

# **Klinické doporučené postupy I**

Radim Líčeník

Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta

Olomouc 2013

Olomouc 2013

Oponenti:

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Tato publikace vznikla v rámci projektu, „Centrum pro klinické doporučené postupy na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci“

Registrační číslo: CZ.1.07/2.2.00/15.0284



Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práva a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Radim Líčeník, 2013

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2013

ISBN 978-80-244-3983-9

## ABSTRAKT

Klinické doporučené postupy jsou „systematicky vytvářená stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických situacích rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“ V posledních deseti letech došlo k významnému pokroku na poli jejich metodologie tvorby, adaptace, implementace a evaluace. Především ke kvalitě a standardům doporučených postupů se přistupuje více systematicky. Byl vytvořen generický mezinárodní nástroj pro evaluaci kvality doporučených postupů AGREE II a standardy Institute of Medicine a Guidelines International Network. Tato práce podává přehled hlavních metodologických principů. AGREE II nástroj byl přeložen do českého jazyka. Česká verze včetně metodologie překladu je součástí práce. Bylo provedeno hodnocení kvality nové sady klinických doporučených postupů České neurologické společnosti, které byly vytvořeny podle metodiky Národního referenčního centra v letech 2009 až 2012. Evaluace kvality těchto doporučených postupů ukázala, že jejich metodologická kvalita je velmi vysoká i ve srovnání se zahraničními doporučenými postupy. Dalším cílem práce bylo vytvořit, implementovat a evaluovat vzdělávací program zaměřený na doporučené postupy. Tento program byl vytvořen a implementován v roce 2008. Mezi roky 2008 a 2013 prošlo programem téměř 1000 studentů na třech lékařských fakultách v České republice.

**Klíčová slova:** klinické doporučené postupy, indikátory kvality, standardy péče, tvorba, adaptace, implementace, evaluace, medicínské vzdělávání

## **ABSTRACT**

Clinical practice guidelines are defined as „systematically developed statements to assist practitioner and patient decision about appropriate health care for specific clinical circumstances.” There has been an important progress in the field of methodology of guidelines development, adaptation, implementation and evaluation in the last decade. Main focus was on quality and standards of guidelines. New international generic instrument for evaluation of quality of guidelines AGREE II was developed as well as the Institute of Medicine and Guidelines International Network standards. The aim of the thesis was to summarize main guidelines methodological principles. AGREE II instrument was translated to Czech language and it is a part of the thesis. The evaluation of quality of the new set of neurological clinical practice guidelines developed by Czech Neurological Society between 2009 and 2012 using National Reference Centre methods was done. The evaluation showed the set of guidelines is of very high methodological quality. Another aim of the thesis was to develop, implement and evaluate an educational programme focused on clinical practice guidelines. The programme was developed and implemented in 2008. Nearly 1000 students have been trained in three Czech medical faculties between 2008 and 2013.

### **Key words**

Practice guidelines, quality indicators, standards of care, development, adaptation, implementation, evaluation studies, and medical education

# OBSAH

ÚVOD	9
I TVORBA, ZAVÁDĚNÍ A HODNOCENÍ KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	14
1 TVORBA A ZAVÁDĚNÍ KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	14
1.1 Definice a cíle klinických doporučených postupů	14
1.2 Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů	17
1.3 Zavádění klinických doporučených postupů	19
2 HODNOCENÍ KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	21
2.1 Úvod	21
2.2 Kvalita klinických doporučených postupů	29
2.3 Hodnocení klinických doporučených postupů	36
2.4 Standardy klinických doporučených postupů	39
3 NÁSTROJE PRO HODNOCENÍ KVALITY KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	44
3.1 Historie tvorby nástrojů pro hodnocení kvality doporučených postupů	44
3.2 Citační analýza hlavních AGREE publikací	51
3.3 Systematické přehledy nástrojů pro hodnocení kvality klinických doporučených postupů	61
4 HODNOCENÍ KVALITY KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ NÁSTROJEM AGREE	64
4.1 Cíle a uživatelé AGREE nástroje	64
4.2 Tvorba nástroje AGREE I	65
4.3 Tvorba nástroje AGREE II	67
4.4 Používání AGREE II nástroje	74
4.5 Příprava k hodnocení a hodnotitelé	75

4.6	Struktura, obsah nástroje a hodnotící proces	75
4.7	Implementace AGREE nástroje	75
4.8	Zdroje informací o AGREE	77
4.9	Studie hodnotící kvalitu KDP AGREE nástrojem	78
II	PŘEKLAD A IMPLEMENTACE AGREE II NÁSTROJE DO ČESKÉHO A SLOVENSKÉHO JAZYKA	84
5	CÍL	84
6	ÚVOD	84
6.1	Překlad a transkulturní adaptace dotazníku jako výzkumného nástroje	84
6.2	Metody překladu dotazníků	87
6.3	Proces překladu dotazníků	91
6.4	Překlady AGREE nástroje do cizích jazyků	97
7	METODY	99
7.1	Metoda překladu AGREE II nástroje do cizího jazyka	99
7.2	Metoda překladu AGREE II nástroje do českého a slovenského jazyka	100
8	VÝSLEDKY	102
III	VZDĚLÁVACÍ PROGRAM ZAMĚŘENÝ NA KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY	104
9	KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY V KURIKULU LÉKAŘSKÉ FAKULTY UP V OLOMOUCI	104
9.1	Cíl	104
9.2	Úvod	104
9.3	Metody	104
9.4	Výsledky	107
9.5	Diskuze a závěr	112
10	JINÁ VÝUKA ZAMĚŘENÁ NA KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY	113
	ZÁVĚR	114
	SEZNAM ZKRATEK	116

SEZNAM TABULEK	119
SEZNAM GRAFŮ	119
SEZNAM OBRÁZKŮ	120
LITERATURA	121





## ÚVOD

Klinické doporučené postupy (KDP) jsou „systematicky vytvářená stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických situacích rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“<sup>1</sup> KDP se ve zvýšené míře tvoří ve světě i u nás již od počátku 90. let. Metody tvorby, adaptace, implementace a evaluace KDP se neustále vyvíjejí. Oprávněně kritické hlasy na adresu nízké kvality KDP vedly ke snaze o nápravu, vytvoření řady nástrojů na její hodnocení i standardů kvality KDP. Tato práce přináší do českého prostředí mezinárodní pohled na metodologii KDP a hodnocení jejich kvality. Do českého i slovenského jazyka byl přeložen nástroj AGREE II. Byla provedena evaluace kvality nové sady neurologických KDP vytvořených podle metodiky Národního referenčního centra. Obdobná studie, hodnotící kvalitu KDP AGREE II nástrojem, u nás nebyla nikdy provedena a je jedna z prvních využívající AGREE II i v mezinárodním měřítku. Vzdělávací program prezentovaný v kapitole 9 je také ojedinělou formou implementace KDP.

Jedním z hlavních cílů práce bylo podat přehled metod tvorby, adaptace, implementace a evaluace a jejich praktické použití. Dalším cílem bylo přeložit a implementovat AGREE II nástroj do praxe v ČR a provést evaluaci kvality nové sady neurologických KDP. Posledním cílem bylo zapojení problematiky KDP do procesu medicínského vzdělávání. Ve srovnání s mou předchozí prací diplomovou, je tato mnohem více praktická a aplikuje teoretické principy studované dříve. Vzhledem k rozsahu práce byl hlavní zájem soustředěn na kvalitu KDP a její hodnocení. Metody tvorby, adaptace a implementace KDP, které byly součástí mé předchozí diplomové práce a monografie jsou zde pouze ve stručnosti shrnuty.

