětí
Populace	Febrilní křeče jsou křeče, které se vyskytují u dětí s horečkou mezi 6 a 60 měsíci věku, které nemají intrakraniální infekci, metabolickou vadu nebo anamnézu febrilních křečí Populace: děti ve věku mezi 6 a 60 měsíci	Febrilní křeče jsou křeče doprovázené horečkou, bez infekce centrálního nervového systému, které se vyskytují u kojenců a dětí mezi 6 a 60 měsíci věku Populace: děti ve věku mezi 6 a 60 měsíci	Febrilní křeče – stav u kojenců nebo v dětství, zvykle mezi 6 měsíci a 5 lety věku, spojené s horečkou ale bez průkazu intrakraniální infekce nebo definované příčiny Populace: děti (obvykle mezi 6 měsíci a 5 lety), vyšetřené kvůli febrilním křečím na pohotovosti
Intervence	Dlouhodobý management dítěte s prostými febrilními křečemi	Neurodiagnostické hodnocení neurologicky zdravých kojenců a dětí které se vyšetřují do 12 hodin po prodělaných prostých febrilních křečích	Pokryt vyšetřování a léčbu febrilních křečí u dětí na pohotovosti
Odborníci/pacienti	Pediatři, praktičtí lékaři pro děti a dorost	Explicitně vyjádřeno: Pediatři, rodinní lékaři, dětské neurologové, neurologové, lékaři pohotovosti, zdravotní sestry a další zdravotničtí pracovníci poskytující péči dětem s febrilními křečemi	Explicitně vyjádřeno v AHRQ verzi: Urgentní medicína, Rodinná praxe, infekční nemoci, interní medicína, pediatrie, zdravotní sestra, zdravotničtí asistenti
Výstup	Text pod abstraktem: Očekávané výstupy KDP včetně: 1,2,3,4	Explicitně vyjádřeno v AHRQ verzi: 1. Sensitivita a specifická lumbální punkce k identifikaci bakteriální meningitidy 2. Efekt v případě léčby antibiotiky před febrilními křečemi na průběh bakteriální meningitidy 3. Vztah mezi EEG, CT, MRI a zvyklými krevními	Explicitně vyjádřeno v AHRQ verzi: 1. Neurologické důsledky 2. Bakteriální infekce

			testy na výsledky pacienta
		4.	Výskyt intrakraniálních strukturálních abnormalit v této populaci pacientů
Typ zdravotní péče	Primární péče	Primární péče	Primární péče

Krok 10. Snížit velké množství vyhledaných KDP

Vyhledávání KDP v mezinárodních i národních databázích jsme provedli 11. ledna 2015. Následně jsme provedli selekci KDP, týkajících se naší klinické otázky:

- Databáze PubMed:
- Klíčové slovo „febrile seizures“ - 4 075 KDP
- Klíčová slova „febrile seizures“ AND „treatment“- 1 843 KDP
- Klíčová slova „febrile seizures“ AND „treatment“ + datum publikace od roku 2010 do roku 2015: 404 KDP
- Klíčová slova „febrile seizures“ AND „clinical practice guidelines“ : 87 KDP
- Klíčová slova „febrile seizures“ AND „treatment“ AND „clinical practice guidelines“
+ datum publikace od roku 2010 do roku 2015: 27 KDP

- Knihovna GIN:
- Klíčové slovo „febrile seizures“ - 4 KDP

- American Academy of Paediatrics:
- Nalezli jsme dva KDP týkající se febrilních křečí u dětí

- EBSCO :
- Klíčové slovo „febrile seizures“ - 0 výsledků

Ze všech výše zmíněných KDP jsme se po redukci těch, které neodpovídají naší klinické otázce, rozhodli pro následovné tři KDP:

1. Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure (American Academy of Paediatrics),
Pediatrics 2011; 127:2 389-394; doi:10.1542/peds.2010-3318
2. Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures (American Academy of Paediatrics),
Pediatrics June 2008; 121:6 1281-1286; doi:10.1542/peds.2008-0939
3. Febrile seizures (Agency for Healthcare Research & Quality's)
Medical Services Commission. Febrile seizures. Victoria (BC): British Columbia Medical Services Commission; 2010 Sep 1. 7 p. [18 references]

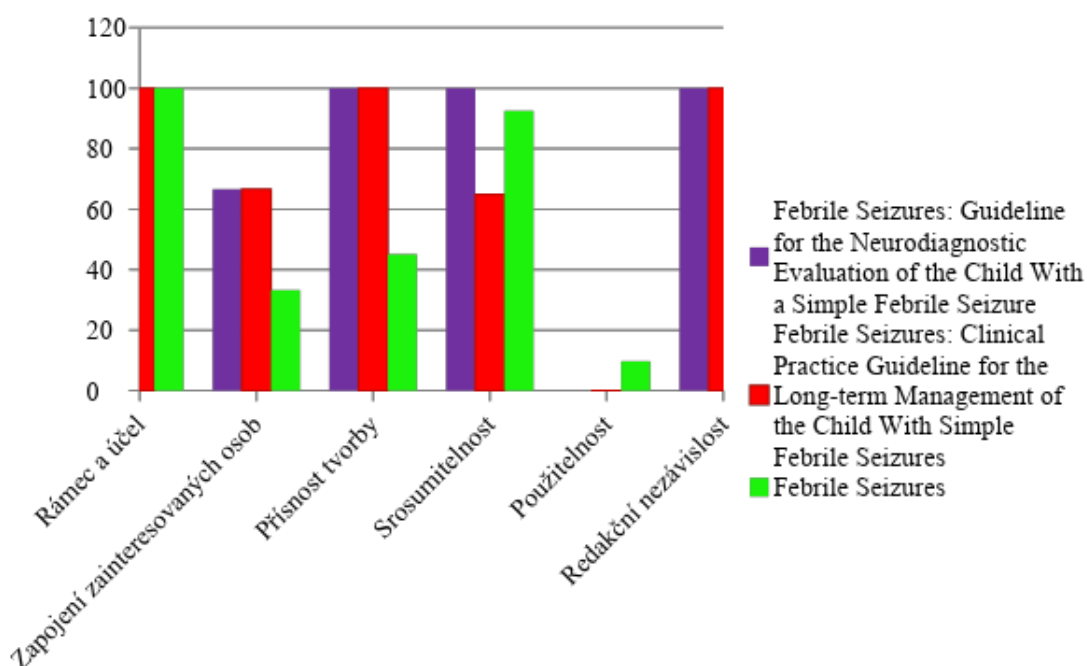
Nástroj 9. **AGREE nástroj**

AGREE II nástroj v českém jazyce je zveřejněn v příloze č. 1.

Nástroj 10. **Tabulkový kalkulačor AGREE pro shodu mezi hodnotiteli a bodové hodnocení AGREE**

V tomto kroku jsme do tabulky shrnuli evaluaci kvality, obsahu, aktualizace, konzistence, přijatelnosti/použitelnosti KDP.

Graf 1 Evaluace kvality, obsahu, aktualizace, konzistence, přijatelnosti/použitelnosti KDP



Krok 11. Zhodnotit kvalitu KDP

AGREE nástroj poskytuje možnost hodnocení kvality KDP. 23 položek v tomto dokumentu posuzuje metody použité při vývoji KDP. Závěrečné celkové hodnocení dovoluje hodnotitelům udělat si úsudek o kvalitě KDP jako celku a zvážit, jestli by ho „doporučili,“ „doporučili s modifikacemi,“ „nedoporučili“ nebo „si nejsou jistí“ o doporučeních v příslušném KDP. Nástroj neposuzuje klinický obsah KDP. Před hodnocením je nutné si pečlivě přečíst instrukce v úvodu nástroje. Celý AGREE nástroj je volně přístupný na AGREE internetových stránkách.

Nástroj 9. AGREE nástroj

Po vyhodnocení všech tří KDP AGREE nástrojem každým členem výboru proběhla diskuse k vyjasnění si rozporů a rozdílných výkladů hodnotících kritérií. Když bylo hodnocení každého z členů odlišné o více než jeden bod, snažili jsme se dopracovat ke společnému konsensu ve všech sporných otázkách.

Nástroj 10. Tabulkový kalkulátor AGREE pro shodu mezi hodnotiteli a bodové hodnocení AGREE

V tomto bodě uvádíme tabulku poukazující na kontroverzní body hodnocení naší pracovní skupiny (v závorce jsou původní body hodnotitelů za hodnocení jednotlivých bodů, bez závorky pak body přidělené po společném konsensu):

Tabulka 18 AGREE hodnocení KDP Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure

KDP/hodnotitel	K. Nešťáková	R. Líčeník	T. Krchňáková
1. Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure			
CELKOVÉ HODNOCENÍ			
- Celková kvalita:	(7) 6/7	6/7	(7) 6/7
- Doporučen?	Ano	Ano	Ano
I. RÁMEC A ÚČEL			
1.	7	7	7
2.	7	7	7
3.	7	7	7
	21	21	21
II. ZAPOJENÍ ZAJINTERESOVANÝCH OSOB			
4.	7	7	7
5.	(5) 1	1	(7) 1
6.	7	7	7
	(19) 15	15	(21) 15
III. PŘÍSNOST TVORBY			
7.	7	7	7
8.	7	7	7
9.	7	7	7
10.	7	7	7
11.	7	7	7
12.	7	7	7
13.	7	7	7
14.	(2) 7	7	7
	(51) 56	56	56
IV. SROSUMITELNOST			
15.	7	7	7
16.	7	7	7
17.	7	7	7
	21	21	21
V. POUŽITELNOST			
18.	(7) 1	1	(7) 1
19.	1	1	1
20.	(5) 1	1	(7) 1
21.	(7) 1	1	1
	(20) 4	4	(16) 4

VI.	REDAKČNÍ NEZÁVISTLOST			
22.		7	7	7
23.		7	7	7
		14	14	14

Tabulka 19 AGREE hodnocení KDP Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures

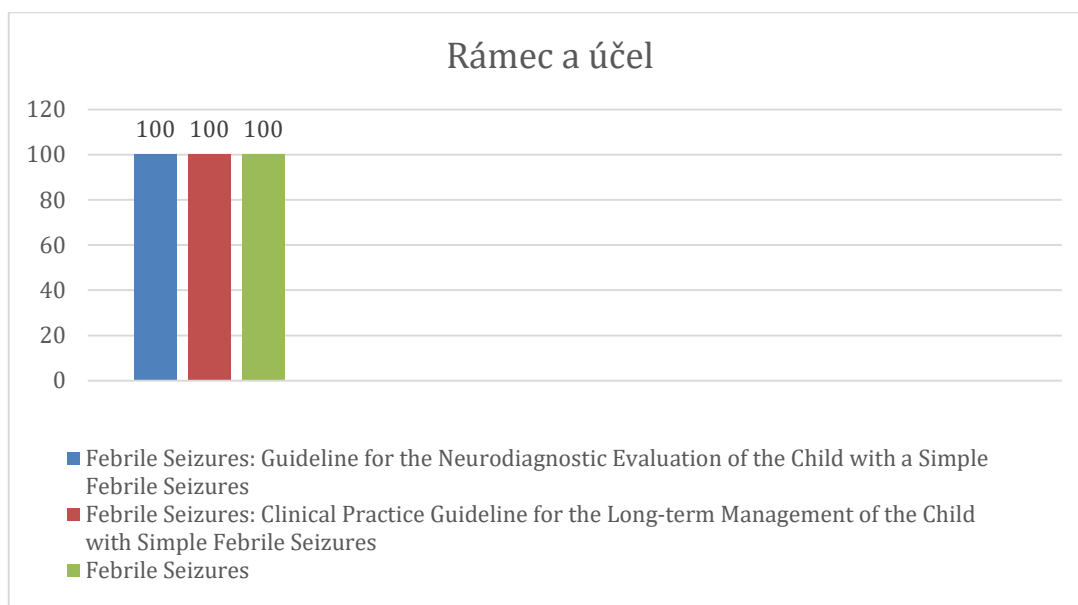
	KN	RL	TK
2. Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures			
CELKOVÉ HODNOCENÍ			
- Celková kvalita:	6/7	6/7	6/7
- Doporučen?	Ano, s úpravami	Ano, s úpravami	Ano, s úpravami
I. RÁMEC A ÚČEL			
1.	7	7	7
2.	7	7	7
3.	(5)7	7	7
	(19) 21	21	21
II. ZAPOJENÍ ZAJÍMÁVANÝCH OSOB			
4.	7	7	7
5.	1	1	1
6.	7	7	7
	15	15	15
III. PŘÍSNOST TVORBY			
7.	7	7	7
8.	7	7	7
9.	(1) 7	7	7
10.	7	7	7
11.	7	7	7
12.	7	7	7
13.	7	7	7
14.	(2) 7	7	(1) 7
	(45) 56	56	(50) 56
IV. SROSUMITELNOST			
15.	7	6	7
16.	7	7	7
17.	(7) 1	1	(7) 1
	(21) 15	14	(21) 15
V. POUŽITELNOST			
18.	(7) 1	1	(7) 1
19.	1	1	1
20.	1	1	1
21.	1	1	1
	(10) 4	4	(10) 4

VI.	REDAKČNÍ NEZÁVISLOST			
22.		(1) 7	7	(1) 7
23.		7	7	7
		(8) 14	14	(8) 14

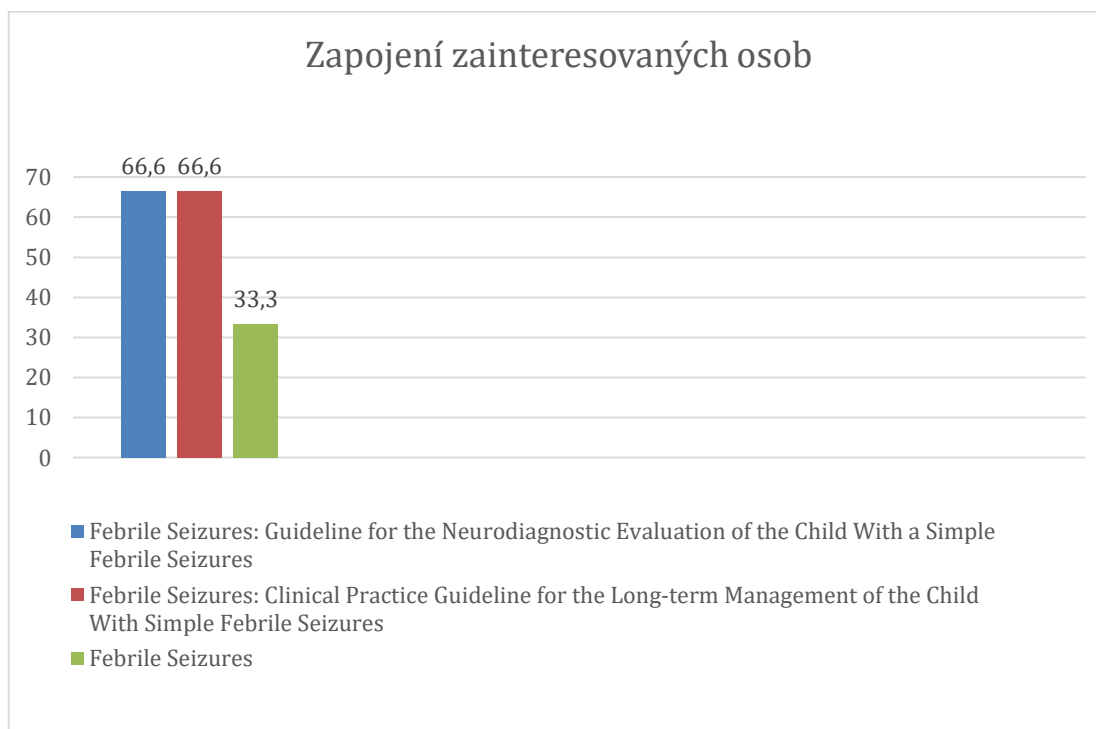
Tabulka 20 AGREE hodnocení KDP Febrile Seizures

	KN	RL	TK
3. Febrile Seizures			
CELKOVÉ HODNOCENÍ			
- Celková kvalita:	(7) 5/7	4/7	(6) 4/7
- Doporučen?	(Ano) Ano, s úpravami	Ne	(Ano, s úpravami) Ne
I. RÁMEC A ÚČEL			
1.	7	7	7
2.	7	7	7
3.	7	7	7
	21	21	21
II. ZAPOJENÍ ZAJINTERESOVANÝCH OSOB			
4.	(6) 1	1	1
5.	(2) 1	1	1
6.	7	7	7
	(15) 9	9	9
III. PŘÍSNOST TVORBY			
7.	7	7	7
8.	(7) 5	4	4
9.	(4) 1	1	1
10.	(7) 2	1	(7) 1
11.	(7) 5	5	(7) 5
12.	(7) 6	6	(7) 6
13.	(2) 4	4	4
14.	1	1	1
	(42) 31	29	(38) 29
IV. SROSUMITELNOST			
15.	7	6	7
16.	(7) 6	6	(7) 6
17.	7	7	7
	(21) 20	19	(21) 20
V. POUŽITELNOST			
18.	(7) 2	1	(7) 1
19.	(7) 2	3	(7) 3
20.	(3) 2	1	(4) 1
1	(7) 1	1	(7) 1
	(24) 7	6	(25) 6
VI. REDAKČNÍ NEZÁVISLOST			
2	1	1	1
3	1	1	1
	2	2	2

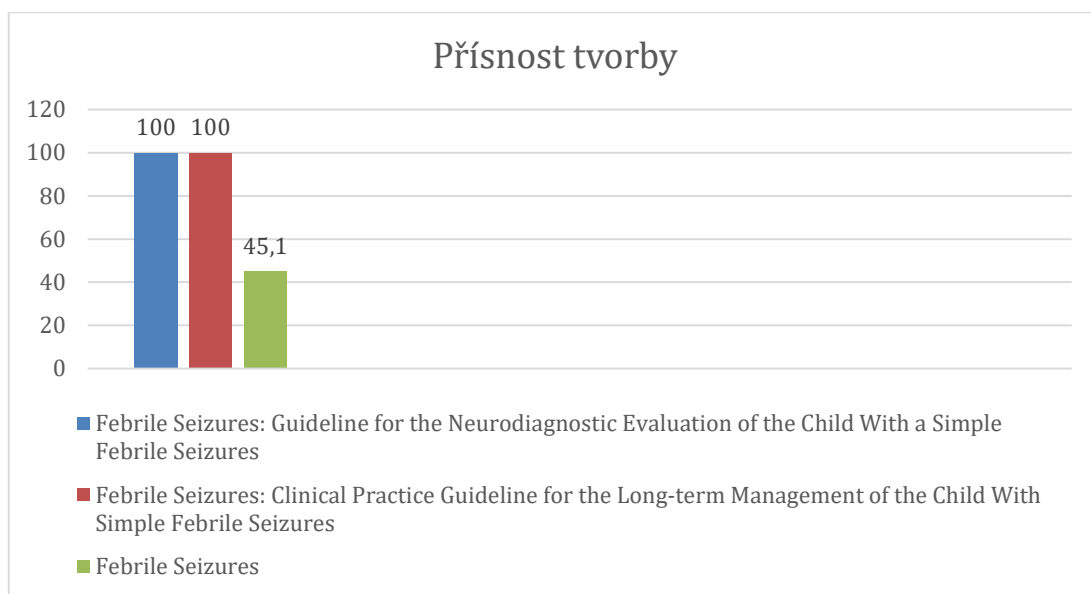
Graf 2 Procentuální propočet dosažených bodů v hodnocení u domény Rámec a účel