Práce není členěna přísně podle klasického vzoru. S ohledem na srozumitelnost struktury celého textu jsem zvolil formu kombinace teoretických a praktických částí podle logiky popisovaných problémů. Text je členěn do čtyř větších celků označených římskými číslicemi I–IV. První je teoretickým úvodem k metodologii tvorby, implementace a evaluace KDP. Kapitola 3 a 4 popisuje nástroje pro hodnocení KDP. Druhý celek popisuje překlad nástroje AGREE II do českého a slovenského jazyka.

---

<sup>1</sup> FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj. Clinical practice guidelines : directions for a new program. s. 8.

Třetí prakticky hodnotí novou sadu neurologických KDP nástrojem AGREE II. Poslední, čtvrtá část popisuje tvorbu, implementaci a evaluaci vzdělávacího programu zaměřeného na problematiku KDP. V kapitole 9 je popsán program pro 6. ročník oboru všeobecné lékařství na LF UP v Olomouci. V kapitole 10 je pak jen stručný přehled dalších vzdělávacích aktivit. Vzhledem k rozsahu a celkovému zaměření práce nebylo účelné a prakticky možné popsat každou část vzdělávacího programu do větších detailů.

Výzkumnou částí je podkapitola 3.2, která se zaměřila na citační analýzu článků souvisejících s AGREE II nástrojem. Podkapitola 4.9 je přehledem studií hodnotících kvalitu KDP. V dalších dvou celcích jsou popsány překlad AGREE II nástroje do českého jazyka (viz II) a hodnocení kvality nové sady neurologických KDP (viz III). Poslední výzkumnou kapitolou je kapitola 9., ve které je popsán vzdělávací program CKDP. V příloze jsou pak data, která sloužila k přehledu studií využívajících oba AGREE nástroje (Příloha 1) a česká verze AGREE II nástroje (Příloha 2). Abych zabránil případnému zmatení, používám v celém textu označení AGREE I pro původní nástroj a AGREE II pro nový.

K ilustraci kontextu si v rámci úvodu dovolím trochu personální historie. Od doby, kdy jsem se začal zabývat medicínou založenou na důkazech (EBM) a klinickými doporučenými postupy uplynulo mnoho času. Již za studia všeobecného lékařství na LF UP v Olomouci jsme se spolu s mými „intelektuálními rodiči“ Mgr. Jarmilou Potomkovou, Ph.D., prof. MUDr. Vladimírem Mihálem, CSc. a skupinou přátel (prof. MUDr. Jaroslav Dušek, CSc., MUDr. Lenka Doubravská, MUDr. Daniela Jelenová, prof. RNDr. Stanislav Komenda, DrSc., Mgr. Pavel Kurfürst, MUDr. Vít Procházka, Ph.D., MUDr. Jan Strojil) spustili do rozlehlých a neprobádaných vod medicíny založené na důkazech. To bylo v 90. letech 20. století, kdy byl internet, e-mail a všechny dnes běžné moderní komunikační technologie z pohledu nejběžnějšího uživatele v prvopočátcích a pouhé tři roky po publikaci první zprávy Institute of Medicine *Clinical practice guidelines. Directions for a New Program.*<sup>2</sup> Profesor David Sackett tou dobou ještě stále v Oxfordu při vizitě na oddělení tlačil svůj pověstný vozík plný kartotéčních lístků a přemýšlel o založení Centre for evidence-based medicine (založeno na University of Oxford v roce 1994). Dr. Françoise Cluzeau zatím

---

<sup>2</sup> Srov. Tamtéž.

o AGREE nástroji ani Guidelines International Network snít ještě nezačala. Po ukončení studia na LF UP v Olomouci v roce 2003 jsem začal pracovat jako internista v Okresní nemocnici Tábor. Dnes jsem přesvědčen, že mě právě do Tábora zavedla nějaká laskavá nadpřirozená síla. I když velkou inspirací a vzorem v rozhodnutí začít se učit řemeslo „z gruntu“ mi byl prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc. Stejně nadšení z EBM, jaké jsme sdíleli v Olomouci, jsem najednou mohl vidět v každodenní praxi. Celá řada medicíně naprosto oddaných entuziastů pod vedením primářů MUDr. Ladislava Douady, MUDr. Jidřicha Charouzka, jejich tehdejších zástupců MUDr. Lukáše Štrincla a MUDr. Vladimíra Jirky a ředitele okresního střediska Zdravotnické záchranné služby MUDr. Marka Slabého mi ukázala, že se dá poskytovat vysoce kvalitní zdravotní péče po všech stránkách i mimo velké fakultní nemocnice. Díky podpoře a toleranci vedení a mých kolegů, což nelze brát úplně jako samozřejmost, jsem mohl v roce 2004 začít navazující magisterské studium oboru Ekonomika a řízení zdravotnictví opět na domácí LF UP v Olomouci. Propojil jsem tak vzájemně klinickou praxi s teorií zdravotnického managementu. Tehdy se můj zájem o EBM spojil s potřebou mít v praxi klinické doporučené postupy, které by nám pomohly se správně a rychle rozhodovat. Zvolil jsem si proto klinické doporučené postupy jako téma mé diplomové práce. Jak popisuje doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., školitelka mé diplomové i doktorandské práce, v předmluvě k mé monografii Klinické doporučené postupy – obecné zásady, principy tvorby a adaptace, pustil jsem se do tématu s nadšením. Původním výstupem měl být návrh jednoho konkrétního doporučeného postupu. Už v počátku se to ale ukázalo být iluzorní.<sup>3</sup> V té době vládl relativní chaos v základních definicích, metodách a principech. V České republice také nebyla k dispozici žádná metodika ani tým odborníků, se kterými by bylo možné na doporučných postupech spolupracovat. Proto má diplomová práce v roce 2007 vyústila jen v přehled obecných zásad, definic a metod tvorby. Téma KDP bylo ovšem tak zajímavé a přitom užitečné pro praxi, že jsme pod Ústavem sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci založili v roce 2007 vzdělávací a výzkumné Centrum pro klinické doporučené postupy (CKDP).

Od počátku mého odborného zájmu o KDP se událo mnohé doma i v zahraničí. Původní malá skupina vědců pracujících ve skupině AGREE Collaboration založila

---

<sup>3</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM. Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace. s. 11–12.

v roce 2002 Guidelines International Network (GIN). Od jeho založení se rozrostla na dnešních 93 členských organizací a 120 individuálních členů ze 44 zemí.<sup>4</sup> Po první konferenci GIN v Edinburgu v roce 2003 se v roce 2013 konala v pořadí již desátá. Americký Institute of Medicine vydal po své původní zprávě z roku 1990 v roce 2011 již v pořadí třetí. AGREE nástroj publikovaný v roce 2003 byl nahrazen v roce 2010 vylepšeným AGREE II. Byla založena skupina ADAPTE Collaboration, která vytvořila nástroj pro adaptaci KDP publikovaný v roce 2007. V roce 2012 byly publikovány standardy KDP GIN. Tvorba KDP se rozšířila doslova po celém světě. V České republice tým Národního referenčního centra pod vedením MUDr. Miloše Suchého začal v roce 2009 s tvorbou nové sady českých KDP podle vlastní velmi komplexní metodiky. Nutno poznamenat, že v současnosti byla práce na této publikaci mnohem jednodušší, než v letech 2007 a 2009. Zejména proto, že vývoj v oblasti KDP se posunul velmi kupředu. Terminologie, principy a metodologie je dnes jasná, přehledná a dostupná. CKDP začalo pracovat na široké mezioborové bázi s odborníky z klinické praxe, ošetrovatelství, sociálních a jazykových věd a práva v roce 2007. V roce 2009 byla pod vedením doc. PhDr. Darji Jarošové, Ph.D. založena pobočka CKDP na Lékařské fakultě Ostravské univerzity. V roce 2010 byla mnou a naší nizozemskou spolupracovnicí Dr. Noks Nautou v rámci GIN vytvořena mezinárodní diskusní platforma zaměřená na etické aspekty KDP GINETHICS.<sup>5</sup> V roce 2009 vyšla monografie o základních principech KDP.<sup>6</sup> Do českého jazyka byl přeložen AGREE II nástroj (na slovenském překladu se nyní pracuje) a ostravským týmem nástroj ADAPTE. V Olomouci byly uspořádány tři národní konference o doporučených postupech. Druhé konference se v roce 2011 zúčastnila prezidentka GIN Dr. Sara Twaddle, ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., viceprezident České lékařské komory MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D. a ředitelka rozvojového programu EQUATOR Network z Centre for Statistics in Medicine Oxfordské univerzity Dr. Iveta Simera. Pod odborným vedením členů CKDP probíhá několik let studentská vědecká činnost pregraduálních studentů. Pracovník CKDP Mgr. MUDr. Tomáš Kuhn obájil v roce 2012 svou magisterskou diplomovou práci

---

<sup>4</sup> GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK. *Introduction* [online].

<<http://www.g-i-n.net/about-g-i-n>>.

<sup>5</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM. Ethical aspects of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*. 2010, roč. s.

<sup>6</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*.

v oboru Management zdravotnictví na téma Zapojení pacientů a veřejnosti do procesu tvorby klinických doporučených postupů na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Pod společným vedením prof. MUDr. Vladimíra Mihála, CSc. a mým pracuje MUDr. Katarína Kliková na svém doktorandském projektu na téma tvorby klinických doporučených postupů v pediatrii. V jeho rámci jsme provedli v České republice unikátní výzkum postojů pediatriů ke KDP založený na teorii plánovaného chování. Vzdělávacím programem CKDP prošlo téměř 1000 studentů na třech českých lékařských fakultách (UP v Olomouci, Ostravská univerzita, 1. LF Karlovy univerzity). Semináře o KDP jsou od akademického roku 2009/2010 součástí kurikula LF UP v Olomouci v rámci předmětu Sociální lékařství II (pro český i anglický program). Metodologie KDP je součástí státnicových otázek. Počet přednášejících problematiku KDP v 6. ročníku oboru všeobecného lékařství LF UP v Olomouci se rozrostl z jednoho na tři. V akademickém roce 2012/2013 se ke mně přidali někdejší studenti zapojení do studentské vědecké činnosti CKDP, dnes lékaři MUDr. Denisa Osinová a MUDr. Jan Přeček. Dotace výukových hodin pro semináře se v akademickém roce 2013/2014 zvýšila ze dvou na čtyři. CKDP získalo grantovou podporu Evropského sociálního fondu, Interní grantové agentury UP v Olomouci a ostravské centrum Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR. V oblasti KDP se nám zřejmě podařilo dorazit na stanici dříve, než přijel vlak. Mohli jsme tak pohodlně nastoupit a za jízdy pozorovat krajinu. Otázka je, kam směřujeme, protože tato cesta nemá cílovou stanici. V oblasti KDP se od problémů se zapojením pacientů, kvalitou a standardy KDP nyní přesouváme směrem ke komorbiditám, konfliktu zájmů a zlepšení implementace a přenosu znalostí do klinické praxe.<sup>7,8,9</sup> Hlavním tématem konference GIN v roce 2014 bude „Creation and innovation: guidelines in the digital age.“ Necháme se tedy překvapit.

---

<sup>7</sup> Srov. ECCLES, MARTIN, GRIMSHAW, JEREMY aj. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, s. 60.

<sup>8</sup> Srov. WOOLF, STEVEN, SCHUNEMANN, HOLGER aj. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, s. 61.

<sup>9</sup> Srov. SHEKELLE, PAUL, WOOLF, STEVEN aj. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, s. 62.

# I TVORBA, ZAVÁDĚNÍ A HODNOCENÍ KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

## 1 TVORBA A ZAVÁDĚNÍ KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

### 1.1 Definice a cíle klinických doporučených postupů

V monografii o základních principech KDP z roku 2009 jsem poznamenal, že definic KDP je velké množství a je velmi složité se v nich orientovat. To dnes již neplatí. Definice IOM i její aktualizace z roku 2011 jsou dnes široce používány jako hlavní. Na druhou stranu cíle KDP jsou stále platné.<sup>10</sup>

#### 1.1.1 Klinický doporučený postup

„Pramatka“ všech definic KDP byla vytvořena komisí **Institute of Medicine (IOM)** v roce 1990 a definuje doporučené postupy jako „systematicky vytvářená stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických situacích rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“<sup>11</sup> Tato definice zahrnuje nejpodstatnější atributy KDP, kterými jsou systematický vývoj, přiměřenost zdravotní péče a specifčnost situace. Od počátku 90. let se ovšem situace v oblasti doporučených postupů dále vyvíjela. V pojmosloví se více ujasnilo a ustálilo. V roce 2011 publikoval IOM novou zprávu o stavu problematiky doporučených postupů. Mimo jiné vznikla potřeba aktualizovat původní definici. Nová definice IOM říká, že „klinické doporučené postupy jsou stanoviska obsahující doporučení zaměřená na optimalizaci péče o pacienta, která jsou založena na systematickém přehledu důkazů a na zhodnocení přínosů a rizik

---

<sup>10</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace.* s. 19–51.

<sup>11</sup> FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj. s. 8.

alternativních možností péče.<sup>12</sup> Tato nová definice jasně rozlišuje mezi KDP a všemi jinými nesystematicky vytvářenými formami doporučených postupů, jakými jsou například konsenzuální stanoviska nebo expertní doporučení. Kromě systematického přehledu důkazů zahrnuje i hodnocení přínosů a rizik a možných alternativních postupů.<sup>13</sup>

**Národní referenční centrum** ve své metodice definuje klinický doporučený postup jako „komplexní, standardizovaný, systematicky zpracovaný dokument zaměřený na konkrétní cíl, kterým je zvyšování kvality péče o pacienty.“<sup>14</sup>

### 1.1.2 Další definice

**Klíčová doporučení** jsou doporučení, která v KDP odpovídají na hlavní klinické otázky.<sup>15</sup> Jedním z typů dokumentů, který tvoří NRC je klinický standard. Od klinického doporučeného postupu se liší tím, že obsahuje ukazatele péče a její ekonomické aspekty. **Klinický standard** je podle NRC „klinický doporučený postup doplněný o měřitelná klinická kritéria a indikátory výkonnosti a kvality péče.“<sup>16</sup> **Klinická kritéria** jsou podle IOM „systematicky vytvářená stanoviska, která mohou být využita k hodnocení přiměřenosti specifického rozhodování o zdravotní péči, službách a výstupech.“<sup>17</sup> **Ukazatel zdravotní péče** je „měřitelnou formou hodnocení některého z klinických aspektů.“<sup>18</sup> **Klinický audit** je „systematická a kritická analýza kvality zdravotní péče.“<sup>19</sup>

---

<sup>12</sup> INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE., Clinical practice guidelines we can trust. s. 4.