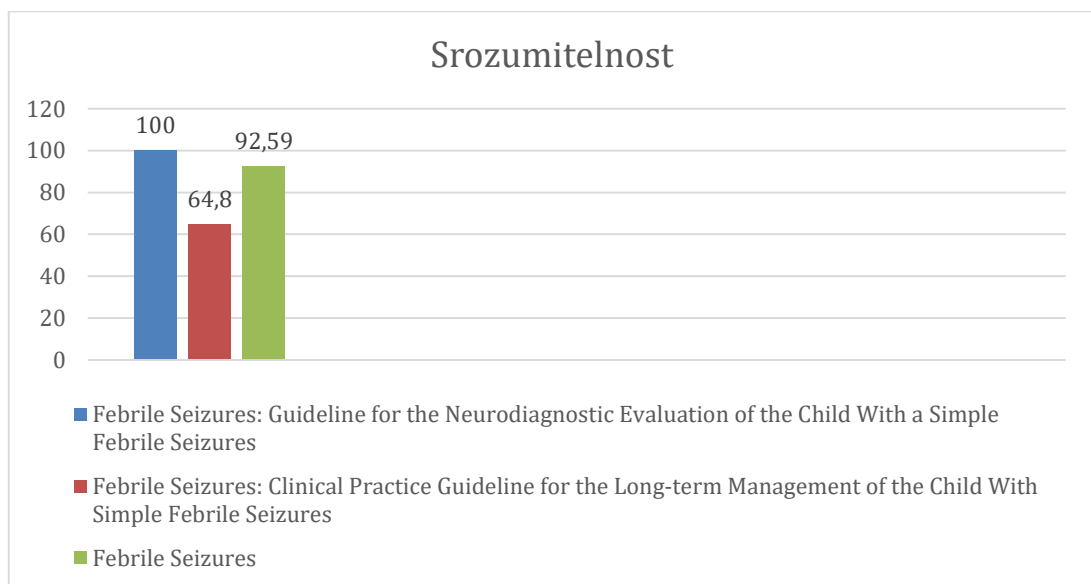
Graf 3 Procentuální propočet dosažených bodů v hodnocení u domény Zapojení zainteresovaných osob



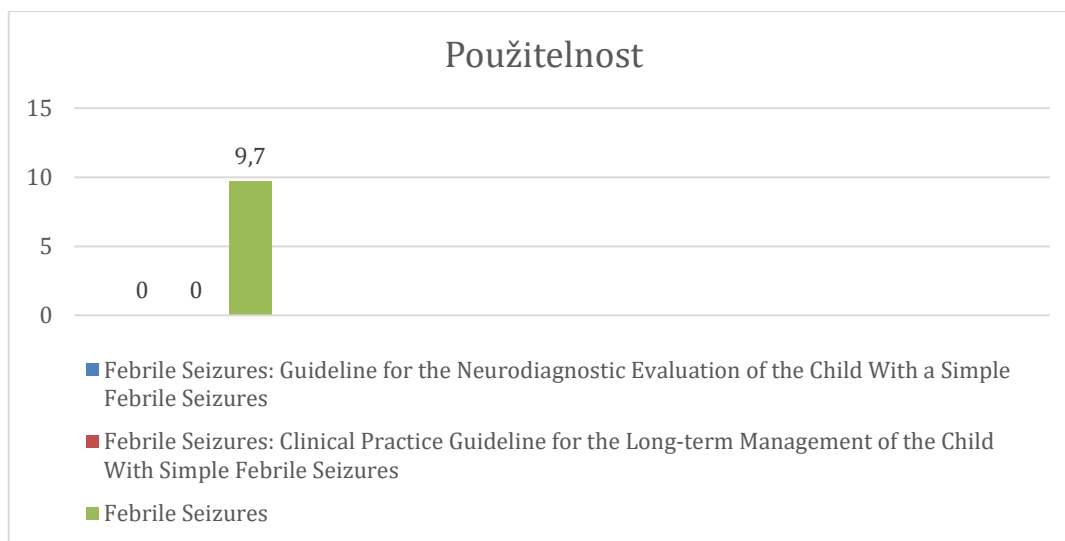
Graf 4 Procentuální propočet dosažených bodů v hodnocení u domény Přísnost tvorby



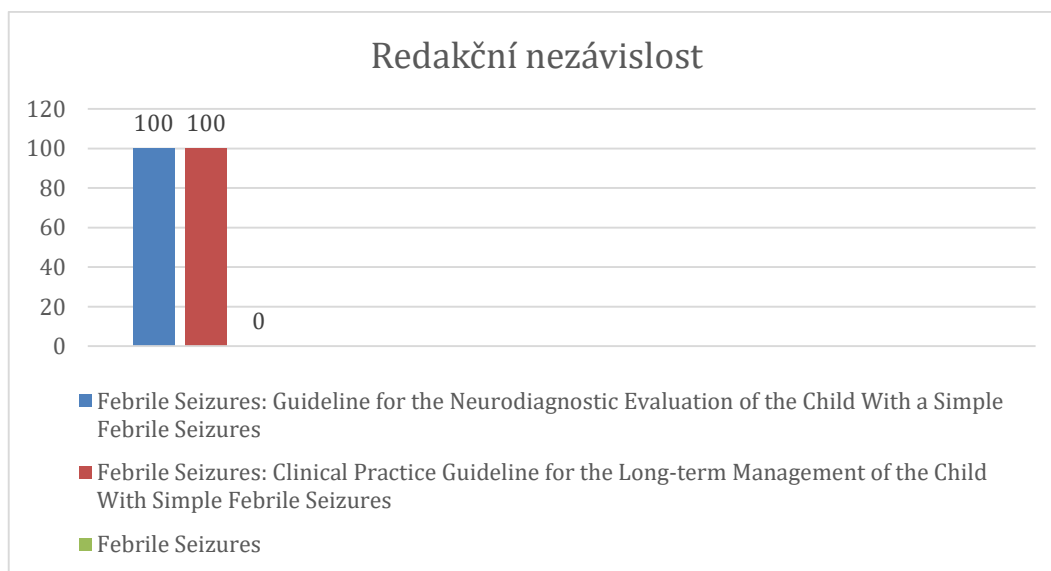
Graf 5 Procentuální propočet dosažených bodů v hodnocení u domény Srozumitelnost



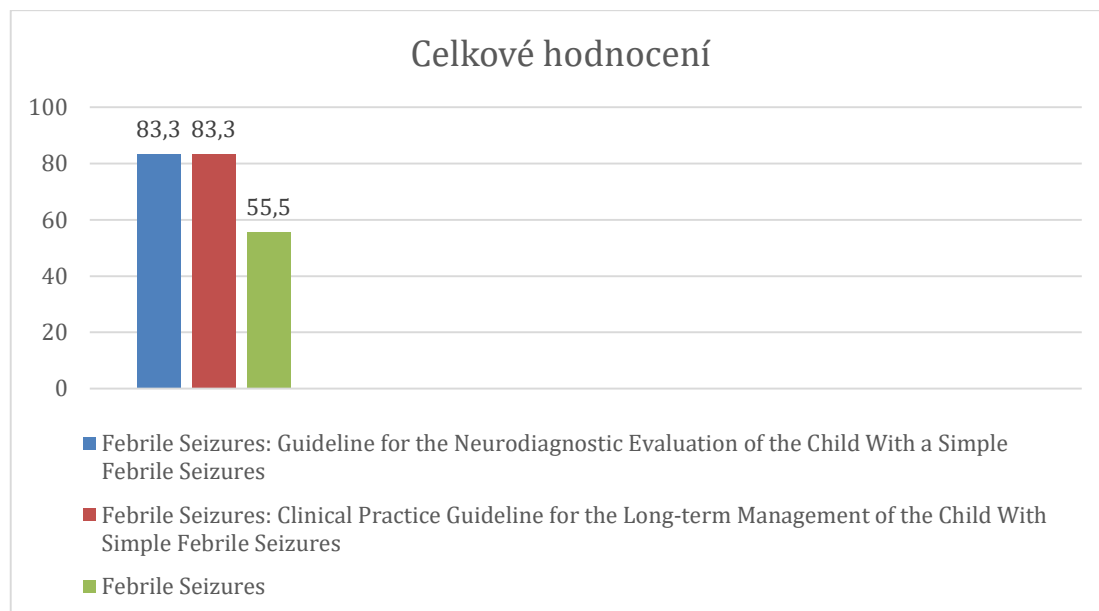
Graf 6 Procentuální propočet dosažených bodů v hodnocení u domény Použitelnost



Graf 7 Procentuální propočet dosažených bodů v hodnocení u domény Redakční nezávislost



Graf 8 Procentuální propočet dosažených bodů v hodnocení u domény Celkové hodnocení



Krok 12. Zhodnotit aktuálnost KDP

Vzhledem ke směrnicím Americké akademie pediatrie je aktualizace všech KDP této společnosti prováděná každých pět let. Proto KDP z roku 2011 (Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure) je aktuální; vzhledem k roku vydání druhého KDP (Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures) budeme kvůli posouzení aktuálnosti kontaktovat Americkou akademii pediatrie a u třetího KDP (Febrile Seizures) z roku 2010 jsme nenašli žádnou novější verzi.

Nástroj 11. Příklad posouzení aktuálnosti

Viz. krok 13.

Krok 13. Zhodnotit obsah KDP

V tomto kroku jsme se zaměřili na aktuálnost a plány aktualizace jednotlivých KDP.

Tabulka 21 Aktuálnost a plány aktualizace KDP Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizures

Jste si vědomí jakýchkoliv nových důkazů relevantní tomuto KDP? <i>Pokud ano, uveďte odkazy na tyto důkazy</i>		<i>ne</i>
Existuje nějaký nový důkaz, který by vyvrátil některé z doporučení obsažených v tomhle KDP? <i>Když ano, uveďte prosím, které z doporučení tohoto KDP jsou potřebné k aktualizaci a poskytněte vodítko pro tyto nové důkazy</i>		<i>ne</i>
Jsou známé nějaké nové plány na aktualizaci tohoto KDP v blízké budoucnosti? <i>Když ano, kdy?</i>	<i>ano</i> <i>každých 5 let</i>	
Kdy byl tento KDP naposled aktualizován? Uveďte citaci poslední verze <i>S. on F. Seizures, „Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure”, Pediatrics, roč. 127, č. 2, s. 389–394, led. 2011.</i>	<i>2011</i>	

Tabulka 22 Aktuálnost a plány aktualizace KDP Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures

Jste si vědomí jakýchkoliv nových důkazů relevantní tomuto KDP? <i>Pokud ano, uveďte odkazy na tyto důkazy</i>		<i>ne</i>
Existuje nějaký nový důkaz, který by vyvrátil některé z doporučení obsažených v tomhle KDP? <i>Když ano, uveďte prosím, které z doporučení tohoto KDP jsou potřebné k aktualizaci a poskytněte vodítko pro tyto nové důkazy</i>		<i>ne</i>
Jsou známé nějaké nové plány na aktualizaci tohoto KDP v blízké budoucnosti? <i>Když ano, kdy?</i>	<i>ano</i> <i>každých 5 let</i>	
Kdy byl tento KDP naposled aktualizován? Uveďte citaci poslední verze <i>S. on F. S. Steering Committee on Quality Improvement and Management, „Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures”, Pediatrics, roč. 121, č. 6, s. 1281–1286, led. 2008.</i>	<i>2008</i>	

Tabulka 23 Aktuálnost a plány aktualizace KDP Febrile Seizures

Jste si vědomí jakýchkoliv nových důkazů relevantní tomuto KDP? <i>Pokud ano, uveďte odkazy na tyto důkazy</i>		ne
Existuje nějaký nový důkaz, který by vyvrátil některé z doporučení obsažených v tomhle KDP? <i>Když ano, uveďte prosím, které z doporučení tohoto KDP jsou potřebné k aktualizaci a poskytněte vodítko pro tyto nové důkazy</i>		ne
Jsou známé nějaké nové plány na aktualizaci tohoto KDP v blízké budoucnosti? <i>Když ano, kdy?</i>	ne	
Kdy byl tento KDP naposled aktualizován? Uveďte citaci poslední verze <i>Medical Services Commission. Febrile seizures. Victoria (BC): British Columbia Medical Services Commission; 2010 Sep 1. 7 p. [18 references]</i>	2010	

Nové prohledávání databází proběhlo 24. července 2015:

- Guidelines International Network (klíčové slovo „febrile seizures“): žádný nový KDP.
- PubMed (klíčové slova: „febrile seizures,“ „treatment,“ „clinical practice guideline“
a „datum publikace od roku 2010“): nalezeno celkem 26 KDP.
- Scottish International Guideline Network: žádný nový KDP.
- American Academy of Pediatrics: žádný nový KDP.
- EBSCO (klíčové slovo „febrile seizures“): žádný nový KDP.

Nástroj 12. Vzorové matice KDP

V tomto bodě jsme porovnali cílovou populaci a různé vyšetřovací metody KDP Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure ve dvou databázích - AAP a AHRQ.

Tabulka 24 Cílová populace a různé vyšetřovací metody v KDP Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizures - porovnání databáze American Academy of Pediatrics a AHRQ

	<i>Americká asociace pediatrie</i>	<i>AHRQ</i>
Cílová populace	<i>Neurodiagnostické hodnocení neurologicky zdravých kojenců a dětí které se vyšetřují do 12 hodin po prodělaných prostých febrilních křečích</i>	<i>Děti mezi 6 měsíci a 5 lety věku, které prodělali prosté febrilní křeče (a vyšetřují se do 12 hodin od jejich výskytu)</i>
Lumbální punkce	<p><u>Prohlášení 1b</u> <i>U každého kojence mezi 6 a 12 měsíci věku, který prodělal křeče a má horečku, je lumbální punkce volbou vyšetření, když se předpokládá neúplné proočkování Haemophilus influenzae typu b nebo Streptococcus pneumoniae, nebo když stav očkování nelze zjistit, protože dítě je ve zvýšeném riziku bakteriální meningitidy</i></p> <p><u>Prohlášení 1c</u> <i>Lumbální punkce je volbou vyšetření u dítěte po prodělaných křečích a horečce a již předtím bylo přeléčené antibiotiky, protože léčba antibiotiky Může skrýt znaky a symptomy meningitidy</i></p> <p><u>Prohlášení 1a</u> <i>Lumbální punkce by měla být provedena u každého dítěte po prodělaných křečích a s horečkou, u kterého jsou přítomné meningeální příznaky a symptomy nebo u každého dítěte, u kterého anamnéza nebo vyšetření naznačuje přítomnost meningitidy nebo intrakraniální infekce</i></p>	<p><u>Prohlášení 1b</u> <i>U každého kojence mezi 6 a 12 měsíci věku, který prodělal křeče a má horečku, je lumbální punkce volbou vyšetření, když se předpokládá neúplné proočkování Haemophilus influenzae typu b nebo Streptococcus pneumoniae, nebo když stav očkování nelze zjistit, protože dítě je ve zvýšeném riziku bakteriální meningitidy</i></p> <p><u>Prohlášení 1c</u> <i>Lumbální punkce je volbou vyšetření u dítěte po prodělaných křečích a horečce a již předtím bylo přeléčené antibiotiky, protože léčba antibiotiky Může skrýt znaky a symptomy meningitidy</i></p>
EEG	<p><u>Prohlášení 2</u> <i>EEG by nemělo být prováděno při vyšetření neurologicky zdravého dítěte s prostými febrilními křečemi</i></p>	<p><u>Prohlášení 2</u> <i>EEG by nemělo být prováděno při vyšetření neurologicky zdravého dítěte s prostými febrilními křečemi</i></p> <p><i>EEG nepředpovídá, u kterých dětí budou febrilní křeče pokračovat. Epileptiformní abnormality jsou u dětí s benigními febrilními křečemi relativně běžné</i></p>

Krevní odběry	<u>Prohlášení 3</u> <i>Následující testy by neměly být prováděné rutinně za jediným účelem- identifikace příčiny prostých febrilních křečí: měření elektrolytů v séru, vápníku, fosforu, hořčíku nebo hladiny glukózy v krvi či vyšetření krevního obrazu</i>	<i>EEG, které následuje po nevyprovokovaných křečích, má nízkou senzitivitu u dětí pod tři roky věku</i> <u>Prohlášení 3</u> <i>Následující testy by neměly být prováděné rutinně za jediným účelem- identifikace příčiny prostých febrilních křečí: měření elektrolytů v séru, vápníku, fosforu, hořčíku nebo hladiny glukózy v krvi či vyšetření krevního obrazu</i>
Zobrazovací metody CNS	<u>Prohlášení 4</u> <i>Zobrazovací metody CNS by neměly být prováděné při rutinním vyšetření dítěte s prostými febrilními křečemi</i>	<u>Prohlášení 4</u> <i>Zobrazovací metody CNS by neměly být prováděné při rutinním vyšetření dítěte s prostými febrilními křečemi</i>

Krok 14. Zhodnotit obsah KDP

V tomto kroku jsme hledali strategii výběru důkazů podporujících vybraný KDP a soulad mezi konzistencí důkazů a jejich interpretací.

KDP Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure

1. Verze Americké akademie pediatrie
 - K aktualizaci tohoto KDP ustanovila AAP Podvýbor pro febrilní křeče, všichni jeho členové podepsali dobrovolné zveřejnění KDP a formulář konfliktu zájmů (všichni členové byli bez konfliktu zájmů). Účast v procesu tvorby KDP byla dobrovolná a bez finančního zisku.
 - Bylo provedeno komplexní prozkoumání evidence-based literatury a důkazů od roku 1996 do února roku 2009.
 - Byly upřednostňovány populační studie, ale důraz byl kladen i na údaje z nemocničních studií; byly prozkoumány i skupiny malých dětí s febrilním onemocněním a srovnatelné populace.
 - Rozhodnutí byla provedena na základě systematického hodnocení kvality důkazů a síly doporučení.

- Prozkoumáno bylo 203 odborných lékařských článků, dalších 372 článků bylo prozkoumáno a abstrahováno. Důraz byl kladen na články, které odlišují prosté febrilní křeče od dalších typů křečí. KDP byl postaven na 70 člancích, které nejlépe splňovaly kritéria.
- EBM přístup při tvorbě KDP vyžaduje, aby v něm byly jasně identifikovány, zhodnoceny a shrnuty důkazy a byla definována explicitní souvislost mezi důkazy a doporučeními.
- Prohlášení „Klasifikace doporučení pro KDP“ AAP bylo následováno určením třídy doporučení.

2. Verze AHRQ

- Metody použité při sběru a výběru důkazů: ruční prohledávání publikované literatury (primárních zdrojů) a elektronických databází.
- Úplný přehled EBM literatury zveřejněné mezi roky 1996 a únorem 2009 byl proveden na stránkách PubMed k objevení článků, které se zabývají diagnostikou a hodnocením dětí s prostými febrilními křečemi.
- Výsledky rešerše byly poskytnuty členům podvýboru AAP pro průzkum.
- Počet podkladů není uveden.
- Metody používané při posuzování kvality a síly důkazů - hodnotící schéma:
 - A. Dobře navržené randomizované kontrolní studie nebo diagnostické studie.
 - B. Randomizované kontrolní studie nebo diagnostické studie s menšími omezeními, důkazy z observačních studií.
 - C. Observační studie (case-control a kohortové studie).
 - D. Znalecké posudky, kazuistiky.
 - X. Výjimečné případy kdy nemohou být provedené validní studie a je jasná převaha prospěchu nebo menšího poškození.
- Metody použité k analýze důkazů: recenze publikovaných meta-analýz, systematické hodnocení s důkazovými tabulkami.
- Prozkoumáno bylo 203 odborných lékařských článků, dalších 372 článků bylo prozkoumáno a abstrahováno. Důraz byl kladen na články, které odlišují prosté

febrilní křeče od dalších typů křečí. KDP byl postaven na 70 člancích, které nejlépe splňovaly kritéria.

- Popis metod použitých k analýze důkazů: byl kladen důraz na průzkum populačních studií, ale vzhledem k jejich nedostatku byly prozkoumány i data z nemocničních studií, skupin mladých dětí s horečnatým onemocněním a srovnatelných skupin. Rozhodování bylo provedeno na základě systematického odstupňování kvality důkazů a síly doporučení.
- Metodou použitou k formulování tohoto KDP je expertní konsensus.
- K aktualizaci KDP Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure AAP ustanovila Podvýbor pro febrilní křeče. Předsedal mu dětský neurolog a dále pozůstával z neuroepidemiologa, tři dalších dětských neurologů a pediatra. EBM přístup při tvorbě KDP vyžaduje, aby byly identifikovány, hodnoceny a shrnuty důkazy na podporu KDP a aby byla definována explicitní souvislost mezi důkazy a doporučeními. Doporučení založené na důkazech odrážejí kvalitu důkazů a vyváženost výhod/nedostatků, které se při používání KDP předpokládají. AAP prohlášení „Klasifikace doporučení pro KDP“ bylo následované v určitých úrovních doporučení.
- Opakovaně byly vzneseny a projednány různé dotazy, až bylo u doporučení dosaženo konsensu.
- Síla důkazů podporujících každé doporučení a síla doporučení byly hodnocené členem komise nejzkušenějším v informatice a epidemiologii a odstupňované podle AAP.

Nástroj 13. Tabulka kritérií pro hodnocení kvality vyhledávání a výběru studií

V tomto kroku se zabýváme odpověďmi na otázky ohledně vybraného tématu KDP a metodikou výběru důkazů včetně vylučovacích a zařazovacích kritérií.