<sup>13</sup> Srov. Tamtéž. s. 1–5.

<sup>14</sup> SUCHÝ, MILOŠ, LÍČENÍK, RADIM aj. *Klinické doporučené postupy v neurologii I* s. s. 22–23.

<sup>15</sup> LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace.* s. 26.

<sup>16</sup> SUCHÝ, MILOŠ, LÍČENÍK, RADIM aj. s. 23.

<sup>17</sup> FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj. s. 8.

<sup>18</sup> SUCHÝ, MILOŠ, LÍČENÍK, RADIM aj. s. 24.

<sup>19</sup> LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace.* s. 30.

### 1.1.3 Cíle klinických doporučených postupů

KDP jsou široce používány v celém systému péče o zdraví, ať už je to vlastní zdravotní péče (klinické doporučené postupy) nebo veřejné zdravotnictví (doporučené postupy pro veřejné zdravotnictví).<sup>20</sup> Doporučené postupy se samozřejmě také používají v oblasti vojenského zdravotnictví.<sup>21</sup> KDP vznikají na mezinárodní, národní i lokální úrovni. Tvorbu klinických doporučených postupů organizuje mnoho různých institucí. Nejčastěji jsou to odborné společnosti pracovníků ve zdravotnictví, ať už jsou to lékařské, ošetrovatelské nebo společnosti jiných zdravotnických pracovníků. Mohou to být vládní, veřejné nebo soukromé instituce. Uživateli KDP může být opět široké spektrum všech zainteresovaných osob ve zdravotnictví od zdravotnických pracovníků, přes pacienty až po pracovníky ve zdravotnickém managementu. KDP mají mnoho různých způsobů použití a cílů:

- pomoc lékařům a pacientům v rozhodování
- šíření nejlepší klinické praxe založené na systematicky hodnocených důkazech
- měření a zajišťování kvality zdravotní péče
- snižování míry nepřiměřené a zbytečné péče
- snižování bezdůvodných rozdílů mezi poskytovateli zdravotní péče
- zlepšení úrovně komunikace
- podpora etické praxe
- vzdělávání jednotlivců a skupin
- informační zdroj pro řízení zdravotní péče
- snižování rizika vzniku právní odpovědnosti

Pro úspěšnou implementaci je nutno pracovat se všemi možnými aspekty KDP.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Srov. Tamtéž. s. 33–36.

<sup>21</sup> Srov. MINISTRY OF DEFENCE. *Clinical Guidelines for Operations. Joint Service Publication JSP 999* [online].

<[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/79106/20121204-8-AVB-CGO\\_Online\\_2012.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/79106/20121204-8-AVB-CGO_Online_2012.pdf)>.

<sup>22</sup> LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. s. 33–58.



## 1.2 Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů

Otázkou na začátku jakéhokoliv procesu je, jestli je jeho výstup potřebný. To se týká také procesu tvorby KDP. Podle priorit v dané oblasti pak lze rozhodnout, zda je nový KDP potřebný.<sup>23</sup> Pokud ano, je nutné zvolit vhodnou metodu. KDP mohou vznikat dvěma způsoby (viz Obrázek 1):

- Tvorba KDP, kdy vzniká původní, de novo vytvořený KDP (angl. full-process guideline). Vytvořit nový KDP je v dnešní době extrémně náročné na zdroje finanční, personální i materiální. Ke splnění všech požadovaných standardů kvality KDP je optimální mít zázemí velké národní či mezinárodní instituce s dlouhodobou tradicí tvorby KDP například WHO, NICE či ACCP a další.
- Adaptovaný KDP (angl. adapted guideline) vzniká jako alternativa tvorbě KDP de novo. Dnes je stěžejní metodou tvorby KDP právě adaptace. Relativně levná metoda, snesitelně náročná na lidské zdroje i finance. V současnosti v rámci velkých tradičních programů existuje celá řada kvalitních KDP, které jsou vhodné pro adaptaci. Adaptace KDP je podle ADAPTE Collaboration „systematická metoda rozhodování o použití nebo adaptaci KDP, který byl vytvořen v určitém kulturním a organizačním prostředí, pro uplatnění v prostředí odlišném.“<sup>24</sup> KDP NRC vznikaly také formou adaptace.

Žádná jiná možnost mimo tvorbu a adaptaci KDP není přípustná. V minulosti se v České republice objevovaly nejrůznější semikompetentní myšlenky jako například překlady sady jakýchsi KDP odkudsi kamsi nebo převzetí dokumentů typu základních klinických postupů (angl. clinical pathway) a protokolů z jisté velké univerzitní nemocnice v americkém Rochesteru, stát Minnesota, a jejich naroubování na národní úroveň. Účinek takové ztřeštěnosti by byl podobný, jako kdybychom orientační tabule

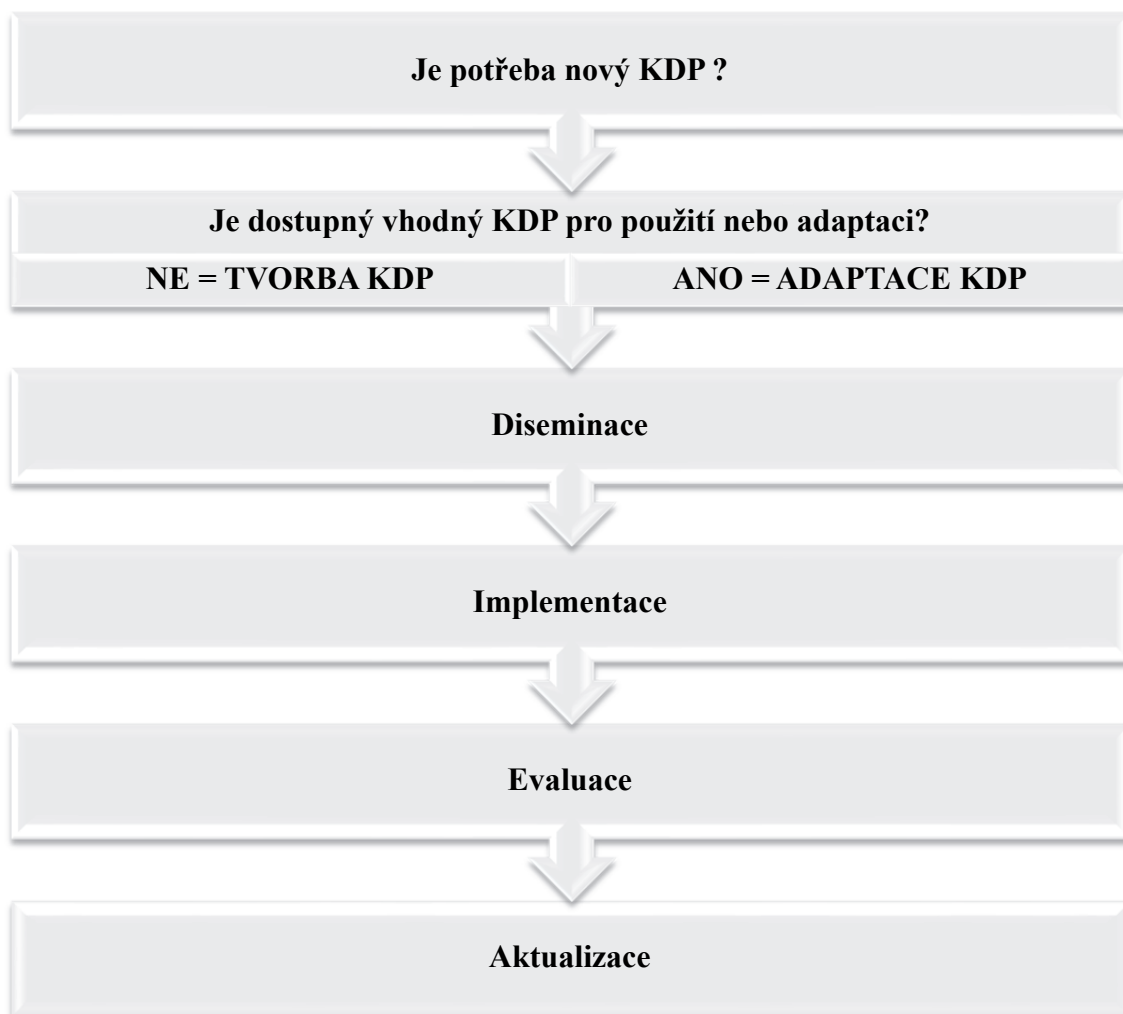
---

<sup>23</sup> Srov. KETOLA, E., TOROPAINEN, E. aj. Prioritizing guideline topics: development and evaluation of a practical tool. *J Eval Clin Pract.* 2007, roč. 13, s. 627–631.

<sup>24</sup> ADAPTE COLLABORATION. *Guideline adaptation: a resource toolkit* [online]. <<http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>>.

z Yellowstonského národního parku zapíchlali od Horské Kvildy po Železnou Rudu a očekávali němý obdiv české obce turistické.<sup>25</sup>

**Obrázek 1 Hlavní kroky tvorby a adaptace KDP**



<sup>25</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace.* s. 61–67.

Pro tvorbu KDP je možné použít několik metod:<sup>26,27</sup>

- Expertní doporučení
- Konsenzus
- Medicína či veřejné zdravotnictví založené na důkazech

Pro adaptaci KDP je nejvhodnější použití mezinárodního generického nástroje pro adaptaci KDP ADAPTE.<sup>28</sup>

### 1.3 Zavádění klinických doporučených postupů

KDP jsou jedním z nástrojů pro přenos znalostí do klinické praxe. Dnes je implementační věda uznávána jako jedna z vědních disciplín.<sup>29,30</sup> Implementace je na rozdíl od pouhé diseminace soubor promyšlených strategií jak přenést KDP do praxe. Implementační strategie mají za cíl převést změny ve znalostech a postojích na změny v klinické praxi.<sup>31</sup> První pravidlo implementace KDP IOM z roku 1990 zní: „doporučené postupy nejsou samozaváděcí.“<sup>32</sup> Přijetí KDP a jeho používání v praxi záleží na mnoha faktorech, jak podpůrných tak bariérách.<sup>33</sup> Už sama podstata KDP může ovlivnit jeho přijetí cílovými uživateli. Kvalitní KDP se silnými doporučeními založenými na důkazech vysoké kvality má větší šanci na přijetí. Dále záleží na prezentaci KDP. Intervence jsou při implementaci KDP zaměřeny buď na cílové uživatele (např. prezentace na konferencích, semináře, podpora lídrů v oboru) nebo na organizace. Je potřeba co nejspecifičtěji stanovit implementační strategii se zaměřením

---

<sup>26</sup> Srov. Tamtéž. s. 63–67.

<sup>27</sup> Srov. GRIMSHAW, J., RUSSELL, I. Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines. *Qual Health Care*. 1993, roč. 2, s. 243–248.

<sup>28</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. s. 69–74.

<sup>29</sup> Srov. WENSING, M., GRIMSHAW, J. M. aj. Does the world need a scientific society for research on how to improve healthcare? *Implement Sci*. 2012, roč. 7, s. 1–4.

<sup>30</sup> Srov. ECCLES, MARTIN, MITTMAN, BRIAN. Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*. 2006, roč. 1, s. 1.

<sup>31</sup> Srov. GRIMSHAW, J. M., HUTCHINSON, A. Clinical practice guidelines - do they enhance value for money in health care? *Br Med Bull*. 1995, roč. 51, s. 927–940.

<sup>32</sup> FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj. s. 78.

<sup>33</sup> Srov. BURGERS, J. S., CLUZEAU, F. A. aj. Characteristics of high-quality guidelines: evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. *Int J Technol Assess Health Care*. 2003, roč. 19, s. 148–157.

na cílové uživatele, úroveň péče a její celkový kontext.<sup>34</sup> Po úvodní implementaci je nutné dbát také na udržitelnost používání KDP v klinické praxi stejně jako jakékoliv jiné inovace nebo programu.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES. s. 145–185.

<sup>35</sup> Srov. WILTSEY STIRMAN, SHANNON, KIMBERLY, JOHN aj. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, s. 17.

## 2 HODNOCENÍ KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

### 2.1 Úvod

V 70. letech 20. století začal nárůst tvorby KDP, který pokračoval v 80. a 90. letech, což vedlo k potřebě a snahám o standardizaci celého procesu tvorby, implementace, evaluace a hodnocení jejich kvality. Používání doporučených postupů v různých formách se samozřejmě táhne celou historií medicíny a zdravotní péče. Chassin popisuje doporučení pro péči o pacienty s bronchitidou publikované v asyrském papyru před 3 500 lety. V Babylonské říši před 3 800 lety dokonce byly explicitně uvedeny sankce za nedodržení standardů kvality. Jedním z postihů bylo například utěti rukou.<sup>36</sup> Ve Spojených státech pak ve 30. letech vznikají první KDP ve snaze standardizovat poskytování péče.<sup>37,38</sup> KDP také nejsou jediným nástrojem, který by měl přispívat ke zvyšování kvality péče a má mnoho dalších cílů (viz 1.1).

Otázkou je, proč došlo k tomuto exponenciálnímu nárůstu tvorby KDP a jiných intervencí s cílem zlepšit kvalitu zdravotní péče. Gray ve své knize *How to get better value healthcare* analyzuje, co zvyšuje potřebu a poptávku po zdravotní péči. V pozadí stojí neustále se zvyšující zdravotní potřeby obyvatelstva.<sup>39</sup>

- **Stárnoucí populace**

Počet obyvatel starších 80 let výrazně vzrostl téměř v každé zemi. Na jedné straně se dramaticky snížila novorozenecká a kojenecká úmrtnost, na straně druhé se prodlužuje délka života. Starší lidé jsou dnes mnohem zdravější, přesto prevalence chronických chorob je v tomto věku vyšší.

- **Nové nemoci**

Dnešní zdravotní systémy ve vyspělých zemích řeší více či méně pouze problémy, které přináší vyšší prevalence nepřenositelných chorob, jakými jsou kardiovaskulární,

---

<sup>36</sup> Srov. CHASSIN, M. R. Standards of care in medicine. *Inquiry*. 1988, roč. 25, s. 437–453.

<sup>37</sup> Srov. BURLS, A. AGREE II-improving the quality of clinical care. *Lancet*. 2010, roč. 376, s. 1128–1129.

<sup>38</sup> Srov. WEISZ, G., CAMBROSIO, A. aj. The emergence of clinical practice guidelines. *Milbank Q*. 2007, roč. 85, s. 691–727.

<sup>39</sup> Srov. GRAY, J. A. MUIR. How to get better value healthcare.

plicní, onkologická onemocnění a diabetes mellitus. Chudé země, na rozdíl od těch vyspělých, musí zvládat jak stále vysoce prevalentní choroby infekční, tak nemoci nepřenositelné.