Tabulka 25 Hledání a výběr důkazů

	KDP 1 (2008)			KDP 2 (2011)			KDP 3 (2010)		
	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne
Obecně, bylo vyhledávání důkazů komplexní?		X		X					X
Autoři měli jasně zaměřenou otázku (populace, intervence, výsledek)		X		X			X		
Jako zdroj doporučení byli prohledané vhodné databáze		X		X			X		
Jako zdroj doporučení byli prohledané internetové stránky	X			X			X		
Byli stanovené roky, na které se vztahuje vyhledávání	X			X			X		
Byl stanoven jazyk, na který se vztahuje vyhledávání			X			X			X
Byli stanovená klíčová slova, na která se vztahuje vyhledávání			X			X			X
Byla stanovena kombinace klíčových slov, na kterou se vztahuje vyhledávání			X			X			X
KDP poskytují detailní strategie vyhledávání		X		X					X
Byla použita metoda snowball ?		X			X			X	
Bylo zkompletované ruční prohledávání referenčních seznamů			X	X					X
Ke spolupráci při výrobě KDP byli požádáni lokální experti a/nebo společnosti	X			X					X

Tabulka 26 Hledání a výběr důkazů - modul přizpůsobení

	KDP 1 (2008)			KDP 2 (2011)			KDP 3 (2010)		
	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne
Obecně, bylo předejito bias při výběru článků?		X			X				X
Byli zohledněné začleňující a vyčleňující kritéria			X			X			X
Je zdokumentován počet osob, které vybírali a analyzovali data			X	X					X
Je popsán postup řešení nesouhlasu			X			X			X
Je popsáno množství analyzovaných referencí	X			X					X
Je popsáno množství vyloučených referencí			X			X			X
Jsou zdůvodněné příčiny vyloučení referencí			X			X			X
Kritéria pro vyloučení a zařazení jsou klinicky a metodicky platné			X			X			X
Důvody pro vyloučení jsou v souladu s kritérii pro vyloučení			X			X			X
Proces výběru důkazů je adekvátně popsán	X			X					X

Nástroj 14. Tabulka pro záznam hodnocení shody mezi důkazy, jejich interpretací a doporučeními

Tento krok hodnotí kritéria výběru důkazů - jejich sílu, použitelnost a relevantnost.

Tabulka 27 Vědecká platnost KDP (konzistence mezi důkazy, jejich interpretací a doporučeními)

Zdravotní otázka 1	KDP 1 (2008)			KDP 2 (2011)			KDP 3 (2010)		
	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne
<i>Obecně, byli důkazy validní</i>		X		X					X
<i>Vzhledem ke strategii vyhledávání, risk že relevantní důkazy budou chybět, je malý</i>		X		X				X	
<i>Kritéria pro výběr důkazů jsou explicitní</i>	X			X					X
<i>Obsah vybraných studií zapadá do zdravotní otázky</i>	X	X		X					X
<i>Výsledky byly klinicky použitelné? (např. čas bez známek onemocnění může být oproti celkovému přežití považován jako příliš slabý důkaz)</i>		X		X				X	
<i>Kritéria použité k posouzení kvality a platnosti vybraných studií jsou adekvátně zaznamenané (typ studie, randomizované metody, retence pacientů ve skupinách atd)</i>		X		X					X
<i>Riziko, že byli zaznamenané zkreslené důkazy, je nízké</i>		X			X			X	
<i>Výsledky jsou považovány za klinicky použitelné (např. čas bez známek onemocnění může být oproti celkovému přežití považován jako příliš slabý důkaz)</i>		X		X				X	
<i>Když byla provedena meta-analýza, statistické analýzy byly přiměřené. Byla provedena analýza senzitivity a test heterogenity</i>		X			X			X	

Tabulka 28 Vědecká platnost KDP - modul přizpůsobení

Zdravotní otázka 1	KDP 1 (2008)			KDP 2 (2011)			KDP 3 (2010)		
	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne
<i>Koherence mezi důkazy a doporučeními</i>	X			X					X
<i>Důkazy byli přímé. Pacienti a intervence zahrnuté ve studiích byli porovnatelné k těm v cílových doporučeních.</i>		X		X					X
<i>Závěry byli podpořené údaji a/nebo analýzami, výsledky byly konzistentní od studie ke studii. Když v datech existovala nesrovnalost, hlásila a aplikovala se v posouzení</i>		X			X				X
<i>Závěry jsou klinicky relevantní (statistická významnost není vždy rovná klinickému významu)</i>	X			X				X	
<i>Závěry z dat poukazují na účinnost/neúčinnost intervence a podle toho je psaný KDP</i>	X			X				X	
<i>Je důvod doporučit/nedoporučit intervenci i navzdory tomu, že důkazy jsou slabé</i>	X			X					X
<i>Hierarchie síly doporučení je adekvátně popsána</i>	X			X					X
<i>Obecně, vědecká kvalita tohoto KDP nepředstavuje riziko bias</i>		X		X				X	
<i>Síla důkazů přičítána KDP je adekvátně popsána a odůvodněna</i>			X	X					X
<i>Byli zvážena rizika a přínosy</i>			X	X					X

Krok 15. Zhodnotit přijatelnost a použitelnost vybraných KDP

V tomto kroku posuzujeme použitelnost a přijatelnost vybraných KDP v cílovém obsahu a mírou, do jaké se adaptovaný KDP bude muset přizpůsobit v závislosti na regionu a kultuře prostředí, v kterém bude používán.

Tabulka 29 Přijatelnost a použitelnost vybraných KDP

	KDP 1 (2008)	KDP 2 (2011)	KDP 3 (2010)
Přijatelnost: Měl by být KDP uveden do praxe?	ano	ano	ano
Použitelnost: je skupina/organizace schopna uvést KDP do praxe?	ano	ano	ano
Odpovídá popsaná populace populaci, které je KDP určen, v regionálních podmínkách? (přijatelné?)	ano	ano	ano
Plní intervence názory pacienta a preference v kontextu používání (přijatelné?)	ano	ano	ano
Jsou intervence/vybavení k dispozici v kontextu používání (použitelné?)	zčásti (některá zmíněná farmakoterapie se v našich podmínkách v léčbě febrilních křečí nepoužívá)	ano	ano
Je potřebná odbornost (znalosti a dovednosti) k dispozici v kontextu používání? (použitelné?)	ano	ano	Zčásti (v AHRQ verzi chybí farmakoterapie a zmínka o typu odborníků, kteří se na tvoření KDP podíleli)
Existují nějaká omezení, organizační bariéry, legislativa, politika a/nebo jiné zdroje zdravotní péče? (použitelné?)	ne	ne	ne
Je KDP v souladu s kulturou a hodnotami prostředí, v kterém má být používán? (přijatelné a použitelné?)	zčásti (viz výše)	ano	ano
Stojí užitek z tohoto KDP za uskutečnění jeho implementace? (přijatelné?)	zčásti	ano	Zčásti (v AHRQ verzi chybí v porovnání s dalšími 2 KDP farmakoterapie včetně dávkování léků a její vedlejší účinky, je tady jen zmínka o nepotřebnosti LP, chudší metodologie)

Podle výše popsané tabulky se vzhledem k našim regionálním podmínkám a podle odbornosti a očekávaného užítku z implementace nejvíce oplatí adaptovat KDP z roku 2011: „Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure.“

Nástroj 15. Pracovní list. Přijatelnost/použitelnost

V tomto kroku hodnotíme především použitelnost KDP v kontextu s prostředím zdravotní péče, kde bude využíván.

Tabulka 30 **Hodnotící list - přijatelnost/použitelnost**

Zdravotní otázka 1	KDP 1 (2008)			KDP 2 (2011)			KDP 3 (2010)		
	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne	ano	nejsem si jistý	ne
<i>Obecně, KDP je přijatelný</i>	X			X					X
<i>Síla důkazů a velikost vlivu náležitě podporují stupeň doporučení</i>			X	X					X
<i>Existuje dostatek výhod této intervence, ve srovnání s jiným dostupným řešením</i>	X			X				X	
<i>Doporučení je kompatibilní s kulturou a hodnotami prostředí, v kterém má být použito</i>	X			X				X	
<i>Obecně, KDP je použitelný</i>	X			X				X	
<i>Intervence je ve svém kontextu použitelné pro pacienty</i>	X			X			X		
<i>Intervence/vybavení je ve svém kontextu použitelné</i>		X		X				X	
<i>Potřebné odborné znalosti jsou použitelné ve svém kontextu</i>	X			X				X	
<i>Nejsou žádná omezení, legislativa, politika nebo jiné zdroje používané v prostředí zdravotní péče, které by bránili implementaci KDP</i>	X			X			X		

Krok 16. Přezkoumat hodnocení

V září 2015 proběhla schůzka naší pracovní skupiny s prof. MUDr. Vladimírem Mihálem, CSc., který je školitelem mé dizertační práce a současně jedna z popředních osobností pediatrie v České republice. Prozkoumali jsme dosavadní kroky ADAPTE procesu a vybrané tři KDP a po jejich pečlivém vyhodnocení jsme dospěli k závěru, že nejlepší varianta bude adaptace KDP z roku 2011, protože je nejaktuálnější a metodologicky nejkvalitnější.

Krok 17. Výběr KDP pro adaptaci

Naše pracovní skupina se rozhodla pro adaptaci pro nás metodologicky nejsprávnějšího z vybraných KDP. Adaptace jako metoda je finančně i metodicky méně náročná než tvorba KDP de novo a v našich podmínkách je také jednodušeji proveditelná, proto jsme z vybraných možností v tomto kroku zvolili první dva body:

1. ZAMÍTNOUT celý KDP: KDP č. 1 a 3
2. PŘIJMOUT celý KDP : KDP č. 2

Tabulka 31 Selekce adaptovaného KDP

Proces	Akce
Rozhodli jsme se zjistit, zda můžeme odstranit KDP, které měli nízké celkové hodnocení v AGREE hodnocení Diskuze o datu vydání KDP	KDP č. 3 je odstraněn (KDP č. 1 a 2 mají stejné celkové skóre v AGREE hodnocení)
Hledat jasně popsaná klíčová vyjádření	KDP č. 3 a 1 jsou odstraněny KDP č. 1 není aktuální (u AAP podléhá každý KDP co 5 let aktualizaci)
Podívat se na individuální doporučení Kritéria pro výběr důkazů jsou explicitní	V KDP č. 3 nejsou jasně popsány. V KDP č. 2 je síla důkazů adekvátně popsána. Akceptujeme všech 6 doporučení z KDP č. 2 Nejsou explicitně vyjádřeny v KDP č.3, jsou dobře vyjádřeny v KDP č. 1 a 2
Popsaný panel odborníků a/nebo společností které rozhodovali při tvorbě KDP Panel se rozhoduje, zda může přijmout jeden z KDP jako celek	Ne úplně v KDP č. 3, dobře v KDP č. 1 a 2 Konsensus přijal KDP č. 2 jako celek a pracovní skupina poskytne zdůvodnění

Krok 18. Připravit návrh adaptovaného KDP

Jelikož jsme se rozhodli adaptovat KDP č. 2, byla potřeba tento KDP přeložit do českého jazyka. Překlad usměrňoval a provedl MUDr. Jan Strojil, Ph.D.

Nástroj 16. Kontrola obsahu adaptovaného KDP

Tento bod popisuje časový harmonogram procesu adaptace KDP.

Tabulka 32 Časový plán procesu adaptace KDP

Výběr KDP	Kdy bude dokončeno
<input type="checkbox"/> Přehled materiálů	červenec 2015
<input type="checkbox"/> Strukturovaný abstrakt zahrnuje:	
<input type="checkbox"/> Datum vydání KDP	
<input type="checkbox"/> Status (originální, adaptovaný, revidovaný, aktualizovaný)	
<input type="checkbox"/> Tištěné a elektronické zdroje	
<input type="checkbox"/> Výběr člověka odpovědného za adaptaci a tvorbu KDP	
<input type="checkbox"/> Úvod a pozadí	červenec 2015
<input type="checkbox"/> Rozsah a účel	červenec 2015
<input type="checkbox"/> Cílová skupina pro KDP	červenec 2015
<input type="checkbox"/> Zdravotní otázky	červenec 2015
<input type="checkbox"/> Doporučení	červenec 2015
<input type="checkbox"/> Rizika a výhody spojené s doporučeními	
<input type="checkbox"/> Specifické podmínky, za jakých provést tvorbu KDP	
<input type="checkbox"/> Síla doporučení (byla-li přidělena)	
<input type="checkbox"/> Zdůvodnění důkazů a informací pro doporučení	srpen 2015
<input type="checkbox"/> Zdůvodnění panelu za doporučeními	
<input type="checkbox"/> Prezentace dalších důkazů	
<input type="checkbox"/> Jak a proč byli stávající doporučení upravené	
<input type="checkbox"/> Proces externí recenze a konzultace	srpen 2015
<input type="checkbox"/> Kdo byl k recenzi požádán	
<input type="checkbox"/> Jaký proces byl následován	
<input type="checkbox"/> Diskuze o zpětné vazbě	
<input type="checkbox"/> Zpětná vazba začleněna do závěrečního dokumentu	
<input type="checkbox"/> Plánování revize a aktualizace	srpen 2015
<input type="checkbox"/> Algoritmus nebo souhrnný dokument	srpen 2015
<input type="checkbox"/> Úvahy o implementaci	srpen 2015
<input type="checkbox"/> Slovník (pro neznámé termíny)	srpen 2015
<input type="checkbox"/> Odkazy na všechny materiály používané při tvorbě KDP	srpen 2015
<input type="checkbox"/> Seznam odborníků, podílejících se na tvorbě KDP a udělených povoleních (v případě potřeby)	srpen 2015
<input type="checkbox"/> Seznam odborníků, podílejících se na tvorbě KDP a jejich pověření, deklaráce konfliktu zájmů	září 2015
<input type="checkbox"/> Seznam zdrojů financování	září 2015
<input type="checkbox"/> Příloha popisující proces adaptace včetně:	září 2015
<input type="checkbox"/> Vyhledávání KDP a odůvodnění, proč byli zahrnuti/vyloučeni	
<input type="checkbox"/> Zhodnocení KDP včetně shrnutí výsledků každého hodnocení (včetně skóre jednotlivých domén AGREE)	
<input type="checkbox"/> Proces rozhodování následovaný panelem	
<input type="checkbox"/> Výsledky a rozhodnutí každé evaluace	

Krok 19. Externí průzkum - cíloví uživatelé KDP

Přeložený adaptovaný KDP jsme poskytli k posouzení klinickým odborníkům. Jednalo se o přednostu dětské kliniky, dva primáře pediatrických oddělení okresních nemocnic, dětského neurologa, dva obvodní lékaře pro děti a dorost. Jejich úkolem bylo popsat silné a slabé stránky námi navrhovaného KDP, navrhnout úpravy, vyjádřit se, zda by tento KDP používali ve své klinické praxi a jak by jejich současnou praxi ovlivnil.

Nástroj 17. **Příklady ankety k externímu posouzení**

Vzor dotazníku je součástí přílohy č. 5.

Krok 20. Konzultace se schvalujícími odborníky

Prof. MUDr. Vladimíra Mihála, CSc. jsme jako bývalého předsedu České pediatrické společnosti požádali o zhodnocení, zda by implementace našeho adaptovaného KDP mohla být provedena právě na internetových stránkách této největší pediatrické společnosti.

Krok 21. Konzultace s tvůrci původního KDP

MUDr. Mgr. Radim Líčeník Ph.D. oslovil AAP, která původní KDP vytvořila, zda by byla možná jeho adaptace naší pracovní skupinou.

Krok 22. Citace zdrojových dokumentů

Ve výsledném dokumentu je uvedeno povolení AAP k adaptaci jejich KDP - v části pod ustanovením o autorských právech. Informace o zdrojích, požadovaná povolení a oprávnění jsou rovněž jeho součástí.

Krok 23. Plán následné péče o adaptovaný KDP

Náš KDP byl uveřejněn v odborném časopisu Česko-slovenská pediatrie. Jeho aktualizace bude prováděna každé dva roky nebo dříve, pokud dojde k nalezení nového kvalitního KDP zaměřeného na toto téma.

Zpětná vazba od odborníků - formulář pro evaluaci KDP po jeho vydání:

Tabulka 33 **Formulář pro evaluaci adaptovaného KDP**

Jste zodpovědní za péči o pacienty, pro které je tento KDP vhodný? Toto může zahrnovat referral, diagnózu, léčbu a sledování pacientů	Ano x	Ne	Nejsem si jistý
	Zásadně souhlasím	Ani souhlas ani nesouhlas	Zásadně nesouhlasím
Důvod pro vznik KDP, jak je uvedeno v sekci „Volba tématu,“ je jasný			
Je potřeba vzniku KDP na toto téma			
Vyhledávání literatury je relevantní a kompletní (např. žádné klíčové studie nebyly opomenuté a také tady nejsou žádné, které by zde neměly být)			
Souhlasím s metodologií použitou v souhrnu důkazů obsaženým v tomto návrhu			
Výsledky studií popsaných v tomto návrhu KDP jsou interpretované podle mého chápání údajů			
Doporučení v návrhu jsou jasná			
Souhlasím s návrhem doporučení ve znění, v jakém jsou uvedeny			
Návrh doporučení je vhodný pro pacienty, pro které je zamýšlený			
Návrh doporučení je příliš rigidní, aby se mohl aplikovat na individuální pacienty			
Pokud se bude používat návrh doporučení bude mít pro pacienty více užítku než škody			
Návrh doporučení představuje možnosti, které budou mít pro pacienty více užítku než škody			
Bude třeba při používání doporučení reorganizace služeb/péče v mojí praxi?			
Používání návrhu doporučení bude technicky náročné			
Návrhy doporučení jsou pro používání v praxi příliš nákladné			
Návrhy doporučení budou pravděpodobně podporovány většinou mých kolegů			
V případě používání návrhu doporučení bude očekávaný užitek na výsledky pacienta zřejmý			
Návrh doporučení odráží efektivnější přístup pro úpravu výsledků pacienta než je současná běžná praxe			
Použití návrhu doporučení bude mít za následek lepší využití zdrojů, než současná běžná praxe			
Cítil bych se pohodlně, když by se mým pacientům dostávala péče doporučená v návrhu KDP			
Toto doporučení by mělo být schválené jako KDP			
	vůbec	nejsem si jistý	velmi
	pravděpodobně		
Kdyby byl tento návrh doporučení schválen jako KDP, jaká je pravděpodobnost, že by jste ho používali ve své klinické praxi?			
Kdyby byl tento návrh doporučení schválen jako KDP, jaká je pravděpodobnost, že by jste ho používali pro Vaše pacienty?			

Nástroj 18. Zpráva o výsledcích procesu aktualizace

Tento krok bude po vydání adaptovaného KDP sloužit k evidenci nových důkazů a eventuálním přeformulování některých doporučení v aktualizované verzi KDP.

Tabulka 34 Evidence nových důkazů v aktualizované verzi adaptovaného KDP

Zdravotní otázka	Doporučení v původním KDP	Konec vyhledávání literatury	Nové důkazy (reference)	Závěrečné doporučení	Komentáře
Q1	Lumbální punkce by se měla provést u každého dítěte, které má křeče a horečku a má pozitivní meningeální příznaky a symptomy nebo u každého dítěte, u kterého anamnéza nebo vyšetření naznačují přítomnost meningitidy nebo intrakraniální infekce				
Q2	U každého dítěte mezi 6 a 12 měsíci věku, které má křeče a horečku, je lumbální punkce možností volby, kdy je riziko neúplnosti očkování proti <i>Haemophilus influenzae</i> typu b (Hib) nebo <i>Streptococcus agalactiae</i> nebo když nemůžeme stav očkování stanovit pro zvýšené riziko bakteriální meningitidy				
Q3	Lumbální punkce je možností volby u dítěte s křečmi a horečkou, které bylo v předchorobí léčené antibiotiky, protože léčba antibiotiky může zakrýt znaky a symptomy meningitidy				
Q4	EEG by nemělo být prováděno při vyšetření neurologicky zdravého dítěte s prostými febrilními křečemi				
Q5	Následující testy by neměly být prováděny rutinně, nýbrž za účelem zjištění příčiny prostých febrilních křečí: měření sérové hladiny elektrolytů, vápníku, fosforu, hořčíku nebo glykemie a krevní obraz				
Q6	Zobrazovací metody CNS by neměly být rutinně prováděny při vyšetření dítěte s prostými febrilními křečemi				

Krok 24. Vytvoření výsledného dokumentu KDP

Finální KDP je publikován v závěru mé dizertační práce a ve výše uvedeném českém odborném periodiku.