- **Nové technologie**

Podle Graye je zdravotní potřeba definována jako „zdravotní problém, pro který existuje účinná intervence.“ Z toho vyplývá, že „kdykoliv je objeven a schválen k používání nový lék nebo jiná medicínská technologie, vzniká tak i zdravotní potřeba.“<sup>40</sup>

Plátcí zdravotní péče ani ti, kteří ji řídí, nemají téměř žádnou možnost jak zpomalit nárůst zdravotních potřeb obyvatelstva. Stárnoucí populace je daný fakt způsobený spíše poklesem úmrtnosti v dětském věku než lepší zdravotní péčí.<sup>41</sup> Vývoj nových technologií je teoreticky možné omezit na různých úrovních. V tomto směru by se ostatní země mohly učit z české „strategie“ vědy, výzkumu a inovací. Ovšem vzhledem k tomu, že v jiných vyspělých zemích než České republice je výzkum financován především průmyslem a nevládními organizacemi, mají vlády velmi omezený prostor. V tomto směru mají české politické reprezentace snadnou práci. Je mnohem jednodušší omezit základní výzkum likvidací rozpočtové organizace Akademie věd České republiky, než se například zbavit charitou financovaných institucí jakou je britský Cancer Research UK nebo dánské výzkumné centrum Danish Cancer Society. Další možností je odliv státních grantových prostředků na výzkum buď soukromým firmám na jejich „inovační projekty“ nebo podpořit co nejvíce obskurních projektů bez reálných výstupů. Tím se nedostanou finance na kvalitní výzkum, který by svými výsledky mohl nadále nežádoucím tempem zvyšovat zdravotní potřeby. Velmi efektivním opatřením je tzv. „kafemlejek“, kterým se hodnotí výstupy vědeckého výzkumu a rozdělují finance na výzkum další. V zásadě je to systém, který stimuluje produkci velkého množství hloupých a podprůměrných výstupů na úkor malého množství vysoce kvalitních publikací. To by Prof. Sir Muir Gray koukal, co se dá všechno vymyslet v malé progresivně a efektivně šetřící zemi v centru Evropy.

---

<sup>40</sup> Tamtéž. s. 4.

<sup>41</sup> Tamtéž.

Poptávka po zdravotní péči vrůstá na základě všeobecně rozšířeného konzumerismu. Hnacími mechanismy zvyšující se poptávky po zdravotní péči jsou podle Graye tři výše zmíněné zdravotní potřeby. Otázka je, do jaké míry každá z nich k tomuto nárůstu přispívá. Savedoff a spolupracovníci ve své analýze podobně uvádějí, že hlavní příčinou růstu nákladů na zdravotní péči je růst domácího produktu a stále se zvyšující množství dostupných zdravotnických intervencí. S ekonomickým růstem rostou jednak zdroje a také poptávka po zdravotní péči. Například v USA a ve Francii tvoří náklady na intenzivní a extenzivní zavádění nových zdravotnických technologií jednu až dvě třetiny nárůstu výdajů na zdravotnictví.<sup>42</sup> Stárnutí populace hraje překvapivě jen malou roli.<sup>43</sup>

Zdravotní potřeby obyvatelstva, poptávka po zdravotní péči a s nimi i náklady budou pravděpodobně i nadále růst. Co ovšem zřejmě růst nebude, jsou zdroje. Gray opět uvádí, že v následujících letech nebudou již investice do zdravotní péče růst takovým tempem, jako tomu bylo v minulých pěti dekadách. Co tedy potřebujeme je **trvale udržitelná zdravotní péče**.<sup>44</sup>

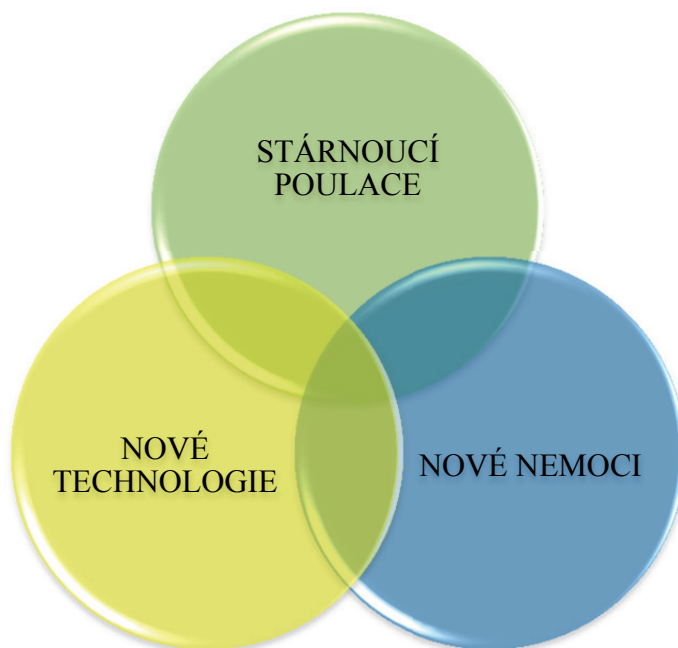
---

<sup>42</sup> Srov. SAVEDOFF, WILLIAM D., DE FERRANTI, DAVID aj. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*. 2012, roč. 380, s. 924–932.

<sup>43</sup> Srov. DORMONT, BRIGITTE, GRIGNON, MICHEL aj. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*. 2006, roč. 15, s. 947–963.

<sup>44</sup> Srov. s. 9–11.

## Obrázek 2 Hnací mechanismy poptávky po zdravotní péči<sup>45</sup>



Podle Gray, Muir J. A. *How to get better value healthcare*, s. 5.

V 70. letech 20. století po dlouhodobém poválečném kontinuálním růstu investic do zdravotnictví, za současného růstu poptávky po zdravotní péči, se stala péče příliš nákladnou. Zejména v USA byl nárůst výdajů na zdravotní péči astronomický.<sup>46</sup> Hlavním problémem ale byla ropná krize OPEC I v roce 1973 a OPEC II v na přelomu let 1979 a 1980 (viz Graf 1). Její ekonomický a společenský dopad na počátku 70. let byl značný především v USA, Velké Británii, Japonsku a Nizozemí. Krize se samozřejmě dotkla i zdravotnictví. Vznikla tak potřeba rozsáhlých reforem.<sup>47,48,49</sup>

<sup>45</sup> GRAY, J. A. MUIR. s. 5.

<sup>46</sup> Srov. LIGHTER, DONALD E., FAIR, DOUGLAS C. Principles and methods of quality management in health care. s. 2–5.

<sup>47</sup> Srov. BLOOM, NICHOLAS. The Impact of Uncertainty Shocks. *Econometrica*. 2009, roč. 77, s. 623–685.

<sup>48</sup> Srov. KESICKI, FABIAN. The third oil price surge – What’s different this time? *Energy Policy*. 2010, roč. 38, s. 1596–1606.

<sup>49</sup> Srov. GRAY, J. A. MUIR, GRAY, J. A. MUIR EVIDENCE-BASED HEALTHCARE. Evidence-based healthcare and public health : how to make decisions about health services and public health. 44–48.