5.4 Diskuze

V České republice bylo dosud vytvořeno relativně velké množství KDP rozličné kvality i názvosloví. Jejich kvalita však diametrálně zaostává za kvantitou. U většiny KDP chybí jasná metodika tvorby, adaptace, diseminace a implementace a evaluace, také pravidelná aktualizace a systematická revize. Při průzkumu PKDP lze konstatovat totéž. K těmto závěrům jsem společně s prof. MUDr. V. Mihálem, CSc. a MUDr. Mgr. Radimem Líčeníkem, Ph.D. dospěla při tvorbě databáze všech KDP v České a Slovenské republice a podsouboru PKDP v obou zemích. Každý rok byly obě databáze aktualizovány a v roce 2013 na největší konferenci dětských lékařů a sester - XXXII. dnech praktické nemocniční pediatrie jsem představila dotazník, pomocí něhož jsem zjišťovala povědomí a postoje pediatrických specialistů vůči KDP. Výsledky dotazníkového šetření byly uvedeny ve čtvrté kapitole této práce. Na jejich základě naše pracovní skupina zahájila adaptaci KDP na téma „Diagnostika a léčba febrilních křečí u dětí“ pomocí mezinárodního generického nástroje ADAPTE. Jeho závěrečná podoba je zároveň výstupem této dizertační práce (příloha č. 8, 9).

Závěrem mé dizertační práce bylo vytvoření nového, kvalitního PKDP. Podle poptávky po tématech případných nově tvořených KDP z dotazníkového šetření popsaného detailněji v předešlé kapitole bylo vybráno jedno z nejvíce požadovaných témat - febrilní křeče u dětí. Jako metoda tvorby byla zvolena adaptace pomocí generického nástroje ADAPTE. Vznikl výše popsaný výzkumný tým, který po systematickém prohledání mezinárodních databází KDP a dalších elektronických zdrojů nashromáždil co nejvíce KDP na toto téma. Následně byl použit mezinárodní generický nástroj pro hodnocení kvality KDP AGREE II. Na základě výsledků hodnocení byly vyloučeny nekvalitní a neaktuální KDP, případně ty, které zcela nesplňovaly námi zvolenou klinickou otázku. Pomocí ADAPTE manuálu byl metodou adaptace vytvořen KDP na téma „Diagnostika a léčba febrilních křečí u dětí,“ který byl publikován v lékařských odborných časopisech.

5.5 Závěr

Na základě poptávky odborné pediatrické veřejnosti byl metodou adaptace vytvořen nový PKDP. Tento nový PKDP se zabývá péčí o pacienty s febrilními křečemi. Adaptovaný PKDP „Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte s nekomplikovanými febrilními křečemi“ byl diseminován publikací v českém odborném lékařském periodiku a prezentací na odborných konferencích.

ZÁVĚR

Klinické doporučené postupy jsou jedním z významných nástrojů přispívající ke zvyšování kvality zdravotní péče. Celosvětově zaznamenáváme poslední desetiletí obrovský nárůst počtu KDP, s nímž jde ruku v ruce i zdokonalování metodologie jejich tvorby, adaptace, implementace a evaluace. V minulosti vzniklo velké množství institucí, které KDP tvoří nebo se zabývají hodnocením jejich kvality. V České a Slovenské republice byl různými společnostmi vytvořen relativně velký počet KDP, ale po jejich revizi je nutné konstatovat, že kromě KDP tvořených NRC a Národním portálem KDP, mají ty ostatné různorodou kvalitu a většinou nesplňují kritéria doporučená k přípravě KDP. V obou zemích chybí instituce, která by zastřešovala vznik nových KDP, hodnotila jejich kvalitu a dozorovala jejich aktualizaci. Proto by jsme KDP tvořené v České a Slovenské republice mohli nazvat spíše jako „odborná stanoviska, která nevznikla systematickým způsobem.“

Hlavním cílem této dizertační práce bylo zmapovat metody tvorby, adaptace, diseminace a implementace KDP - s podrobným zaměřením na metody tvorby a adaptace.

Teoretická část práce popisuje mimo jiné názvosloví, typy KDP, podmínky jejich vzniku, jejich vlastnosti, cílové uživatele KDP a mezinárodní generický nástroj ADAPTE, který dává vznik novým, kvalitním adaptovaným KDP.

Dalším cílem této práce bylo zmapovat situaci týkající se PKDP v České a Slovenské republice. Byla vytvořena databáze všech PKDP dostupných na stránkách odborných lékařských společností, Ministerstva zdravotnictví České a Slovenské republiky, odborných časopisech, publikovaných abstraktech z konferencí a šedé literatury. Následně byla provedena jejich obsahová analýza a pravidelně a systematicky probíhala jejich aktualizace. Bylo zjištěno, že v obou zemích chybí organizace, která by se zabývala tvorbou KDP a hodnocením jejich kvality, počet KDP je relativně vysoký, jejich metodologická kvalita je však nízká a není systematicky hodnocena, není prováděna systematická revize a aktualizace PKDP, nejednotná je také terminologie KDP a chybí také PKDP pro různé věkové skupiny pacientů, patientské verze PKDP a verze pro rodiče.

Naše pracovní skupina vytvořila dotazník, který byl prezentován v roce 2013 na největší české pediatrické konferenci v Olomouci. Z odpovědí respondentů bylo zjišťováno, jaké je povědomí českých pediatrických odborníků o existenci, dostupnosti a používání KDP a také na jaká nová témata by měly být nové KDP vytvořeny.

Na základě výsledků zkoumání byl vypracován a zveřejněn nový kvalitní PKDP na téma „febrilní křeče u dětí.“ Tato klinická otázka byla vybrána z nejvíce se opakujících odpovědí ve výše zmíněném dotazníku na dotaz „Na jaká konkrétní témata by měly být zaměřeny nově tvořené KDP v pediatrii?“ Bylo přihlédnuto k tomu, aby byl adaptovaný KDP používán v nemocniční i ambulantní sféře a zároveň, aby na toto téma dosud neexistoval žádný KDP v České republice. Již na začátku bylo kvůli nedostatečným finančním, materiálním i personálním zdrojům rozhodnuto, že nový KDP vznikne adaptací již existujícího kvalitního zahraničního KDP. Proto vznikl výzkumný tým, který po systematickém prohledání mezinárodních databází KDP a dalších elektronických zdrojů shromáždil co nejvíce KDP na toto téma. Následně byl použit mezinárodní generický nástroj pro hodnocení kvality KDP AGREE II. Na základě výsledků hodnocení pak byly vyloučeny nekvalitní, neaktuální KDP a také ty, které zcela nesplňovaly zvolenou klinickou otázku. Pomocí ADAPTE manuálu byl naší pracovní skupinou metodou adaptace vytvořen KDP na téma „Diagnostika a léčba febrilních křečí u dětí,“ který byl publikován v lékařských odborných časopisech Česko-slovenská pediatrie a Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.

Úsilí týkající se tvorby nových kvalitních KDP pokračuje v České republice i nadále. Dosud nejkvalitnější KDP v České republice byly vytvořeny podle metodiky Národního referenčního centra. Evaluace sady neurologických KDP České neurologické společnosti prokázala, že tyto KDP jsou metodologicky vysoce kvalitní, především díky komplexní a propracované metodice Národního referenčního centra. Tvorba KDP touto institucí však byla s koncem grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2012 ukončena.

V roce 2018 začalo a probíhá řešení společného pětiletého projektu Agentury zdravotnického výzkumu ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR a Ústavu zdravotnických informací a statistiky pro tvorbu národních klinických doporučených postupů, který se v první vlně zaměřuje na vytvoření pilotní KDP v šesti klinických oblastech -

kardiovaskulární choroby (akutní koronární syndromy), neurologie (cévní mozkové příhody), metabolická onemocnění (diabetes mellitus), hematologické (chronická leukémie), onkologie (kolorektální karcinom) a jednodenní chirurgie. V dalších fázích bude probíhat tvorba KDP pod garancí jednotlivých odborných společností. Metodickou podporu tvoří tzv. Kontrolní komise, složená z odborníků na metodologii tvorby KDP a na zdravotní péči založenou na důkazech, ale také kliniků a dalších zdravotnických pracovníků. Garanční komisi tvoří ministr zdravotnictví a jeho náměstek, ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, prezident České lékařské komory, předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, předseda asociace děkanů lékařských fakult, předseda České konference rektorů, ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny, prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR, předsedkyně Asociace nemocnic ČR, předsedkyně Zdravotního výboru Parlamentu ČR, místopředseda Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu Parlamentu ČR, ředitel Institutu postgraduálního vzdělávání a zástupce Pacientské rady Ministerstva zdravotnictví ČR. Garanční komise schvaluje návrh KDP a předkládá vytvořené KDP Ministerstvu zdravotnictví. KDP pak budou uveřejněny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR.

SEZNAM ZKRATEK

AAP	American Academy of Pediatrics
AGREE	Appraisal of guidelines for research and evaluation instrument
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research, nyní AHRQ
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality, dříve AHCPR
CKDP	Centrum pro klinické doporučené postupy Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci
ČR	Česká republika
DP	Doporučený postup
Ebm	Evidence-based mash
EBM	Evidence-based medicine
EBPH	Evidence-based public health
FDA	Food and Drug Administration
GIN	Guidelines International Network
IOM	Institute of Medicine
KDP	Klinické doporučené postupy
MeSH	Medical Subject Headings
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
NCHCR	National Center for Health Services Research
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NRC	Národní referenční centrum

PGEAC	Practice Guideline Evaluation and Adaptation Cycle
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PKDP	Pediatrický klinický doporučený postup
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1	NUTNÉ SOUČÁSTI KLINICKÉHO DOPORUČENÉHO POSTUPU.....	19
TABULKA 2	HLAVNÉ KROKY ADAPTACE A VÝVOJE KDP	28
TABULKA 3	PRINCIPY EBM V PĚTI KROCÍCH.....	31
TABULKA 4	TYPY KLINICKÝCH OTÁZEK A STUDIÍ	32
TABULKA 5	ROZDÍLY MEZI EBM A EBPH	35
TABULKA 6	PŘEHLED FÁZÍ ADAPTACE KDP	37
TABULKA 7	I. FÁZE - PŘÍPRAVNÁ. PŘÍPRAVNÝ MODUL.....	38
TABULKA 8	III. FÁZE - ZÁVĚREČNÁ. MODUL REVIZE A AKTUALIZACE	40
TABULKA 9	PŘEHLED FÁZÍ TVORBY KDP.....	39
TABULKA 10	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ I - ZDROJE ODBORNÝCH INFORMACÍ.....	60
TABULKA 11	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ II - JAZYK KDP.....	61
TABULKA 12	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ III - DŮVĚRYHODNOST INSTITUCÍ	62
TABULKA 13	NEJZNÁMĚJŠÍ MEZINÁRODNÍ ORGANIZACE TVOŘÍCÍ NEBO ADAPTUJÍCÍ KDP.....	68
TABULKA 14	NEJZNÁMĚJŠÍ MEZINÁRODNÍ ZDROJE KDP.....	70
TABULKA 15	PRACOVNÍ PLÁN ADATACE KDP	73
TABULKA 16	ZÁKLADNÍ PARAMETRY JEDNOTLIVÝCH KDP.....	77
TABULKA 17	PIPOH.....	78

TABULKA 18	AGREE HODNOCENÍ KDP FEBRILE SEIZURES: GUIDELINE FOR THE NEURODIAGNOSTIC EVALUATION OF THE CHILD WITH A SIMPLE FEBRILE SEIZURES	82
TABULKA 19	AGREE HODNOCENÍ KDP FEBRILE SEIZURES: CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE LONG-TERM MANAGEMENT OF THE CHILD WITH SIMPLE FEBRILE SEIZURES	83
TABULKA 20	AGREE HODNOCENÍ KDP FEBRILE SEIZURES	84
TABULKA 21	AKTUÁLNOST A PLÁNY AKTUALIZACE KDP FEBRILE SEIZURES: GUIDELINE FOR THE NEURODIAGNOSTIC EVALUATION OF THE CHILD WITH A SIMPLE FEBRILE SEIZURES	89
TABULKA 22	AKTUÁLNOST A PLÁNY AKTUALIZACE KDP FEBRILE SEIZURES: CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE LONG-TERM MANAGEMENT OF THE CHILD WITH SIMPLE FEBRILE SEIZURES	89
TABULKA 23	AKTUÁLNOST A PLÁNY AKTUALIZACE KDP FEBRILE SEIZURES	90
TABULKA 24	CÍLOVÁ POPULACE A RŮZNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY V KDP FEBRILE SEIZURES: GUIDELINE FOR THE NEURODIAGNOSTIC EVALUATION OF THE CHILD WITH A SIMPLE FEBRILE SEIZURES	91
TABULKA 25	HLEDÁNÍ A VÝBĚR DŮKAZŮ	95
TABULKA 26	HLEDÁNÍ A VÝBĚR DŮKAZŮ - MODUL PŘIZPŮSOBENÍ.....	95
TABULKA 27	VĚDECKÁ PLATNOST KDP (KONZISTENCE MEZI DŮKAZY, JEJICH INTERPRETACÍ A DOPORUČENÍMI.....	96
TABULKA 28	VĚDECKÁ PLATNOST KDP - MODUL PŘIZPŮSOBENÍ.....	97
TABULKA 29	PŘIJATELNOST A POUŽITELNOST VYBRANÝCH KDP	98

TABULKA 30 HODNOTÍCÍ LIST - PŘIJATELNOST/POUŽITELNOST	99
TABULKA 31 SELEKCE ADAPTOVANÉHO KDP	100
TABULKA 32 ČASOVÝ PLÁN PROCESU ADAPTACE KDP	101
TABULKA 33 FORMULÁŘ PRO EVALUACI ADAPTOVANÉHO KDP	103
TABULKA 34 EVIDENCE NOVÝCH DŮKAZŮ V AKTUALIZOVANÉ VERZI ADAPTOVANÉHO KDP	104

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1	EVALUACE KVALITY, OBSAHU, AKTUALIZACE, KONZISTENCE, PŘIJATELNOST/POUŽITELNOSTI KDP	81
GRAF 2	PROCENTUÁLNÍ PROPOČET DOSAŽENÝCH BODŮ V HODNOCENÍ U DOMÉNY RÁMEC A ÚČEL.....	85
GRAF 3	PROCENTUÁLNÍ PROPOČET DOSAŽENÝCH BODŮ V HODNOCENÍ U DOMÉNY ZAPOJENÍ ZAJINTERESOVANÝCH OSOB.....	85
GRAF 4	PROCENTUÁLNÍ PROPOČET DOSAŽENÝCH BODŮ V HODNOCENÍ U DOMÉNY PŘÍSNOST TVORBY	86
GRAF 5	PROCENTUÁLNÍ PROPOČET DOSAŽENÝCH BODŮ V HODNOCENÍ U DOMÉNY SROZUMITELNOST.....	86
GRAF 6	PROCENTUÁLNÍ PROPOČET DOSAŽENÝCH BODŮ V HODNOCENÍ U DOMÉNY POUŽITELNOST.....	87
GRAF 7	PROCENTUÁLNÍ PROPOČET DOSAŽENÝCH BODŮ V HODNOCENÍ U DOMÉNY REDAKČNÍ NEZÁVISLOST.....	87
GRAF 8	PROCENTUÁLNÍ PROPOČET DOSAŽENÝCH BODŮ V HODNOCENÍ U DOMÉNY CELKOVÉ HODNOCENÍ.....	88

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	6S pyramida pro nalezení předem připravených důkazů.....	32
Obrázek 2	Pyramida evidence-based zdravotní péče pro nalezení předem připravených důkazů.....	33

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	AGREE II nástroj
Příloha 2	Pediatrické klinické doporučené postupy v České republice - přehledová tabulka ke kapitole č. 3
Příloha 3	Klinické doporučené postupy tvořené a převzaté pediatrickými a neonatologickými odbornými lékařskými společnostmi (kategorie I) - přehledová tabulka ke kapitole č. 3
Příloha 4	Pediatrické klinické doporučené postupy ve Slovenské republice - přehledová tabulka ke kapitole č. 3
Příloha 5	Dotazník - Postoje zdravotnických odborníků ohledně pediatrických klinických doporučených postupů
Příloha 6	Prohlášení o střetu zájmů každého člena pracovního týmu adapace klinického doporučeného postupu Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte s nekomplikovanými febrilními křečemi
Příloha 7	Vzor dotazníku pro externí průzkum - ADAPTE, nástroj č. 18

Příloha 8 Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte
s nekomplikovanými febrilními křečemi. Adaptovaný
doporučený postup American Academy of Pediatrics

Příloha 9 Febrilní křeče - informace pro rodiče

LITERATURA

ADAPTE COLLABORATION. *Resource Toolkit fot Guideline Adaptation. Version 1.0* [online]. <<http://www.adapte.org>>.

AMERICAN COLLEGE OF PREVENTIVE MEDICINE. Practice policy statements [online]. <http://www.acpm.org/pol_practice>.

„Asociácia všeobecných lekárov pre deti a dorast - KONTAKTY.SME.SK". [Online]. Dostupné z: <http://kontakty.sme.sk/Asociacia-vseobecnych-lekarov-pre-deti-a-dorast/cs/18423>.

BOLUYT, Nicole, LINCKE, Carsten R., OFFRINGA, Martin. Quality of evidence-based pediatric guidelines. *Pediatrics*. 2005, roč. 115, s. 1378–1391.

BROUWERS, Melissa C., KHO, Michelle E. aj. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010, roč. 182, s. 839-842.

BROWNSON, Ross C., BAKER, Elizabeth A., LEET, Terry L., GILLESPIE, Kathleen N. *Evidence-based public health*, s. 71.

BROWNSON, Ross C., BAKER, Elizabeth A., LEET, Terry L., GILLESPIE, Kathleen N. *Evidence-based public health*

BURGRES, Jako S., BAILEY, Julia V., KLAZINGA, Niek S., VAN DER BIJ, Akke K., GROL, Richard, FEDER, Gene. Comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care*. 2002, roč. 25, č. 11, s. 1933–1939.

BURGERS, Jako S., GROL, Richard, KLAZINGA, Niek S., MÄKELÄ, Marjukka, ZAAT, Joost. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *International Journal of Quality in Health Care*. 2003, roč. 15, č. 1, s. 31–45.

„Cílený screening celiakální sprue", 2013. [Online]. Dostupné z: <http://wp.internac-z.eu/wp-content/uploads/2013/06/guidelines-celiakie-cileny-screening-metodicky-pokyn.pdf>.

CONNIS, Richard T., NICKINOVICH, David G., CAPLAN, Robert A., ARENS, James F. The development of evidence-based clinical practice guidelines. Integrating medical science and practice. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2000, roč. 16 (4), s. 1003–1012.

ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Standardy* [online]. <<http://www.diab.cz/standardy>>.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Léčebné standardy* [online]. <<http://www.cls.cz>>.

Česká pediatrická společnost. Standardy péče o nemocné hemofilii. 2012. [Online]. Dostupné z: <http://files.pediatrics.webnode.cz/200000238-7361c745bf/standardy-pece-o-nemocne-s-hemofilii-2012.pdf>.

DAVIS, Dave, GOLDMAN, Joanne, PALDA, Valerie A. *Handbook on Clinical Practice Guidelines*

DICKERSIN, Kay, RENNIE, Drummond. Registering Clinical Trials. *The Journal of American Medical Association*. 2003, roč. 290, s. 516–523.

FERVERS, Béatrice, BURGERS, Jako S., et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006, roč. 18, č. 3, s. 167–176.

FIELD, Marilyn, LOHR, Kathleen, *Guidelines for clinical practice. From development to use* [online]. <<http://books.nap.edu/openbook>>

FIELD, Marilyn, LOHR, Kathleen, *Guidelines for Clinical Practice. Directions for a New Program* [online]. <[http:// books.nap.edu/openbook](http://books.nap.edu/openbook)>

FILIP, Karel, SECHSER, Tomáš. Aktuální problémy farmakoterapeutické praxe. Kritické stanovisko – 7. část. *Remedia*. 2006, roč. 16, č. 5, s. 297.

FILIP, Karel, SECHSER, Tomáš. Základní terminologie ve farmakoekonomice a farmakoterapii – 9. část. *Remedia*. 2006, roč. 16, č. 5, s. 495–499.

GRAHAM, Ian D., HARRISON, Margaret B. Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evidence-Based Nursing*. 2005, roč. 8, s. 68–72.

GREENHALGH, Trisha. *How to Read a Paper*, s. 138–139.

GRILLI, Roberto, MAGRINI, Nicola, PENNA, Angelo, MURA, Giorgio, LIBERATI, Alessandro. Practice guidelines developer by specialty societies: the need for a critical appraisal. *The Lancet*. 2000, roč. 355, s. 103–106.

GRIMSHAW, Jeremy M., RUSSELL, Ian T. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*. 1993, roč. 342, s. 1317–1322.

HANEGHAN, Carl, BADENOCH, Douglas. *Evidence-based medicine Toolkit*. s. 5.

HARBOUR, Robin, MILLER, Juliet. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *The British Medical Journal*. 2001, roč. 323, s. 334–336.

HEFFNER, John E. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest*. 1998, roč. 113

HOZA, Jan, JINDRÁK, Vlastimil, MAREŠOVÁ, Vilma, NYČ, Otakar, SECHSER, Tomáš, SUCHOPÁR, Josef, ŠVIHOVEC, Jan, URBÁŠKOVÁ, Pavla. Konsenzus používání antibiotik I. Penicilinová antibiotika [online]. <<http://www.cls.cz>>.

HRADEC, Jaromír. Úvodní informace. Guidelines [online]. <<http://www.kardio-cz.cz>>.

HUTTIN, Christine. The use of clinical guidelines to improve medical practice: main issues in the United States. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, roč. 9, č. 3, s. 207–214.

DRTÍLKOVÁ, Ivana, HRDLIČKA, Michal, PACTL, Ivo. Hyperkinetické poruchy (ADHD) u dětí. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2010.

IOANNIDIS, John P. Effect of the statistical significance of results on the time to completion and publication of randomized efficacy trials. *The Journal of American Medical Association*. 1998, roč. 279, s. 281–286.

„KDIGO Odporúčania pre klinickú prax pre glomerulonefritídu“. [Online]. Dostupné z: http://www.nefro.sk/fileadmin/Nefro/Legislativa/KDIGO-Glomerulonefritida_-_slovensky_preklad_-_Pasminka_Tibor.pdf.

KEFFER, Joseph H. Guidelines and algorithms: perception of why and when they are successful and how to improve them. *Clinical Chemistry*. 2001, roč. 47, č. 8, s. 1563–1572.

LOCATELLI, Francesco, ANDRULLI, Simeone, DEL VECCHIO, Lucia. Difficulties of implementing clinical guidelines in medical practice. *Nephrology, dialysis, transplantation*. 2000, roč. 15, s. 1284–1287.

MAGROLIS, Carmi Z. Methodology matters – VII. Clinical practice guidelines: methodological considerations. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, roč. 9, č. 4, s. 303–306.

„Medical Guidelines Pocket Cards, Clinical Guides & Apps“, *Guideline Central*. [Online]. Dostupné z: <https://www.guidelinecentral.com/>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, „Metodický pokyn k očkování od 1.1.2010“. [Online]. Dostupné z http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/22_12_09_Metodicky_pokyn_k_ockovani_od_1_1_2010.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, „Prevence virových hepatitid“, 2009. [Online]. Dostupné z: <http://www.infekce.cz/dokument1.htm#Standardy>.

FIELD, Marilyn J., LOHR Kathleen N., *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington (DC): National Academies Press (US), 1990.

MOORE, Andrew, McQUAY, Henry. *Bandolier's Little Book of Making Sense of the Medical Evidence*.

MOTTUR-PILSON, Christiel. Internists' evaluation of guidelines: the IMCARE practice guidelines network. *International Journal for Quality in Health Care*. 1995, roč. 7, s. 31–37.

MURPHY, Michael K., BLACK, Nick A., LAMPING, Donna L., McKEE, Martin, SANDERSON, Colin F. B., ASKHAM, Janet., MARTEAU, Theresa. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*. 1998, roč. 2, č. 3, s. 1–87.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline* [online]. <<http://wwnhmrc.gov.au>. >, s. 9.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. [online]. [cit. 2008-02-06]. <<http://www.nice.org.uk>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Atrial fibrillation – full guideline* [online].<<http://guidance.nice.org.uk/CG36>>.

NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP. *Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-Based Clinical Practice Guidelines*. s. 65.

NIEDERLE, Petr, STANĚK, Vladimír. Zásady péče o nemocné s chronickými formami ischemické choroby srdeční. *Cor et Vasa*. 1998, roč. 40, č. 2, s. K69–K73.

NORDENSTROM, Jorgen. *Evidence-Based Medicine in Sherlock Holmes' Footsteps*. s. ix.

OOSTERHUIS, Wytze P., BRUNS, David E., WATINE, Joseph, SANDBERG, Sverre, HORVATH, Andrea R. Evidence-based guidelines in laboratory medicine: principles and methods. *Clinical Chemistry*. 2004, roč. 50, č. 5, s. 806–818.

PILOTE, Louise, TAGER, Ira B. Outcomes research in the development and evaluation of practice guidelines. *BMC Health Services Research* [on-line], 2002. <<http://www.biomedcentral.com/472-6963/2/7>>.

PIKHART, Hynek. Zkreslení a jeho typy. In ZVÁROVÁ, Jana, MALÝ, Marek (eds.) *Statistické metody v epidemiologii – svazek 1*, s. 45

Pracovní skupina při virové hepatitidy České hepatologické společnosti a Pracovní skupina pro virové hepatitidy České hepatologické společnosti, „Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C“, 2012.

RAINE, Roosalind, SANDERSON, Colin, BLACK, Nick. Developing clinical guidelines: a challenge to current methods. *The British Medical Journal*. 2005, roč. 331, s. 631–633.

RITCHIE, June L., FORRESTER, James S., FYE, William B. 28th Bethesda Conference: Practice guidelines and quality of care. *Journal of the American College of Cardiology*. 1997, roč. 29, s. 1125–1179.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. *Clinical Practice Guidelines and Their Development*, s. 16–20.

SACKETT, David L., ROSENBERG, William M. C., GRAY, J. A. Muir, HAYNES, R. Brian, RICHARDSON, W. Scott. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *The British Medical Journal*. 1996, roč. 312, s. 71.

SACKETT, David L., STRAUS, Sharon E., RICHARDSON, W. Scott, ROSENBERG, William, HAYNES, Brian R. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. s. 170–172.

SCHWARTZ, Peter J., BRAITHARDT, Gary, HOWARD, Dan G., JULIAN, Dennis G., REHNQVIST Ahlberg, N. The legal implications of medical guidelines - a Task force of European society of cardiology. *European Heart Journal*. 1999, roč. 20, s. 1152 - 1157.

SHEKELLE, Paul G., WOOLF, Steven H., ECCLES, Martin, GRIMSHAW, Jeremy. Developing guidelines. *The British Medical Journal*. 1999, roč. 318, s. 593–596.

SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF. Doporučené postupy, metodická doporučení a pokyny [online]. <<http://www.urgmed.cz/postupy>>.

STEINBROOK, Robert, Guidance for guidelines, *The New England Journal of Medicine*. 2007, roč. 356, č. 4, 331–333.

STRAUS, Sharon E., RICHARDSON, W. Scott, GLASZIOU, Paul, HAYNES, Brian R. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*, s. 1.

STRAUS, Sharon E., SACKETT, David L. Getting research findings into practice. *The British Medical Journal*. 1998, roč. 317, s. 339–342.

ŠPINAR, Jindřich, JÁNSKÝ, Petr, KETTNER, Jiří, MÁLEK, Ivan. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. *Cor et Vasa*. 2006, roč. 48, č. 1, s. K3.

THE AGREE COLLABORATION. *AGREE Instrument training manual*. [online]. <<http://www.agreecollaboration.org>>, s. 61.

THE AGREE COLLABORATION. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*. 2003, roč. 12, s. 18-23.

The Red Book Through the Ages. Larry K. Pickering, Georges Peter, Stanford T. Shulman. *Pediatrics* Nov 2013, 132 (5) 898-906; DOI: 10.1542/peds.2013-2538

WATINE, Joseph, FRIEBERG, Bruno, NAGY, Eva, ONODY, Rita, OOSTERHUIS, Wytze, BUNTING, Peter S., CHARET, Jean-Christophe, HORVATH, Rita. Conflict between guideline methodologic quality and recommendation validity: A potential problem for practitioners. *Clinical Chemistry*. 2006, roč. 52, č. 1, s. 65–72.

WOLLERSHEIM, Hub, HERMES, Rosella, HULSCHER, Marlies, BRASPENNIG, Jozé, OUWENS, Mariëlle, SCHOUTEN, Jeroen, MARRES, Henri, DIJKSTRA, Rob, GROU, Richard. Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine*. 2007, roč. 65, č. 1, s. 15–22.

WOOLF, Stephen H., GROU, Richard, HUTCHINSON, Allen, ECCLES, Martin, GRIMSHAW, Jeremy. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *The British Medical Journal*. 1999, roč. 318, s. 527–530.

ZLÁMAL, Jaroslav. *Ekonomie a etika. Kapitoly z lékařské etiky*, s. 1.

PŘÍLOHA 1 AGREE II nástroj

AGREE II NÁSTROJ

DOMÉNA 1. RÁMEC A ÚČEL						
1. Celkové cíle doporučeného postupu jsou specificky popsány.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
2. Zdravotní otázky, na které doporučený postup odpovídá, jsou konkrétně popsány.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
3. Populace (pacienti, veřejnost atd.), pro kterou je doporučený postup určen, je konkrétně popsána.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						

--

DOMÉNA 2. ZAPOJENÍ ZINTERESOVANÝCH OSOB

4. Součástí skupiny pro tvorbu doporučeného postupu jsou odborníci ze všech relevantních oborů.

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Komentář

5. Je brán zřetel na názory a preference cílové populace (pacienti, veřejnost atd.).

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Komentář

6. Skupina cílových uživatelů je v doporučeném postupu jasně definována.

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Komentář

DOMÉNA 3. PŘÍSNOST TVORBY						
7. Pro vyhledávání důkazů bylo použito systematických metod.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
8. Kritéria pro výběr důkazů jsou jasně popsána.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
9. Silné stránky i omezení souboru důkazů jsou jasně popsány.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						

DOMÉNA 3. PŘÍSNOST TVORBY						
10. Metody pro formulaci doporučení jsou jasně popsány.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
11. Při tvorbě doporučení byly zváženy přínosy, vedlejší účinky a rizika intervencí.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
12. Mezi doporučeními a důkazy je explicitní vztah.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
13. Doporučený postup byl před publikováním podroben nezávislé odborné oponentuře.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
14. Je uveden postup aktualizace doporučeného postupu.						

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						

DOMÉNA 4. SROZUMITELNOST

15. Doporučení jsou přesná a jednoznačná.

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						

16. Jsou jasně popsány různé možnosti péče o jednotlivé stavy nebo zdravotní problémy.

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						

17. Klíčová doporučení jsou snadno rozpoznatelná.

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						

DOMÉNA 5. POUŽITELNOST

18. Doporučený postup popisuje podpůrné nástroje a překážky jeho aplikace.

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
19. Doporučený postup nabízí návod a/nebo nástroje pro zavádění doporučení do praxe.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
20. Byly zváženy možné dopady zavedení doporučení na zdroje.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						
21. Doporučený postup uvádí kritéria pro monitorování a/nebo audit.						
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
Komentář						

DOMÉNA 6. EDIČNÍ NEZÁVISLOST

22. Názory instituce poskytující finanční prostředky pro tvorbu doporučeného postupu neovlivnily jeho obsah.

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Komentář

23. Byly zaznamenány a řešeny konkurenční zájmy členů skupiny pro tvorbu doporučeného postupu.

1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------

Komentář

CELKOVÉ HODNOCENÍ DOPORUČENÉHO POSTUPU

Na každou otázku zvolte prosím odpověď tak, aby co nejlépe charakterizovala hodnocený doporučený postup.

Hodnocení celkové kvality doporučeného postupu.

1 Nejnižší kvalita	možná	2	3	4	5	6	7 Nejvyšší kvalita	možná
---------------------------------	-------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------	-------

Tento doporučený postup bych doporučil k používání v praxi.

Ano	
Ano, ale s úpravami	
Ne	

POZNÁMKY

--

PŘÍLOHA 2 Pediatrické klinické doporučené postupy v České republice - přehledová tabulka ke kapitole č. 3

Název odborné společnosti	Kumul. počet KDP v roce 2011	Kumul. počet KDP v roce 2012	Kumul. počet KDP v roce 2013	Kumul. počet KDP v roce 2014	Kumul. počet KDP v roce 2015	Kumul. počet KDP v roce 2016	Kumul. počet KDP v roce 2017
Kategorie I	29	48	64	75	75	87	93
Česká pediatrická společnost	3	13	14	15	16	19	22
Česká pediatricko-chirurgická společnost	2	3	5	5	5	5	5
Česká neonatologická společnost	23 (1 KDP aktual.)	21 (1 KDP aktual.)	25 (1 KDP aktual.)	26 (1 KDP aktual.)	26 (1 KDP aktual.)	26 (1 KDP aktual.)	27 (1 KDP aktual.)
Česká společnost dorostového lékařství	1	1	1	1	1	1	www stránky nenalezeny
Odborná společnost praktických dětských lékařů	0	7	12	21	22	31	33
Česká společnost dětské pneumologie	0	2	3	3	3 (1 KDP nelze otevřít)	3 (1 KDP nelze otevřít)	4 (1 KDP nelze otevřít)
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR	0	1	4	4	2	2	2
Kategorie II	51	61	100	123	128	132	137
Česká diabetologická společnost	0	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)
Česká společnost všeobecného lékařství	31 (1 aktual.)	31 (1 aktual.)	31 (1 aktual.)	31 (1 aktual.)	31 (1 aktual.)	31 (1 aktual.)	31 (1 aktual.)
Česká kardiologická společnost, a.s.	2	3	5	5	5	5	5

Česká hematologická společnost	1	1	1	1	3	2	2
Česká společnost klinické biochemie	1	2	2	2	3	3	3
Česká obezitologická společnost	1	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)
Česká pneumologická a ftizeologická společnost	5	4	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)
Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny	2	2	2	2	2	2	2
Česká gastroenterologická společnost	1	1	1	2	2	0	0
Česká hepatologická společnost	1	1	1	1	1	1	1
Česká společnost infekčního lékařství	1	1	1	1	1	1	1
Česká internistická společnost	1	1	1	6	6	6	6
Česká vakcinologická společnost	0	3	3	16	16	21	24
Česká společnost pro trombózu a hemostázu	2	2	2	2	2	2	2
Česká gynekologická a porodnická společnost	0	1	39	39	39 (nutné přihlášen í)	39 (nutné přihlášen í)	39 (nutné přihlášen í)
Česká společnost pro aterosklerózu	2	2	2	2	2	2	1
Česká psychiatrická společnost	0	1	1	1	1 (vydání I - IV)	1 (vydání I - IV)	1 (vydání I - IV)
Společnost lékařské genetiky	0	1	1	1	3	5	5

Česká angiologická společnost	0	2	2	2	2	2	2
Česká společnost alergologie a klinické imunologie	0	0	0	1	1	1	1
Česká revmatologická společnost	0	0	0	1	1	1	1
Česká sexuologická společnost	0	0	0	0	0	0	2
Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu	0	0	0	0	0	0	1
Kategorie III	18	44	51	65	69	76	79
Česká společnost alergologie a klinické imunologie	0	3	3	3	4	4	4
Společnost všeobecného lékařství	2	2	2	2	2	2	2
Česká hematologická společnost	0	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)	3 (1 aktual.)
Česká diabetologická společnost	0	2 (1 aktual.)	2 (1 aktual.)	2 (1 aktual.)	2 (1 aktual.)	2 (1 aktual.)	2 (1 aktual.)
Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny	2	4	5	6	6	6	6
Liga proti epilepsii	1	1	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)	1 (1 aktual.)
Česká gastroenterologická společnost	1	1	1	1	1	3	3
Společnost lékařské genetiky	1	1	1	1	1	1	1

Česká hepatologická společnost	1	2	2	3	4	2	2
Česká společnost infekčního lékařství	5	19	19	21	21	22	23
Česká internistická společnost	2	2	2	3	3	5	5
Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof	1	2 aktualizace	2	3	4 (3 KDP aktual.)	4 (3 KDP aktual.)	4 (3 KDP aktual.)
Česká urologická společnost	1	1	2	2	2	1	1
Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu	1	1	1	1	1	1	0
Česká kardiologická společnost	0	0	1	1	1	3	3
Společnost klinické biochemie	0	0	1	2	2	2	2
Česká vakcinologická společnost	0	0	3	3	3	3	3
Česká dermatovenerologická společnost	0	0	0	2	2	2	2
Společnost pro lékařskou mikrobiologii	0	0	0	2	3	3	3
Česká společnost nukleární medicíny	0	0	0	1	1	3	3
21. Česká společnost ORL a chirurgie hlavy a krku	0	0	0	1	2	2	2
22. Česká revmatologická společnost	0	0	0	1	1	1	1
23. Česká pneumologická a ftizeologická společnost	0	0	0	0	0	2	2

24. Česká obezitologick á společnost	0	0	0	0	0	1	1
CELKEM	98	153	215	263	272	295	309

**PŘÍLOHA 3 Klinické doporučené postupy tvořené a převzaté
pediatrickými a neonatologickými odbornými lékařskými
společnostmi (kategorie I) - přehledová tabulka ke kapitole č. 3**

Odborná společnost / Název klinického doporučeného postupu	Rok vydání
Česká neonatologická společnost	
Endotracheální kanyly	1998
Hemokoagulační problémy	1998
Krevní tlak	1998
Resuscitace novorozence (2017 – není k dispozici)	2004
Hyperbilirubinemie novorozence	2006 2010
Novorozenecké křeče	2006 - platnost do 31. 10. 2008
Postup péče o novorozence Streptococcus agalactiae (GBS) negativních, pozitivních nebo nevyšetřených matek	2006 platnost do 30. 4. 2008
Pozdní morbidita novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností (2017 – není k dispozici)	2006
Značení novorozenců	2006
Postup péče o novorozence HBsAg pozitivních a anti-HCV pozitivních matek	2007 - platnost do 31. 1. 2008
Léčba kyslíkem	2007 - platnost do 31. 1. 2008
Seznam států se zvýšeným rizikem TBC	2010
Kojení donošených novorozenců	účinnost od 2011, platnost do 2013
Péče o donošené novorozence po resuscitaci na porodním sále	účinnost od 2011, platnost do 2013
Řízená hypotermie v léčbě hypoxicko-ischemické encefalopatie	účinnost od 2011, platnost do 2013
Indikační kritéria pro imunoprofylaxi RSV	2014

Aplikace kyslíku v resuscitaci na porodním sále	neuveđeno
Časné propuštění z porodnice	neuveđeno
Gastroschiza a omfalokéla	neuveđeno
Kalmetizace, očkování proti TBC, postu při očkování novorozenců	neuveđeno
Novorozenecký abstinencií syndróm	neuveđeno
Prevence krvácení z nedostatku vitamínu K (krváciivé nemoci novorozenců)	neuveđeno
Pupeční katetry	neuveđeno
Skóre dle Apgarové	neuveđeno
Tělesná voda a váhové úbytky	neuveđeno
Termoneutrální prostředí	neuveđeno
Péče o donošené a lehce nezralé novorozence matek s GDM	2006, platnost do 2008
Resuscitace novorozence dle platných doporučení z let 2005 - 2010	neuveđeno
Evropský konsensus pro management syndromu dechové tísně novorozence z roku 2013	2013
Česká pediatriká společnost	
Stanovisko ČPS JEP k používání dětských chodítek, září 2004	2004
Standardy péče o pacienty s cystickou fibrózou	2005
Standardy léčby hemofilie a Deklarace Českého národního hemofilického programu	2009
Stanovisko ČPS JEP k léčbě hepatitidy C u dětí	2008
Stanovisko ČPS JEP k očkování proti TBC u dětí v ČR	2009
Očkování dětí povinné nebo dobrovolné?	2011
Sůl a krevní tlak	2011
Doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií a tonzilektomií u dětí	neuveđeno
Fluoridy v prevenci zubního kazu u dětí	neuveđeno
Kontraceptiva a trombotické/tromboembolické příhody u dorostenek po kontraceptivech – dotazník ke stažení	neuveđeno
Kurzy plavání pro kojence a batolata – co by měly vědět jejich rodiny	neuveđeno
Nadbytek soli škodí dětem i dospělým	neuveđeno
Stanovisko ČPS JEP a OSPDL k tzv. „létání kojenců“	neuveđeno
Stanovisko ČPS JEP k saunování dětí	neuveđeno
Stanovisko k nošení dětí v šátku	neuveđeno