**Graf 1 Ceny nafty 1970 – 2008 (cena ropy USD/barel)<sup>50</sup>**



Změny v systému poskytování zdravotní péče se zaměřily na strukturální a ekonomické změny. Zdravotnictví se inspirovalo v oblasti řízení průmyslu, především japonského. Důraz byl kladen na výkonnost a zvyšování kvality. Hledaly se cesty, jak snížit náklady na péči a zároveň zvýšit kvalitu a produktivitu. Postupně se začaly prosazovat nové metody řízení kvality zdravotní péče, vytvořil se potřebný legislativní rámec, založeny byly první instituce a začaly se tvořit specifické nástroje, které měly tyto reformy podpořit a posílit.<sup>51</sup> Tak například začal být v roce 1983 ve Spojených státech implementován DRG systém.<sup>52</sup> V roce 1989 byla Kongresem Spojených států zřízena AHCPR a začala tak systematická tvorba KDP v USA (viz 3.1). AHCPR měla dva speciální úkoly: 1. „začít s evaluací výsledků běžných zdravotnických intervencí a 2. zahájit tvorbu doporučených postupů, které měly kodifikovat výsledky vědeckého výzkumu a konsenzus ve vztahu k nejlepší klinické praxi.“<sup>53</sup> Po téměř 20letech neřízené produkce KDP velmi nízké kvality tak dostal celý proces tvorby systematický rámec. Tím se zrychlila i tvorba KDP po celém světě a v následujících letech se stala doslova masivní. Například už v roce 1999 De Maeseneer konstatoval, že se dostáváme do situace, kdy je více doporučených postupů

<sup>50</sup> KESICKI, FABIAN.

<sup>51</sup> Srov. LIGHTER, DONALD E., FAIR, DOUGLAS C. s. 1–10.

<sup>52</sup> Srov. GRAHAM, NANCY O. Quality in health care : theory, application, and evolution. s. 157–158.

<sup>53</sup> Tamtéž. s. 159.

než zdravotních problémů, protože se nové KDP tvoří jednou týdně.<sup>54</sup> Důsledkem pak je, že existuje řada KDP o stejném klinickém problému od různých autorských institucí. Pro časově zaneprázdněného uživatele je pak těžké si vybrat.<sup>55</sup> Jackson uvádí, že již v roce 1994 bylo ve Velké Británii vytvořeno 2000 doporučených postupů a protokolů.<sup>56</sup> Mc Murdo se označil za oběť tzv. guidelinového únavového syndromu (GÚS, angl. guideline fatigue syndrome). GÚS definuje jako „stav vyčerpání charakterizovaný iritabilitou a nadměrnou letargií v blízkosti doporučených postupů.“<sup>57</sup> Počet vytvořených KDP samozřejmě koresponduje s masivní produkcí vědeckých publikací. Jen MEDLINE v současnosti obsahuje přes 19 miliónů odkazů z 5600 odborných časopisů z oblasti biomedicíny. Od roku 2005 je každý den od úterka do soboty přidáno 2000–4000 referencí. Například jen za rok 2010 to bylo téměř 700 000 nových záznamů.<sup>58</sup>

V této záplavě se ovšem ztrácí kvalita podávání zpráv o vědeckém výzkumu i jednotlivých publikací, včetně KDP.<sup>59</sup> Doporučené postupy jsou stále více používány v různých oblastech péče o zdraví a k různým cílům. Aby ovšem mohly plnit svou funkci, musí splňovat určitá kritéria kvality. Pozitivní efekt KDP se odvíjí od jejich úspěšné implementace, která záleží především na jejich kvalitě. Implementace nekvalitních KDP je neetická nejen z hlediska alokace zdrojů. Nízká kvalita KDP snižuje jejich účinnost při zlepšování kvality zdravotní péče. Nekvalitní KDP snižují kvalitu péče, nemají validní doporučení a některé přímo uvádí suboptimální a poškozující péči.<sup>60,61</sup> Některá doporučení založená na mylně hodnocených nebo žádných důkazech mohou dokonce způsobit smrt miliónům lidí.<sup>62</sup> Sackett uvádí

---

<sup>54</sup> Srov. DE MAESENEER, JAN, DERESE, ANSELM. Editorial: European general practice guidelines: a step too far? *European Journal of General Practice*. 1999, roč. 5, s. 86–87.

<sup>55</sup> Srov. CARTHEY, J., WALKER, S. aj. Breaking the rules: understanding non-compliance with policies and guidelines. *BMJ*. 2011, roč. 343, s. d5283.

<sup>56</sup> Srov. JACKSON, RODNEY, FEDER, GENE. Guidelines for clinical guidelines. *BMJ*. 1998, roč. 317, s. 427–428.

<sup>57</sup> MCMURDO, MARION ET al. Remedy for Guideline Fatigue Syndrome. *Br Med J*. 2010, roč. s.

<sup>58</sup> MEDICINE, U.S. NATIONAL LIBRARY OF. *Fact Sheet MEDLINE®* [online]. <<http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>>.

<sup>59</sup> Srov. MOHER, DAVID, SCHULZ, KENNETH F. aj. Guidance for Developers of Health Research Reporting Guidelines. *PLoS Med*. 2010, roč. 7, s. e1000217.

<sup>60</sup> Srov. SHEKELLE, P. G., KRAVITZ, R. L. aj. Are nonspecific practice guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. *Health Serv Res*. 2000, roč. 34, s. 1429–1448.

<sup>61</sup> Srov. PHILIP, T., FERVERS, B. aj. European cooperation for clinical practice guidelines in cancer. *Br J Cancer*. 2003, roč. 89 Suppl 1, s. S1-3.

<sup>62</sup> Srov. s. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. 17–18.

příklad zvyšování rizika kardiovaskulárních onemocnění užíváním hormonální substituční léčby u zdravých postmenopauzálních žen. Tato poškozující praxe byla doporučována i přes jasné a dostupné důkazy o jejich nežádoucích účincích.<sup>63</sup> Stále jsou tvořeny KDP, jejichž doporučení si navzájem odporují. Podle Oxmana a spolupracovníků může být důvod validní (např. subjektivní prvek při tvorbě doporučení, riziko bias ve výzkumu) nebo nevalidní (např. konflikt zájmů, neznalost nebo ignorování důkazů).<sup>64</sup> Nízká kvalita KDP se přenáší i na regionální a lokální úroveň. Přejímání různých diagnosticko-terapeutických postupů na této úrovni na základě nekvalitního KDP nebo pouze názoru místního specialisty bez jejich kritického hodnocení ohrožuje kvalitu a přiměřenost péče.<sup>65</sup>

U skotského anesteziologa Hutchinsona došlo nedávno k akutní exacerbaci jeho chronického guidelinového syndromu, když ve své poštovní schránce objevil další nálož KDP. Po otevření balíčku a kritickém hodnocení obsahu se jeho symptomatologie zřejmě prudce zhoršila. Většina doporučení byla totiž založena na důkazech nejnižší kvality. Hutchinson uzavírá, že KDP by stejně jako každá jiná intervence ve zdravotnictví měly podléhat hodnocení rizik a přínosů. Mělo by být hodnoceno také riziko šíření a aplikace KDP nízké kvality.<sup>66</sup> Nízká kvalita důkazů, na nichž jsou KDP založeny může vést doslova až k nenávisti. Geriatricka Dr Aylett říká, že „geriatrii obecně doporučené postupy nenávidí.“ Jejich pacienti jsou totiž příliš komplexní a heterogenní skupinou a málokdy jsou zahrnuti do klinických studií. Uzavírá proto, že geriatrii mohou ignorovat velkou většinu KDP, protože nikdy nebyly vytvořeny pro jejich pacienty. Pohybují se totiž v jakési „bez důkazní zóně.“<sup>67</sup> Boydová zkoumala použitelnost KDP při péči o seniory s mnoha komorbiditami. Zjistila, že aplikace hodnocených KDP může mít výrazné nežádoucí účinky a pacienty poškodit.<sup>68</sup> Nízká kvalita přispívá k nedůvěře vůči KDP. Pokud podle Grola nedojde ke zlepšení všech procesů souvisejících s tvorbou KDP, budou stále častěji viděny jako „drahá,

---

<sup>63</sup> Srov. SACKETT, D. L. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002, roč. 167, s. 363–364.