Prevence deficitu vitamínu D u dětí a mladistvých v ČR	2016
Vyjádření ČPS k obsahu uhličitanu vápenatého v mléčné kojenecké výživě	2013
Nesouhlasné stanovisko ČPS k petici SPLDD	2015
Stanovisko MZ k ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů	2015
Stanovisko výborů ČPS JEP, ČNeoS JEP a Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP k problematice babyboxů	2015
Antivakcionisti/alternativní rodiče a jejich aktivity v roce 2015	
Co způsobily ve vyspělých zemích kampaně proti očkování u dětí	
Česká pediatricko-chirurgická společnost	
Koncepce dětské traumatologie 1995	2007
Standardy léčby dětských zlomenin	2007
Vyšetření dětského pacienta před výkonem v celkové anestezii	2007
Fyzární poranění hlezna – didaktické a diagnosticko-terapeutické schéma FTN	2011
Koncepce oboru Dětská chirurgie	2012
Česká společnost dětské pneumologie	
GINA Pocket Guide (Children) 2006	2006
GINA Global Strategy 2007	2007
Indikační formulář pro zařazení pacienta do programu imunoprofylaxe RSV infekce přípravkem synagis pro sezónu 2013/2014	2012
Doporučený postup pro indikaci dlouhodobé domácí léčby pomocí mechanické insuflace/exsuflace s využitím přístroje CoughAssist	2017
Česká společnost dorostového lékařství	
Akutní stavy způsobené návykovými látkami u dětí a dorostu	2002
Odborná společnost praktických dětských lékařů	
22. 12. 09 Metodický pokyn k očkování od 1. 1. 2010	2009
17. 2. 10 GSK – Intermediary Quality Statement	2010
Novela vyhlášky o očkování od 1. 11. 2010	2010
Selektivní BCG vakcinace od 1. 11. 2010 (zveřejněno v bulletinu pro pneumoftizeology)	2010
Prevence krvácení z nedostatku vitamínu K	2011

Podkladový materiál pro rozhodnutí o provedení preventivního vyšetření lipidogramu u dětí	2011
Zápis ze zasedání Akreditační komise oboru Praktické lékařství pro děti a dorost dne 18. 1. 2012 na Ministerstvu zdravotnictví ČR	2011
Stanovisko Národní imunizační komise (NIKO) k HPV z 6. 9. 2011	2011
Informace z jednání „Komise MZ pro péči o děti a dorost (Komise DD)“ ze dne 29. 2. 2012	2012
Informace z jednání Národní imunizační komise dne 16. 2. 2012 na MZ	2012
Informace z komise MZ ČR k porodnictví, doporučení dalšího postupu za OSPDL	2012
Novorozenecký screening sluchu	2012
PROHLÁŠENÍ ODBORNÝCH SPOLEČNOSTÍ - Péče o matku a dítě	2012
Zápis z jednání Národní imunizační komise konané dne 20. 6. 2012 na MZČR	2012
Zápis z jednání Národní imunizační komise konaného dne 11. 4. 2012 na MZ	2012
Zápis ze zasedání Komise péče o dítě na MZČR ze dne 12. 9. 2012	2012
Zápis z jednání Komise pro péči o děti a dorost	2014
Doporučený postup pro očkování proti meningokokovým onemocněním	neuveďeno
Národní strategie očkování proti pertusi	neuveďeno
Stanovisko k vydávání očkovacích látek třetím osobám	neuveďeno
Stanovisko SPLDD ČR, o.s., k problematice vykazování očkování	neuveďeno
Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 8. října 2014 na Ministerstvu zdravotnictví	2015
Zápis z jednání představenstva ČLK, konaného dne 11. prosince 2014 od 9:00 hodin v prostorách ČLK Praha	2015
Zápis z jednání Vědecké rady České lékařské komory konaného dne 18. prosince 2014	2015
Zápis z jednání představenstva ČLK, konaného dne 24. ledna 2015 od 9:00 hodin v prostorách ČLK Praha	2015
Zápis z jednání pracovní skupiny k Seznamu zdravotních výkonů MZ ze dne 22.1.15	2015
Zápis z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 8. dubna 2015 na MZ ČR	2015
Z á p i s z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 11. září 2015 na Ministerstvu zdravotnictví	2015
Z á p i s z jednání Národní imunizační komise, konaného dne 8.12.2015 na Ministerstvu zdravotnictví	2015
Stanovisko k přípravku APO Laktík For Baby	2015

Vyšetření specifického IgG (IgG4) proti potravinám	2015
Z á p i s z jednání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 9. února 2016 na Ministerstvu zdravotnictví	2016
Stanovisko k nastavení proplácení kódu 02200 - návštěva novorozence dětskou sestrou	2015
Sdružení českých lékařů pro děti a dorost České republiky	2015
Vitamin D und Fluor-Prophylaxe: Wirksamkeit und Umsetzung	2009
Očkování dětí proti tuberkulóze v České republice	2009 odstraněn
Doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií a tonzilektomií u dětí	2010 odstraněn
Fluoridy v prevenci zubního kazu u dětí	2010

**PŘÍLOHA 4 Pediatrické klinické doporučené postupy
ve Slovenské republice - přehledová tabulka ke kapitole č. 3**

Název odborné společnosti	Kumulovaný počet KDP v roce 2013	Kumulovaný počet KDP v roce 2014	Kumulovaný počet KDP v roce 2015	Kumulovaný počet KDP v roce 2016	Kumulovaný počet KDP v roce 2017
<u>Kategorie I</u>	1	1	1	0	1
Asociácia všeobecných lekárov pre deti a dorast	1	1	1	www stránky mimo provoz	www stránky mimo provoz
Slovenská pediatrická spoločnosť					1
<u>Kategorie II</u>	8	8	8	6	7
Slovenská asociácia aterosklerózy	1	1	1	0	0
Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne	4	4	4	4	4
Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť	2	2	2	2	2
Slovenská gastroenterologická spoločnosť	1	1	1	0	0
Slovenská genetická spoločnosť					1
<u>Kategorie III</u>	32	35	42	29	30
Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti	1	1	1	1	1
Slovenská diabetologická spoločnosť	1	1	1	1 (nutné prihlášení)	1 (nutné prihlášení)
Slovenská gastroenterologická spoločnosť	4	4	4	2	2
Slovenská hematologická a tranfuziologická spoločnosť	3	3	4	4	4

Slovenská nefrologická spoločnosť	1	1	2	2	2
Slovenská spoločnosť alergológie a klinickej imunológie	1	1	1	1	1
Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť	5	5	5	5	5
Slovenská spoločnosť anesteziológie a intenzívnej medicíny	3	3	5	5	5
Slovenská spoločnosť nukleárnej medicíny a radiačnej hygieny	1	1	3	3	3
Slovenská spoločnosť pre klinickú neurofyziológiu	1	1	1	1	1
Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne	1	1	2	2	2
Slovenská spoločnosť urgentnej medicíny a katastrof	9	9	9	0	0
Slovenský všeobecný lekár pre dospelých	1	1	1	0	0
Slovenská psychiatrická spoločnosť	0	2	2	2	2
Slovenská spoločnosť infektológov	0	1	1	0	0
Slovenská asociácia aterosklerózy					1
CELKEM	41	44	51	35	38

PŘÍLOHA 5 Dotazník - Postoje zdravotnických odborníků ohledně pediatrických klinických doporučených postupů

Pediatrická péče a klinické doporučené postupy v České republice

I.

- Vím o existenci klinických doporučených postupů.
- ano
- ne
- Vím o existenci klinických doporučených postupů České pediatrické společnosti.
 - ano
 - ne
- Vím o existenci klinických doporučených postupů České neonatologické společnosti.
- 4. ano
- 5. ne
- Klinické doporučené postupy jsou v České republice dobře dostupné.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

II.

- Ve své praxi používám klinické doporučené postupy.

1	2	3	4	5	6	7
nikdy	velmi zřídka	občas	někdy	často	velmi často	denně

- Který konkrétní klinický doporučený postup jste použil/a naposledy?

--

- Používám klinické doporučené postupy vytvořené:
 - Českou pediatrickou společností
 - Českou neonatologickou společností
 - Národním referenčním centrem
 - Jiné
- Používám klinické doporučené postupy publikované v jazyce:
 - českém

- anglickém
- německém
- slovenském
- jiném

Používám tyto verze klinických doporučených postupů:

- plnou
- zkrácenou
- algoritmy
- verze pro pacienty
- nevím o existenci různých verzí

Ve své klinické praxi používám jako zdroj odborných informací:

- edukační materiály
- elektronické odborné časopisy
- klinické doporučené postupy
- materiály farmaceutických firem
- on-line odborné databáze
- tištěné odborné časopisy
- učebnice a monografie
- jiné

Který konkrétní zdroj odborných informací nejčastěji používáte?

Podílel/a jste se někdy jakýmkoliv způsobem na tvorbě klinického doporučeného postupu?

4. ano

5. ne

Pokud ano, jaká byla vaše role?

Pokud POUŽÍVÁTE klinické doporučené postupy ve vaší klinické praxi, co je Vaší hlavní motivací?

Pokud NEPOUŽÍVÁTE klinické doporučené postupy ve vaší klinické praxi, jaký je Váš hlavní důvod?

Diskuze s jinými specialisty v mém oboru ovlivňuje mé rozhodování

1	2	3	4	5	6	7
vůbec						velmi významně

Informace v učebnicích a monografiích ovlivňují mé rozhodování

1	2	3	4	5	6	7
vůbec						velmi významně

Informace v českých klinických doporučených postupech ovlivňují mé rozhodování

1	2	3	4	5	6	7
vůbec						velmi významně

Informace v českých odborných časopisech ovlivňují mé rozhodování

1	2	3	4	5	6	7
vůbec						velmi významně

Informace v zahraničních odborných časopisech ovlivňují mé rozhodování

1	2	3	4	5	6	7
vůbec						velmi významně

Informace v zahraničních klinických doporučených postupech ovlivňují mé rozhodování

1	2	3	4	5	6	7
vůbec						velmi významně

III.

Na jaká konkrétní témata by podle vás měly být zaměřeny nově tvořené klinické doporučené postupy v pediatrii?

<ul style="list-style-type: none"> - ... - ... -
--

IV.

VII. Klinické doporučené postupy jsou pro klinickou praxi obecně užitečné.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

VIII. Verze klinických doporučených postupů určená pro rodiče je v praxi užitečná.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

IX. Speciální verze klinických doporučených postupů určená pro dětské pacienty je v praxi užitečná.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

X. Klinické doporučené postupy brání inovacím v medicíně.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XI. Klinické doporučené postupy jsou jen medicínskou kuchařkou, která klinické rozhodování příliš zjednodušuje.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XII. Klinické doporučené postupy jsou nástrojem pro snižování nákladů zdravotní péče.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XIII. Klinické doporučené postupy jsou nástrojem pro zlepšování kvality zdravotní péče.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XIV. Klinické doporučené postupy jsou vhodným nástrojem pro odborné vzdělávání.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XV. Klinické doporučené postupy omezují autonomii lékaře.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XVI. Klinické doporučené postupy pomáhají lékařům v rozhodování.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XVII. Klinické doporučené postupy pomáhají pacientům v rozhodování.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XVIII. Klinické doporučené postupy snižují bezdůvodné rozdíly mezi poskytovateli zdravotní péče.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XIX. Klinické doporučené postupy snižují riziko vzniku právní odpovědnosti v souvislosti s výkonem klinické praxe.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XX. Klinické doporučené postupy by měly být právně závazné.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XXI. Klinické doporučené postupy zabraňují nadužívání zdravotní péče.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XXII. Klinické doporučené postupy zlepšují přenos znalostí z výzkumu do klinické praxe.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XXIII. Nejdůvěryhodnější klinické doporučené postupy tvoří (zvolte jen 2 možnosti):

- akademická univerzitní pracoviště
- Česká lékařská komora
- farmaceutické firmy
- Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Národní referenční centrum
- odborné společnosti
- soukromé subjekty

XXIV. Klinické doporučené postupy v České republice jsou kvalitní.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

XXV. Etické aspekty by měly být explicitní součástí klinických doporučených postupů.

1	2	3	4	5	6	7
zásadně nesouhlasím						zásadně souhlasím

V.

- Co si podle Vás následující skupiny osob myslí o tom, že používáte klinické doporučené postupy pro rozhodování ve své klinické praxi?

O pacienti

1	2	3	4	5	6	7
rozhodně by se neměly používat						rozhodně by se měly používat

O přímí nadřízení

1	2	3	4	5	6	7
rozhodně by se neměly používat						rozhodně by se měly používat

O kolegové

1	2	3	4	5	6	7
rozhodně by se neměly používat						rozhodně by se měly používat

O vedení zdravotnického zařízení

1	2	3	4	5	6	7
rozhodně by se neměly používat						rozhodně by se měly používat

VI.

- Do jaké míry následující faktory podporují nebo brání používání klinických doporučených postupů ve Vaší klinické praxi?

	naprost o brání	velm i brání	mírn ě brání	neovlivňu je	mírně podporuj e	velmi podporuj e	naprosto podporuj e
Snadná dostupnost	1	2	3	4	5	6	7
Nedostatek času	1	2	3	4	5	6	7
Srozumitelnost a použitelnost	1	2	3	4	5	6	7
Institucionální podpora používání	1	2	3	4	5	6	7
Rigidita (nejsou brány v potaz individuální potřeby konkrétních pacientů)	1	2	3	4	5	6	7

Doporučené postupy obsahují názory mé profesní skupiny	1	2	3	4	5	6	7
Jsou založeny na vědeckých důkazech	1	2	3	4	5	6	7
Byly vytvořeny podle standardní metodiky	1	2	3	4	5	6	7
Obtížnost aplikace u polymorbidních pacientů	1	2	3	4	5	6	7
Používání klinických doporučených postupů staršími kolegy	1	2	3	4	5	6	7

VII.

- V nejbližší době zamýšlím použít některý z klinických doporučených postupů.

1	2	3	4	5	6	7
rozhodně ne						rozhodně ano

- Chci se stát součástí skupiny tvořící klinické doporučené postupy.

1	2	3	4	5	6	7
rozhodně ne						rozhodně ano

VIII.

- Prosím uveďte Vaše pohlaví.

muž

žena

- Prosím uveďte Váš věk.

--

- Jaká je Vaše specializace?
- ambulantní specialista / specialista
 - nemocniční lékař / lékařka
 - praktický lékař / lékařka
 - sestra
 - jiná

- Jaká je délka Vaší klinické praxe v letech ?

--

- V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?

A. Fakultní a velké nemocnice s plným spektrem specializačních oborů (bývalé nemocnice 3. typu)	
B. Větší nemocnice s více než čtyřmi základními obory v lůžkové části (bývalé nemocnice 2. typu)	
C. Menší nemocnice minimálně se čtyřmi základními obory (interní, chirurgické, gynekologicko-porodnické, dětské) v lůžkové části (bývalé nemocnice 1. typu)	
D. Malé nemocnice s omezeným počtem základních oborů v lůžkové péči (např. pouze interní a chirurgické oddělení bez gynekologicko-porodnického a dětského)	
E. Specializované nemocnice s úzkým oborovým zaměřením, ale na vysoké úrovni erudice a specializace	
Mimo nemocnici	

- Jaké je Vaše zapojení do výzkumu?

- a. základní
- b. klinický
- c. žádné

- Pokud se podílíte jako pedagog na zdravotnickém vzdělávání, na jaké úrovni?

- o střední a vyšší odborné

- O pregraduální medicínské
- O postgraduální medicínské – celoživotní
- O postgraduální doktorské studium
- O jiné
- o nepodílím se

PŘÍLOHA 6 Prohlášení o střetu zájmů každého člena pracovního týmu adaptace KDP Febrile Seizures

PROHLÁŠENÍ O STŘETU ZÁJMŮ

JMÉNO

Katarína Kliková

JMÉNO PANELU

organizační komise, všechny panely

DATUM

01/01/2015

Následující otázky byly sestaveny tak, aby účastníkům skupiny pro hodnocení doporučeného postupu umožnily přiznat veškeré skutečné nebo potenciální střety zájmů s ohledem na jejich činnost při tvorbě doporučených postupů. Střet zájmů zahrnuje podíl hodnotitelů na tvorbě nebo schválení kterýchkoliv doporučených postupů, které jsou hodnoceny pro účely tohoto projektu. Může také zahrnovat vztahy s farmaceutickými nebo jinými společnostmi, jejichž produkty nebo služby souvisejí s tématy doporučených postupů. Finanční zájmy nebo vztahy vyžadující přiznání zahrnují (ale nejsou omezeny na) odměny, poradenství, zaměstnání nebo vlastnictví cenných papírů.

Účelem prohlášení je, aby účastníci hodnocení doporučených procesů uvedli veškeré střety ve vztahu ke kterýmkoliv zvažovaným doporučeným postupům, aby členové hodnotících skupin mohli vytvářet vlastní úsudky a přitom zohlednili střet zájmů jiných členů skupiny.

Prosím, odpovězte na každou z následujících otázek zakroužkováním „ANO“ nebo „NE“. Pokud na kteroukoliv otázku odpovíte „ANO“, uveďte, prosím, charakter zájmu nebo vztahu a uveďte relevantní komerční subjekt.

1. PODÍL NA TVORBĚ DOPORUČENÉHO POSTUPU

Podílel/a jste se na tvorbě některých z posuzovaných doporučených postupů (např. členstvím ve výboru pro tvorbu doporučeného postupu)?

NE

ANO

Pokud ANO, uveďte, prosím, doporučený postup a popište svůj podíl:
Název doporučeného postupu:

2. SCHVALOVÁNÍ DOPORUČENÉHO POSTUPU

Podílel jste se přímo na některých procesech při formálním schvalování některých z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, uveďte, prosím, doporučený postup a popište svůj podíl:
Název doporučeného postupu:

3. ZAMĚSTNÁNÍ

Jste nebo byl/a jste zaměstnán/a tvůrcem doporučeného postupu nebo subjektem s komerčním zájmem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

4. PORADENSTVÍ

Pracoval/a jste jako konzultant pro tvůrce doporučeného postupu nebo subjekt s komerčním zájmem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

5. VLASTNICKÉ ZÁJMY – ČÁST A

Máte nějaké vlastnické zájmy (včetně akciových opcí) v jakémkoliv subjektu, jehož akcie nejsou veřejně obchodovány a který má komerční zájem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

6. VLASTNICKÉ ZÁJMY – ČÁST B

Máte nějaké vlastnické zájmy (včetně akciových opcí, s výjimkou nepřímých investic prostřednictvím otevřených investičních fondů a podobně) v ceně 1500 USD a více v jakémkoliv subjektu, který má komerční zájem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

PROHLÁŠENÍ O STŘETU ZÁJMŮ

JMÉNO

Radim Líčeník

JMÉNO PANELU organizační komise, všechny panely

DATUM 01/01/2015

Následující otázky byly sestaveny tak, aby účastníkům skupiny pro hodnocení doporučeného postupu umožnily přiznat veškeré skutečné nebo potenciální střety zájmů s ohledem na jejich činnost při tvorbě doporučených postupů. Střet zájmů zahrnuje podíl hodnotitelů na tvorbě nebo schválení kterýchkoliv doporučených postupů, které jsou hodnoceny pro účely tohoto projektu. Může také zahrnovat vztahy s farmaceutickými nebo jinými společnostmi, jejichž produkty nebo služby souvisejí s tématy doporučených postupů. Finanční zájmy nebo vztahy vyžadující přiznání zahrnují (ale nejsou omezeny na) odměny, poradenství, zaměstnání nebo vlastnictví cenných papírů.

Účelem prohlášení je, aby účastníci hodnocení doporučených procesů uvedli veškeré střety ve vztahu ke kterýmkoliv zvažovaným doporučeným postupům, aby členové hodnotících skupin mohli vytvářet vlastní úsudky a přitom zohlednili střet zájmů jiných členů skupiny.

Prosím, odpovězte na každou z následujících otázek zakroužkováním „ANO“ nebo „NE“. Pokud na kteroukoliv otázku odpovíte „ANO“, uveďte, prosím, charakter zájmu nebo vztahu a uveďte relevantní komerční subjekt.

1. PODÍL NA TVORBĚ DOPORUČENÉHO POSTUPU

Podílel/a jste se na tvorbě některých z posuzovaných doporučených postupů (např. členstvím ve výboru pro tvorbu doporučeného postupu)?

NE

~~ANO~~

Pokud ANO, uveďte, prosím, doporučený postup a popište svůj podíl:
Název doporučeného postupu:

2. SCHVALOVÁNÍ DOPORUČENÉHO POSTUPU

Podílel jste se přímo na některých procesech při formálním schvalování některých z posuzovaných doporučených postupů?

NE

~~ANO~~

Pokud ANO, uveďte, prosím, doporučený postup a popište svůj podíl:
Název doporučeného postupu:

3. ZAMĚSTNÁNÍ

Jste nebo byl/a jste zaměstnán/a tvůrcem doporučeného postupu nebo subjektem s komerčním zájmem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

4. PORADENSTVÍ

Pracoval/a jste jako konzultant pro tvůrce doporučeného postupu nebo subjekt s komerčním zájmem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

5. VLASTNICKÉ ZÁJMY – ČÁST A

Máte nějaké vlastnické zájmy (včetně akciových opcí) v jakémkoliv subjektu, jehož akcie nejsou veřejně obchodovány a který má komerční zájem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

6. VLASTNICKÉ ZÁJMY – ČÁST B

Máte nějaké vlastnické zájmy (včetně akciových opcí, s výjimkou nepřímých investic prostřednictvím otevřených investičních fondů a podobně) v ceně 1500 USD a více v jakémkoliv subjektu, který má komerční zájem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

PROHLÁŠENÍ O STŘETU ZÁJMŮ

JMÉNO

Vladimír Mihál

JMÉNO PANELU organizační komise, všechny panely

DATUM 01/01/2015

Následující otázky byly sestaveny tak, aby účastníkům skupiny pro hodnocení doporučeného postupu umožnily přiznat veškeré skutečné nebo potenciální střety zájmů s ohledem na jejich činnost při tvorbě doporučených postupů. Střet zájmů zahrnuje podíl hodnotitelů na tvorbě nebo schválení kterýchkoliv doporučených postupů, které jsou hodnoceny pro účely tohoto projektu. Může také zahrnovat vztahy s farmaceutickými nebo jinými společnostmi, jejichž produkty nebo služby souvisejí s tématy doporučených postupů. Finanční zájmy nebo vztahy vyžadující příznání zahrnují (ale nejsou omezeny na) odměny, poradenství, zaměstnání nebo vlastnictví cenných papírů.

Účelem prohlášení je, aby účastníci hodnocení doporučených procesů uvedli veškeré střety ve vztahu ke kterýmkoliv zvažovaným doporučeným postupům, aby členové hodnotících skupin mohli vytvářet vlastní úsudky a přitom zohlednili střet zájmů jiných členů skupiny.

Prosím, odpovězte na každou z následujících otázek zakroužkováním „ANO“ nebo „NE“. Pokud na kteroukoliv otázku odpovíte „ANO“, uveďte, prosím, charakter zájmu nebo vztahu a uveďte relevantní komerční subjekt.

1. PODÍL NA TVORBĚ DOPORUČENÉHO POSTUPU

Podílel/a jste se na tvorbě některých z posuzovaných doporučených postupů (např. členstvím ve výboru pro tvorbu doporučeného postupu)?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, uveďte, prosím, doporučený postup a popište svůj podíl:
Název doporučeného postupu:

2. SCHVALOVÁNÍ DOPORUČENÉHO POSTUPU

Podílel jste se přímo na některých procesech při formálním schvalování některých z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, uveďte, prosím, doporučený postup a popište svůj podíl:
Název doporučeného postupu:

3. ZAMĚSTNÁNÍ

Jste nebo byl/a jste zaměstnán/a tvůrcem doporučeného postupu nebo subjektem s komerčním zájmem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

4. PORADENSTVÍ

Pracoval/a jste jako konzultant pro tvůrce doporučeného postupu nebo subjekt s komerčním zájmem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

5. VLASTNICKÉ ZÁJMY – ČÁST A

Máte nějaké vlastnické zájmy (včetně akciových opcí) v jakémkoliv subjektu, jehož akcie nejsou veřejně obchodovány a který má komerční zájem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

6. VLASTNICKÉ ZÁJMY – ČÁST B

Máte nějaké vlastnické zájmy (včetně akciových opcí, s výjimkou nepřímých investic prostřednictvím otevřených investičních fondů a podobně) v ceně 1500 USD a více v jakémkoliv subjektu, který má komerční zájem v některém z posuzovaných doporučených postupů?

NE ~~ANO~~

Pokud ANO, prosím, popište:

PŘÍLOHA 7 Vzor dotazníku pro externí průzkum - ADAPTE nástroj č. 18

Projekt hodnocení doporučených postupů pro cervikální screening

Anketa mezi praktickými lékaři (PL)

Roky praxe jako PL: _____ Pohlaví: Ž • M •

Prostředí praxe: Venkovské • Městské • Skupinová • Samostatná •

Kterým doporučeným postupem pro cervikální screening se v současné době řídíte:

Health Canada • Canadian Task Force on Preventive Health Care •

American Cancer Society • US Preventive Services Task Force •

Jiný • Uvedte, prosím, jaký: _____

Provinční doporučené postupy • Uvedte, prosím, jaký: _____

Nevím •

U každé položky, prosím, zaškrtněte možnost, která nejvíce

odpovídá Vašemu názoru.

Rozhodně Rozhodně

souhlasím nesouhlasím

Používání klinických doporučených postupů (KDP) v současnosti 1 2 3 4 5

Dostávám KDP pro cervikální screening z různých zdrojů •••••

Dostávám KDP pro cervikální screening, které jsou vzájemně

v rozporu

•••••

U KDP, které jsou v rozporu, je těžké se rozhodnout, který používat •••••

Proces práce panelu a rozhodnutí o konsenzu

Panel pro cervikální screening je důvěryhodný •••••

Rozhodnutí panelu o konsenzu je rozumné •••••

Rozhodnutí o konsenzu mohlo být ovlivněno oprávněnými zájmy •••••

Proces použitý panelem pro dosažení konsenzu je důvěryhodný •••••

Pokud bych souhlasil s doporučeními, používal bych doporučený
postup vytvořený mimo Kanadu

•••••

Rozhodnutí o konsenzu je použitelné u většiny pacientek v mé praxi •••••

Dodržování tohoto rozhodnutí o konsenzu by nevyžadovalo větší
změny v mé praxi

•••••

Toto rozhodnutí o konsenzu bude pravděpodobně používat většina
mých kolegů

•••••

Toto rozhodnutí o konsenzu je dostatečně flexibilní, aby umožnilo
klinický úsudek

•••••

Pokud by toto rozhodnutí o konsenzu schválila Canadian College of
Family Physicians, je více pravděpodobné, že bych se jím řídil/a

•••••

Pokud by toto rozhodnutí o konsenzu schválila Canadian Strategy
for Cancer Control, je více pravděpodobné, že bych se jím řídil/a

•••••

Považoval/a bych za užitečné mít přístup ke kvalitním

systematickým hodnocením existujících KDP pro témata související

s praktickým lékařstvím

•••••

Akceptoval/a bych rozhodnutí o konsenzu přijaté tímto panelem odborníků:

Rozhodně • Po úpravách • Rozhodnutí o konsenzu odmítám •

Řídil/a bych se rozhodnutím o konsenzu přijatým tímto panelem odborníků:

Velmi pravděpodobně • Docela pravděpodobně • Pravděpodobně vůbec ne •

Komentáře: _____

Další komentáře: _____

Všechny Vámi poskytnuté informace zůstanou DŮVĚRNÉ. Výsledky ankety budou zveřejněny pouze

v souhrnné podobě a Vaše jméno se v žádné zprávě neobjeví.

PŘÍLOHA 8 Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte s nekomplikovanými febrilními křečemi. Adaptovaný doporučený postup American Academy of Pediatrics

Nešťáková K, MUDr.^{1,2,3}

Krechňáková T., MUDr.^{1,4}

Strojil J., MUDr., Ph. D.⁵

Kilian J., MUDr.⁶

Mihál V., MUDr., prof., CSc.²

Líčeník R., MUDr. Mgr., Ph. D.^{1,7}

1. Centrum pro klinické doporučené postupy, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, přednosta PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D.
2. Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice, Olomouc, přednosta prof. MUDr. V. Mihál, CSc.
3. Nemocnice Nový Jičín a.s., dětské oddělení, primář MUDr. Miroslav Kobsa
4. Nemocnice Valašské Meziříčí a.s., dětské oddělení, primář MUDr. Libor Slováček
5. Ústav farmakologie Lékařské fakulty Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice, přednosta doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.
6. Nemocnice Vsetín a.s., dětské oddělení, primář MUDr. Marián Rubint
7. Hyper Acute Stroke Unit, Northwick Park Hospital, London, Velká Británie, přednosta Dr David Cohen

Finanční podpora - grant Klinické doporučené postupy v pediatrii v České a Slovenské republice. Číslo grantu: LF_2013_003.

PODĚKOVÁNÍ

Rádi bychom poděkovali MUDr. Martě Neklanové za cenné odborné připomínky k textu článku a klinického doporučeného postupu a MUDr. Kateřině Strojilové za revizi překladů a odborných textů.

SOUHRN

Nekomplikované (prosté, simplexní) febrilní křeče jsou relativně časté onemocnění dětí mladšího věku. Mohou vyvolávat přehnanou úzkost a obavy u rodičů, pacientů i zdravotnických pracovníků. Klinické doporučené postupy obecně přispívají ke zvyšování kvality zdravotní péče, ke zlepšení komunikace mezi zdravotnickými

pracovníky a pacienty a ke vzdělávání. American Academy of Pediatrics je jednou z odborných společností, která je široce respektována pro vysokou metodologickou kvalitu svých klinických doporučených postupů. Cílem tohoto adaptovaného klinického doporučeného postupu American Academy of Pediatrics je přenos nejlepších dostupných vědeckých důkazů do klinické praxe, optimalizace péče o pacienty s prostými febrilními křečemi, podpora rozhodování zdravotnických pracovníků a zlepšení komunikace mezi zdravotnickými pracovníky, pacienty a rodiči, kteří mohou být úzkostliví a potřebují uklidnit.

KLÍČOVÁ SLOVA

Febrilní křeče, diagnostika, klinický doporučený postup, adaptace

SUMMARY

Simple febrile seizures are relatively prevalent conditions that often causing avoidable anxiety to the children and their parents. The aims of clinical practice guidelines are to contribute to improving health care quality, communication between health care professionals, patients as well as medical education. The American Academy of Pediatrics is one of the medical societies highly respected for developing high quality clinical practice guidelines. Expected outcomes of the adapted clinical practice guideline on simple febrile seizures are knowledge and the best available evidence translation from scientific research to clinical practice, optimization of care for patients with simple febrile seizures, decision making support and improvement of communication in between health care professionals, children and parents and their appropriate anxiety management.

KEY WORDS

Febrile seizures, diagnostics, clinical practice guidelines, adaptation

ÚVOD

„Klinické doporučené postupy (KDP) jsou stanoviska obsahující doporučení zaměřená na optimalizaci péče o pacienta, která jsou založena na systematickém přehledu důkazů a na zhodnocení přínosů a rizik alternativních možností péče“ (1). V České a Slovenské republice byl různými institucemi vytvořen relativně velký počet

pediatrických KDP. Jejich metodologická kvalita je ovšem nízká a tvorba neprobíhá v rámci komplexního programu na národní úrovni (2). Ve světě tvoří pediatrické KDP mnoho mezinárodních i národních institucí. Jednou z nejvíce respektovaných odborných pediatrických společností je American Academy of Pediatrics (AAP).

Tento adaptovaný KDP je zaměřen na vyšetření neurologicky zdravých dětí ve věku od 6 do 60 měsíců, které prodělaly nekomplikované febrilní křeče a jsou vyšetřeny do 12 hodin od vzniku symptomů. Není určen pro péči o pacienty s komplikovanými febrilními křečemi, se známým neurologickým onemocněním nebo afebrilními křečemi. Cílovou skupinou tohoto KDP jsou především lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci v oboru pediatrie, praktické lékařství pro děti a dorost, dětská neurologie, neurologie a urgentní medicína. Očekávanými výsledky tohoto KDP by měl být přenos nejlepších dostupných vědeckých důkazů do klinické praxe, lepší porozumění vědeckému základu febrilních křečí a optimalizace péče o pacienty s prostými febrilními křečemi, podpora rozhodování zdravotnických pracovníků využitím strukturovaného rámce, zlepšení komunikace mezi zdravotnickými pracovníky, pacienty a rodiči, kteří mohou být úzkostliví a potřebují uklidnit. Implementace KDP by měla také snížit náklady na poskytovanou zdravotní péči omezením zbytečných vyšetření a hospitalizace. Jedním z důležitých cílů tohoto KDP je také vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků a porozumění tomu, že nekomplikované febrilní křeče obvykle nevyžadují další vyšetřování, především EEG nebo zobrazovací metody nervového systému.

Febrilní křeče jsou křeče doprovázené tělesnou teplotou 38° C a vyšší, které nejsou způsobeny infekcí centrálního nervového systému nebo metabolickou poruchou a v anamnéze nejsou afebrilní křeče. Nelson a Ellenberg již v roce 1976 rozdělili febrilní křeče na prosté a komplexní (3). Nekomplikované febrilní křeče (prosté, simplexní) jsou primární generalizované křeče, které trvají méně než 15 minut, většinou samovolně odeznívají do 3 minut. Neopakují se během následujících 24 hodin. Komplikované febrilní křeče (komplexní) jsou fokální či generalizované křeče, trvající déle než 15 minut s možnou recidivou během 24 hodin. Febrilní status epilepticus je křečový stav trvající déle než 30 minut. Hlavními etiologickými faktory jsou horečka, věk a genetická predispozice. Pozitivní rodinná anamnéza je až ve 30 % případů. Febrilní křeče se během života vyskytnou u 2 – 5 % dětí. Jsou nejčastější příčinou křečí u dětí

do 60 měsíců věku. Z diferenciálně diagnostického hlediska je zásadní včas rozpoznat akutní virovou či bakteriální meningitidu nebo meningoencefalitidu jako případnou příčinu křečí. Vzácnější jsou pak GEFS+ (generalized epilepsy with febrile seizure plus) a Dravetův syndrom. Kromě obecných režimových opatření jsou indikována antipyretika. Antiepileptická terapie není u pacientů s prostými febrilními křečemi doporučována. Benzodiazepiny jsou indikovány u křečí trvajících déle než 5 minut. Riziko recidivy po proběhlých febrilních křečích je 30 % a po dvou a více epizodách je až 50 %. U dětí s prostými febrilními křečemi nebyla zaznamenána zvýšená mortalita ani vyšší výskyt fokálních neurologických symptomů či mentální retardace. Riziko vzniku epilepsie je po proběhlých prostých febrilních křečích jen mírně vyšší než u zdravé populace. Nekomplikované febrilní křeče jsou benigní a mají obecně velmi dobrou prognózu. Podstatné je uklidnit rodiče a poučit je o včasném zahájení antipyretické terapie. (3-7)

METODY

V roce 2014 bylo provedeno šetření postojů a plánovaného chování českých pediatriů, zaměřené na KDP v pediatrii. Jedním z výstupů průzkumu byl i seznam témat, která by čeští pediatri chtěli mít zpracována formou doporučených postupů. Jedním z témat s nejvyšší poptávkou byly febrilní křeče. Proto se naše pracovní skupina rozhodla vytvořit KDP pro péči o pacienty s febrilními křečemi.

Na základě předběžného průzkumu literárních zdrojů jsme se rozhodli pro tvorbu KDP použít metodu adaptace. Tvorba KDP de novo by byla náročná jak na zdroje, tak časově a nebyla by při existenci kvalitních KDP na zvolené téma účelná. Pro adaptaci KDP byla použita mezinárodně uznávaná generická metoda pro adaptaci KDP, která byla vytvořena skupinou ADAPTE Collaboration (8). Adaptace KDP Nástrojem ADAPTE zahrnovala čtyři fáze: fázi přípravy, fázi adaptace, fázi finalizace a fázi implementace. Každá fáze pak probíhala v několika krocích.

Ve fázi přípravy bylo provedeno scoping review na téma febrilní křeče, byl ustaven organizační výbor (R. L. - vedoucí, K. K., T. K., V. M.), bylo schváleno téma KDP. Pracovní skupina pro adaptaci KDP byla vytvořena tak, aby její členové měli potřebné znalosti a zkušenosti v oblasti metodologie tvorby KDP a klinické medicíny (R. L. - neurologie, vnitřní lékařství, metodologie KDP, K. K. - pediatrie, metodologie

KDP, T. K. - pediatrie, V. M. - pediatrie, metodologie KDP). Adaptace KDP byla součástí dizertační práce v oboru pediatrie na LF UP v Olomouci (K.K.) a bylo rozhodnuto, že bude volně dostupná široké odborné veřejnosti. Všichni členové organizačního výboru a širší pracovní skupiny Prohlášením o střetu zájmů deklarovali, že nemají žádné konflikty zájmů. Nikdo ze členů skupiny neobdržel za svou práci žádný honorář. Byl vytvořen plán adaptace KDP, která probíhala od března 2015 do ledna 2016.

Fáze adaptace začala definováním klinické otázky podle metody PIPOH (**p**opulace - děti ve věku 6 až 60 měsíců, **i**ntervence - diagnostika, **p**racovníci - pediatři, dětské neurologové, praktičtí lékaři pro děti a dorost, **o**čekávaný výsledek - zlepšení péče o pacienty s febrilními křečemi v ČR, snížení neopodstatněné variability péče, snížit počet zbytečných vyšetření, **h**lavní kontext péče - primární a sekundární péče). Dvakrát bylo provedeno vyhledávání relevantních publikací (březen a červenec 2015) v databázích PubMed, EBSCO, Guidelines International Network Guideline Library, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Agency for Healthcare Research and Quality, AAP publikovaných v anglickém jazyce od roku 2005. Nalezeno bylo celkem 196 dokumentů. Po vyřazení duplikátů a irelevantních dokumentů byly vybrány tři KDP odpovídající zvolené klinické otázce a byla provedena jejich obsahová evaluace. Kvalita vybraných KDP byla hodnocena nástrojem AGREE II (9). Byla zhodnocena aktuálnost, přijatelnost a použitelnost KDP s ohledem na regionální a kulturní kontext poskytované zdravotní péče. Pro adaptaci byl vybrán klinický doporučený postup „Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure“ (10). Tento KDP byl vytvořen AAP a publikován v roce 2009. V roce 2011 proběhla jeho aktualizace. Byl systematicky vytvořen skupinou relevantních odborníků Podvýboru pro febrilní křeče podle kvalitní metodologie a doporučení jsou založena na nejlepších dostupných důkazech. KDP byl přeložen z anglického do českého jazyka dvěma překladateli (R. L., J. S.) a byl vytvořen jeden konsensuální překlad (R. L., J. S., K. S.). Původní anglická verze KDP AAP „Febrile seizures: Guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure“ je dostupná na <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/2/389>.

Fáze finalizace začala posouzením dokumentu KDP představiteli cílové skupiny a byly zapracovány jejich připomínky. Dosavadní výsledky adaptace byly konzultovány s představitelem České pediatrické společnosti (V. M.) a externími odborníky (J. K.). AAP byla požádána o souhlas s adaptací a formou publikace. AAP bylo povoleno publikování adaptovaného KDP pouze v tištěné verzi dizertační práce a ve veřejně dostupných zdrojích pak jen formou přehledu. Byl stanoven plán diseminace a následně aktualizace, která by měla probíhat každé dva roky a byl vytvořen závěrečný dokument. Fáze implementace ukončila adaptaci KDP stanovením implementačního plánu.

Vzhledem k aktuálnosti, relativně vysoké prevalenci a významu z hlediska klinické praxe i veřejného zdravotnictví byly k tomuto KDP vytvořeny dva doprovodné texty edukačního charakteru „Febrilní křeče“ a „Bakteriální meningitidy v dětském věku.“ Souhrn adaptovaného KDP, oba texty a metodologie adaptace budou publikovány v samostatné monografii.

VÝSLEDKY

Přehled doporučení:

Stanovisko 1a

Lumbální punkce by měla být provedena u každého dítěte, které přichází s křečemi, horečkou a má pozitivní meningeální příznaky (například opozice šije, pozitivní Kernigovo a/nebo Brudzinského znamení) nebo u každého dítěte, jehož anamnéza nebo vyšetření vedou k podezření na meningitidu nebo intrakraniální infekci.

- Souhrnná úroveň vědeckého důkazu: B (přesvědčivé vědecké důkazy z observačních studií).
- Benefity: Meningeální příznaky silně ukazují na meningitidu, která bude v případě bakteriální etiologie pravděpodobně smrtelná, pokud nebude léčena.
- Poškození/rizika/náklady: Lumbální punkce je invazivní, někdy bolestivý výkon s nezanedbatelnými náklady.
- Hodnocení benefitů a rizik: Převaha benefitů nad riziky.

- Úsudek: V tomto úsudku byla použita data z observačních studií a klinických principů.
- Úloha preferencí pacienta: Přestože si rodiče nemusí přát, aby jejich dítě podstoupilo lumbální punkci, poskytovatelé zdravotní péče by jim měli vysvětlit, že pokud není meningitida diagnostikována a léčena, může být smrtelná.
- Vyloučení: Žádná.
- Úmyslná neurčitost: Žádná.
- Síla doporučení: Silné doporučení.

Stanovisko 1b

U každého dítěte ve věku od 6 do 12 měsíců, které přichází s horečkou a křečemi, je vhodná lumbální punkce, pokud je přítomno riziko, že má neúčinné očkování proti *Haemophilus influenzae* typu B (HiB) nebo *Streptococcus pneumoniae* (nebylo očkováno podle doporučeného očkovacího plánu) nebo pokud nelze stav očkování zjistit vzhledem ke zvýšenému riziku bakteriální meningitidy.

- Souhrnná úroveň vědeckého důkazu: D (názor expertů, kazuistiky).
- Benefity: Meningeální příznaky silně ukazují na meningitidu, která bude v případě bakteriální etiologie pravděpodobně smrtelná nebo zanechá dlouhodobé postižení, pokud nebude léčena.
- Poškození/rizika/náklady: Lumbální punkce je invazivní a často bolestivý výkon a může být nákladná.
- Hodnocení benefitů a rizik: Převaha benefitů nad riziky.
- Úsudek: Při tvorbě tohoto doporučení byly použity údaje o výskytu bakteriální meningitidy před a po zavedení imunizace proti HiB a *Streptococcus pneumoniae*.
- Úloha preferencí pacienta: Přestože si rodiče nemusí přát, aby jejich dítě podstoupilo lumbální punkci, poskytovatelé zdravotní péče by jim měli vysvětlit, že pokud není meningitida diagnostikována a léčena, může být smrtelná.
- Vyloučení: Toto doporučení platí pouze pro děti ve věku od 6 do 12 měsíců. Podvýbor měl za to, že kliničtí pracovníci by rozpoznali symptomy meningitidy u dětí starších 12 měsíců.
- Úmyslná neurčitost: Žádná.

- Síla doporučení: Možnost.

Stanovisko 1c

Lumbální punkce je vhodná u dítěte, které přichází s křečemi a horečkou a bylo „předléčeno“ antibiotiky, protože léčba antibiotiky může maskovat příznaky meningitidy.

- Souhrnná úroveň vědeckého důkazu: D (klinické zkušenosti a kazuistiky)
- Benefity: Antibiotika mohou maskovat meningeální příznaky, ale mohou být současně nedostatečná k eradikaci meningitidy; meningitida bakteriální etiologie bude pravděpodobně smrtelná, pokud nebude léčena.
- Poškození/rizika/náklady: Lumbální punkce je invazivní a často bolestivý výkon a může být nákladná.
- Hodnocení benefitů a rizik: Převaha benefitů nad riziky.
- Úsudek: Tvorba tohoto doporučení vycházela z klinických zkušeností a kazuistik s vědomím toho, že chybějí rozsáhlá data z klinických studií.
- Úloha preferencí pacienta: Přestože si rodiče nemusí přát, aby jejich dítě podstoupilo lumbální punkci, poskytovatelé zdravotní péče by jim měli vysvětlit, že při „předléčení“ antibiotiky mohou být maskovány příznaky meningitidy. Neléčená meningitida může být smrtelná.
- Vyloučení: Žádná.
- Úmyslná neurčitost: K vymezení doby podávání antibiotik, potřebné k vyvolání maskování příznaků meningitidy, nejsou dostatečné údaje. Výbor stanovil, že rozhodnutí provést lumbální punkci bude záležet na druhu antibiotik, trvání antibiotické terapie před záchvatem a mělo by být ponecháno na jednotlivých lékařích.
- Síla doporučení: Možnost.

Stanovisko 2

Elektroencefalografie (EEG) by se neměla provádět při vyšetření neurologicky zdravého dítěte s prostými febrilními křečemi.

- Souhrnná úroveň vědeckého důkazu: B (přesvědčivé vědecké důkazy z observačních studií).
- Benefity: Jedna studie ukázala možnou asociaci mezi přítomností paroxysmálního EEG a vyšším výskytem afebrilních křečí [12].
- Poškození/rizika/náklady: Vyšetření EEG je nákladné a může zvyšovat úzkost rodičů.
- Hodnocení benefitů a rizik: Převaha rizik nad benefity.
- Úsudek: Pro tento úsudek byla použita data z observačních studií.
- Úloha preferencí pacienta: Přestože EEG by mohlo mít v této situaci určitou omezenou prognostickou hodnotu, rodiče by měli být poučeni, že vyšetření nezmění výsledek.
- Vyloučení: Žádná.
- Úmyslná neurčitost: Žádná.
- Síla doporučení: Silné doporučení.

Stanovisko 3

Následující vyšetření by se neměla rutinně provádět za pouhým účelem zjišťování příčiny prostých febrilních křečí: měření hladin sérových elektrolytů, kalcia, fosfátu, hořčiku, glykémie nebo krevního obrazu.

- Souhrnná úroveň vědeckého důkazu: B (přesvědčivé vědecké důkazy z observačních studií).
- Benefity: Krevní obraz může identifikovat děti s rizikem bakteriémie; nicméně výskyt bakteriémie u febrilních dětí mladších než 24 měsíců je stejný u pacientů s febrilními křečemi nebo bez nich.
- Poškození/rizika/náklady: Laboratorní testy mohou být invazivní a nákladné a neposkytují žádný skutečný přínos.
- Hodnocení benefitů a rizik: Převaha rizik nad benefity.

- Úsudek: Pro tento úsudek byla použita data z observačních studií.
- Úloha preferencí pacienta: Přestože rodiče mohou vyžadovat provedení krevních testů k objasnění příčiny křečí, měli by být ujistěni, že krevní testy by měly být zaměřeny na identifikaci příčiny horečky dítěte.
- Vyloučení: Žádná.
- Úmyslná neurčitost: Žádná.
- Síla doporučení: Silné doporučení.

Stanovisko 4

Zobrazovací metody nervového systému by se neměly provádět při rutinním vyšetření dítěte s prostými febrilními křečemi.

- Souhrnná úroveň vědeckého důkazu: B (přesvědčivé vědecké důkazy z observačních studií).
- Benefity: Zobrazovací metody nervového systému by mohly časněji detekovat strukturální léze, jako je například dysplazie, nebo velmi vzácně absces či tumor.
- Poškození/rizika/náklady: Zobrazovací metody nervového systému jsou nákladné. CT vystavuje děti záření a pro MRI může být nutná sedace.
- Hodnocení benefitů a rizik: Převaha rizik nad benefity.
- Úsudek: Pro tento úsudek byla použita data z observačních studií.
- Úloha preferencí pacienta: Přestože rodiče mohou vyžadovat provedení zobrazovacích metod nervového systému k objasnění příčiny křečí, měli by být ujistěni, že vyšetření přináší rizika a nezmění nic na výsledku.
- Vyloučení: Žádná.
- Úmyslná neurčitost: Žádná.
- Síla doporučení: Silné doporučení.

ZÁVĚRY

KDP jsou jedním z významných nástrojů přispívající ke zvyšování kvality zdravotní péče. Adaptace využívající Nástroj ADAPTE je vhodná metoda systematické

tvorby na důkazech založených KDP. Adaptovaný KDP AAP pro diagnostiku pacientů s febrilními křečemi odpovídá na poptávku odborné zdravotnické veřejnosti a má za cíl pozitivně ovlivnit současnou klinickou praxi.

Zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o kojence nebo malé děti po proběhlých nekomplikovaných febrilních křečích by měli svou pozornost zaměřit na diagnostiku příčiny horečky. Meningitida by měla být zvažována v diferenciální diagnostice jakékoliv horečky u dítěte. Lumbální punkce by měla být provedena pokud jsou přítomny jakékoliv varovné klinické příznaky. Lumbální punkce je vhodná u dítěte ve věku od 6 do 12 měsíců, u kterého chybí očkování proti HiB nebo *Streptococcus pneumoniae* nebo pokud není stav očkování znám. Lumbální punkce je vhodná u dětí, které byly „předléceny“ antibiotiky. Obecně platí, že nekomplikované febrilní křeče obvykle nevyžadují další vyšetřování, konkrétně EEG, krevní odběry nebo zobrazovací metody nervového systému.

LITERATURA

1. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington (DC): National Academies Press (US), 1990. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/>
2. Kliková K, Mihál V, Líčeník R. Klinické doporučené postupy v pediatrii v České a Slovenské republice. Čes-slov Pediat 2016; 71 (1): 45-52.
3. Nelson KB, Ellenberg JH. Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile seizures. N Engl J Med. 1976; 295 (19): 1029-1033.
4. Mikati MA. Febrile Seizures. In: Kliegman RM et al. Nelson Textbook of Pediatrics, 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2011, sec. 586.1, p. 2017-2019. ISBN: 978-14377-0755-7.
5. Kuturec M, Emoto SE, Sofijanov N et al. Febrile seizures: is the EEG a useful predictor of recurrences? Clin Pediatr (Phila). 1997; 36 (1): 31-36
6. Stein SC, Hurst RW, Sonnad SS. Metaanalysis of cranial CT scans in children: a mathematical model to predict radiationinduced tumors associated with radiation exposure that may escalate future cancer risk. Pediatr Neurosurg. 2008;44 (6): 448-457

7. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography: an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med.* 2007; 357 (22): 2277-2284
8. ADAPTE COLLABORATION. Guideline adaptation: a resource toolkit. http://www.g-in.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte_resource-toolkit-guidelineadaptation-2-0.pdf>.
9. Líčeník R., Kurfürst P. *et al.* *AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci.* Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. <http://usl.upol.cz/ckdp/vystupy>
10. Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure. *Pediatrics* Feb 2011, 127 (2) 389-394.

PŘÍLOHA 9 Febrilní křeče - informace pro rodiče

Nešťáková K, MUDr.^{1,2,3}

Mihál V., MUDr., prof., CSc.^{1,2}

Líčeník R., MUDr. Mgr., Ph. D.^{1,4}

1. Centrum pro klinické doporučené postupy, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, přednosta PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D.
2. Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice, Olomouc, přednosta prof. MUDr. V. Mihál, CSc.
3. Nemocnice Nový Jičín a.s., dětské oddělení, primář MUDr. Miroslav Kobsa
4. Hyper Acute Stroke Unit, Northwick Park Hospital, London, Velká Británie, přednosta Dr David Cohen

Finanční podpora - grant Klinické doporučené postupy v pediatrii v České a Slovenské republice. Číslo grantu: LF_2013_003.

PODĚKOVÁNÍ

Rádi bychom poděkovali MUDr. Jiřímu Kilianovi a MUDr. Tomášovi Nečasovi za cenné odborné připomínky k textu článku.

SOUHRN

Nekomplikované (prosté, simplexní) febrilní křeče jsou relativně časté onemocnění dětí mladšího věku. Mohou vyvolávat přehnanou úzkost a obavy u rodičů, pacientů i zdravotnických pracovníků. Náš autorský kolektiv adaptoval a publikoval klinický doporučený postup American Academy of Pediatrics „Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte s nekomplikovanými febrilními křečemi.“ Tento adaptovaný klinický doporučený postup byl vytvořen spolu s odbornými doprovodnými texty o febrilních křečích a bakteriálních meningitidách v dětském věku. Součástí každého doporučeného postupu by měla být verze pro rodiče, případně i pro dětské pacienty. Proto jsme vytvořili i stručný informační text pro rodiče pacientů s febrilní křečemi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Febrilní křeče, diagnostika, léčba, prevence, klinický doporučený postup, adaptace

SUMMARY

Simple febrile seizures are relatively prevalent conditions that often causing avoidable anxiety to the children and their parents. We developed clinical practice guideline “Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure“ that is adapted guideline of the American Academy of Pediatrics. We published two accompanying educational texts on febrile seizures and bacterial meningitis in children. Patients’ version of guideline should be an integral part of every clinical practice guideline. Therefore we developed the information leaflet for parents carrying for children with febrile seizures.

KEY WORDS

Febrile seizures, diagnostics, clinical practice guidelines, adaptation

ÚVOD

Skupina odborníků pod záštitou Centra pro klinické doporučené postupy Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci vytvořila adaptovaný klinický doporučený postup (KDP) „Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte s nekomplikovanými febrilními křečemi.“ Tento KDP je adaptovaným doporučeným postupem American Academy of Pediatrics a byl publikován v českém odborném tisku

(1). Je zaměřen na vyšetření neurologicky zdravých dětí ve věku od 6 do 60 měsíců, které prodělaly nekomplikované febrilní křeče a jsou vyšetřeny do 12 hodin od vzniku symptomů. Jeho cílovou skupinou jsou především lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci v oboru pediatrie, praktické lékařství pro děti a dorost, dětská neurologie, neurologie a urgentní medicína. Součástí každého pediatrického KDP by měla být i verze pro rodiče, případně i pro pacienty. Proto jsme k našemu doporučenému postupu vytvořili kromě odborných doprovodných textů o febrilních křečích a bakteriálních meningitidách v dětském věku i text s informacemi pro rodiče. U pacientů s nekomplikovanými febrilními křečemi, které jsou benigní a mají obecně velmi dobrou prognózu, je důležité rodiče správně informovat a především uklidnit. K tomu bychom rádi tímto textem přispěli a pomohli tak našim kolegům v komunikaci s rodiči (2).

METODY

Na základě analýzy tvorby pediatrických KDP v České republice a průzkumu mezi českými pediatry v roce 2014 se naše pracovní skupina rozhodla vytvořit KDP pro péči o pacienty s febrilními křečemi (3). Rozhodli jsme se použít metodu adaptace nástrojem ADAPTE a AGREE II (4-5). Pro adaptaci byl podle přísného metodologického postupu vybrán klinický doporučený postup AAP „Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure“ (6).

Vzhledem k aktuálnosti, relativně vysoké prevalenci a významu z hlediska klinické praxe i veřejného zdravotnictví byly k tomuto KDP vytvořeny dva doprovodné texty edukačního charakteru „Febrilní křeče“ a „Bakteriální meningitidy v dětském věku“ a text „Febrilní křeče – informace pro rodiče.“

VÝSLEDKY

Febrilní křeče – informace pro rodiče

Co jsou febrilní křeče?

Febrilní křeče se vyskytují u dětí od 6. měsíců do 5. let věku. Nejčastěji se objevují mezi 12. a 18. měsícem. Alespoň jedenkrát za život febrilní křeče zažijí 3 až 4 % dětí.

Kdy se febrilní křeče vyskytují?

Vyskytují se při rychlém růstu teploty. Většinou na počátku horečnatého onemocnění. Pokud se objeví u příbuzného, sourozence nebo rodiče, je riziko výskytu febrilních křečí asi dva až třikrát vyšší než u běžné populace. Pokud se u dítěte objeví febrilní křeče během prvního roku života, pravděpodobnost opakování je až 50 %, v pozdějším věku je 30 %. Výjimečně se mohou febrilní křeče objevit více než jednou za 24 hodin.

Jak febrilní křeče vypadají?

Dítě většinou nejdříve ztuhne, může se také prohnout do oblouku a poté u něj začne symetrický třes končetin nebo celého těla. Nereaguje na oslovení, může mít oči obrácené v sloup a promodralý obličej. Febrilní křeče obvykle odezní do 1 minuty. Mohou však trvat i déle než 15 minut.

Jaké mají febrilní křeče následky?

Febrilní křeče mohou vypadat nebezpečně. Nezpůsobují však poškození mozku, nervové soustavy ani intelektu. Riziko epilepsie je u dětí po prodělaných febrilních křečích jen mírně vyšší než u zdravých dětí. Rozvoj epilepsie však není následek febrilních křečí, ale je podmíněn geneticky. Riziko vzniku epilepsie je vyšší při závažnějším průběhu křečí nebo jejich častějším opakování.

Co dělat v případě febrilních křečí?

- Dítě položit na měkkou podložku na podlahu a chránit jej od možných zranění. Hlavu nenásilně natočit tak, aby mohly z úst volně vytékat sliny. Nikdy dítěti nevkládat nic do úst.
- Pokud křeče neodezní a trvají déle než pět minut, je vhodné zavolat záchrannou službu (tel. 155). Lékař záchranné služby nebo pediatr musí posoudit možnou příčinu křečí v důsledku jiného závažného onemocnění mozku, např. infekce centrálního nervového systému (meningitida nebo encefalitida). Většinou následuje krátkodobý pobyt v nemocnici.
- Záchranou službu (tel. 155) je nutné volat vždy, když křeče trvají déle než 15 minut, je přítomná porucha dýchání, křeče se projevují jen na jedné polovině těla nebo je dítě po záchvatu ochrnuto na polovině těla.

- Při opakovaní febrilních křečí je nutné se řídit doporučením pediatra.

Co se děje během pobytu v nemocnici?

- Vyšetření pediatrem.
- Při prvních nekomplikovaných febrilních křečích není nutné vyšetření dětským neurologem, elektroencefalografické vyšetření (EEG) ani žádné zobrazovací vyšetření mozku.
- Zjištění a léčení příčiny horečky je důležitější než léčba křečí.
- Pokud je vysloveno podezření na meningitidu jako příčinu křečí, neprodleně je zahájeno vyšetřování a léčba této závažné nemoci: krevní odběry, vyšetření mozkomíšního moku, léčba antibiotiky a antivirotiky.

Jak předcházet febrilním křečím?

- Pokud tělesná teplota dosahuje hodnoty 38°C, můžeme ji snížit. Důležité ale je, jak se dítě cítí, ne číslo na teploměru. Léky volby jsou paracetamol nebo ibuprofen.
- Není doporučováno preventivní podávání tlumících léků (např. diazepamu). Nepodáváme je ani přímo po proběhlých febrilních křečích, ani během dalších horečnatých onemocnění v budoucnosti! Preventivní podávání tlumících léků nechrání dítě před případnými dalšími febrilními křečemi.

ZÁVĚRY

KDP jsou jedním z významných nástrojů přispívající ke zvyšování kvality zdravotní péče. Adaptace využívající Nástroj ADAPTE je vhodná metoda systematické tvorby na důkazech založených KDP. Adaptovaný KDP AAP pro diagnostiku pacientů s febrilními křečemi odpovídá na poptávku odborné zdravotnické veřejnosti a má za cíl pozitivně ovlivnit současnou klinickou praxi. Vzhledem k benignímu průběhu a dobré prognóze nekomplikovaných febrilních křečí, je nutné vhodně informovat rodiče o stavu dítěte a uklidnit je. K tomu může kromě ústního sdělení přispět i psaný informační text.

LITERATURA

1. Kliková K, Mihál V, Líčeník R, et al. Febrilní křeče: doporučený postup pro vyšetření dítěte s nekomplikovanými febrilními křečemi. Adaptovaný doporučený postup American Academy of Pediatrics. Čes-slov Pediat 2017; 72 (1): 63-67.
2. 2. Nečas T, Ošlejšková H. Febrilní křeče - méně je někdy více. Cesk Slov Neurol N 2017; v tisku."
3. 3. Kliková K, Mihál V, Líčeník R. Klinické doporučené postupy v pediatrii v České a Slovenské republice. Čes-slov Pediat 2016; 71 (1): 45-52.
4. 4. ADAPTE COLLABORATION. Guideline adaptation: a resource toolkit. <http://www.g-in.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guidelineadaptation-2-0.pdf>>.
5. 5. Líčeník R, Kurfürst P et al. *AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci. Univerzita Palackého v Olomouci, 2013.* <http://usl.upol.cz/ckdp/vystupy>
6. 6. Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure. Pediatrics Feb 2011, 127 (2) 389-394.