<sup>64</sup> Srov. OXMAN, A. D., GLASZIOU, P. aj. What should clinicians do when faced with conflicting recommendations? *BMJ*. 2008, roč. 337, s. a2530.

<sup>65</sup> VLAYEN, JOAN, AERTGEERTS, BERT aj. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005, roč. 17, s. 235–242.

<sup>66</sup> Srov. HUTCHISON, G. Guidelines can harm patients too. *BMJ*. 2012, roč. 344, s. e2685.

<sup>67</sup> AYLETT, V. Do geriatricians need guidelines? *BMJ*. 2010, roč. 341, s. c5340.

<sup>68</sup> Srov. BOYD, C. M., DARER, J. aj. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005, roč. 294, s. 716–724.

neefektivní a neúčinná hračka pro pár vyvolených šťastlivců.“<sup>69</sup> Proces, kterým byly KDP vytvořeny je klíčový pro míru jejich důvěryhodnosti.<sup>70</sup>

Zvýšená poptávka po opravdu kvalitních KDP vyústila jednak v tvorbu metod pro hodnocení jejich kvality a také k řadě studií a přehledů, které se jí zabývají (viz 3). Dnes existují i standardy kvality pro proces tvorby, implementace a evaluace KDP (viz 2.4). Propracované implementační strategie jsou důležité pro přijetí kvalitních KDP zdravotnickými pracovníky a pacienty. Kvalita KDP je ovšem základní podmínkou úspěšné implementace.<sup>71,72,73</sup> KDP by také měly být integrální součástí komplexního systému zlepšování kvality zdravotní péče. KDP by měly být základem pro tvorbu kritérií a ukazatelů zdravotní péče. Ideálně by měla tvorba ukazatelů a KDP probíhat společně (viz Obrázek 3).<sup>74,75</sup> Společná tvorba KDP a ukazatelů kvality v posledních letech již v některých institucích probíhá. Překvapivě to není jen britský NICE, ale i české NRC. V NRC probíhá společná tvorba podle Suchého metodiky.<sup>76</sup>

---

<sup>69</sup> GROL, R. Has guideline development gone astray? Yes. *BMJ*. 2010, roč. 340, s. c306.

<sup>70</sup> Srov. DARTNELL, J., HEMMING, M. aj. Putting evidence into context: some advice for guideline writers. *Evid Based Med*. 2007, roč. 12, s. 130–132.

<sup>71</sup> Srov. SHIFFMAN, RN, DIXON, J aj. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2005, roč. 5, s. 23.

<sup>72</sup> Srov. GAGLIARDI, A. R., BROUWERS, M. C. aj. An exploration of how guideline developer capacity and guideline implementability influence implementation and adoption: study protocol. *Implement Sci*. 2009, roč. 4, s. 36.

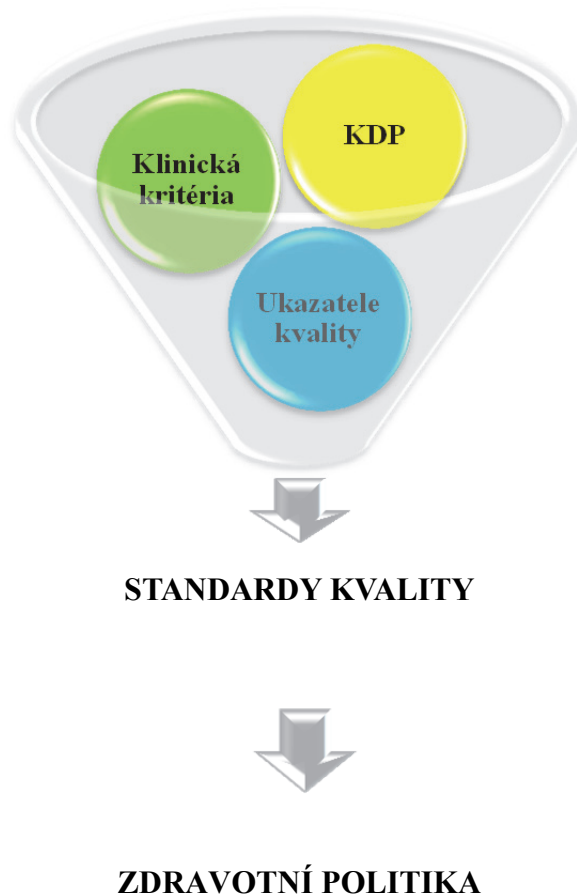
<sup>73</sup> Srov. HILL, K M, LALOR, E E. How useful is an online tool to facilitate guideline implementation? Feasibility study of using eGLIA by stroke clinicians in Australia. *Quality and Safety in Health Care*. 2009, roč. 18, s. 157–159.

<sup>74</sup> Srov. KOTTER, THOMAS, BLOZIK, EVA aj. Methods for the guideline-based development of quality indicators--a systematic review. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, s. 21.

<sup>75</sup> Srov. LIGHTER, DONALD E., FAIR, DOUGLAS C. s. 261–265.

<sup>76</sup> Srov. SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF aj. Vývoj Národní sady klinických standardů a ukazatelů zdravotní péče a první výsledky v oboru neurologie. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2010, roč. 73, s. 569–577.

**Obrázek 3 Tvorba zdravotní politiky podle Lightera<sup>77</sup>**



## **2.2 Kvalita klinických doporučených postupů**

### **2.2.1 Definice kvality klinických doporučených postupů**

AGREE Collaboration definovala kvalitu KDP jako: „míru jistoty, že možná zkrácení při tvorbě doporučeného postupu byla náležitě zohledněna, že doporučení jsou externě i interně validní a doporučený postup je použitelný v praxi.“<sup>78</sup> Definice AGREE je v podstatě jediná, která se dnes používá.

<sup>77</sup> LIGHTER, DONALD E., FAIR, DOUGLAS C. s. 262.

<sup>78</sup> THE AGREE RESEARCH TRUST. *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument* [online]. <<http://www.agreetrust.org/resource-centre/the-original-agree-instrument/>>.

## 2.2.2 Vlastnosti klinických doporučených postupů

Komise amerického Institute of Medicine (angl. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines) ve své závěrečné zprávě o metodologii KDP v roce 1990 uvedla osm základních vlastností KDP.<sup>79</sup> Tyto vlastnosti se vztahují k jejich obsahu a k procesu tvorby. Soubor těchto atributů odlišuje systematicky vytvářené KDP od jiných nesystematicky vytvářených doporučení například konsenzuálních stanovisek nebo doporučení publikovaných v učebnicích. V následující zprávě IOM o aktuálním stavu KDP v roce 1992 byla doplněna definice validity o tři nové prvky. Bylo doporučeno připojovat ke KDP explicitní popis síly důkazu a expertního rozhodovacího procesu, na kterém jsou doporučení založena.<sup>80</sup> Při hodnocení výstupů zdravotní péče by měly být zohledněny také pohledy pacientů a jejich preference. Koncept a definice vlastností převzala i poslední komise IOM (Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines) v roce 2011.<sup>81</sup> Dalšími podstatnými vlastnostmi KDP jsou ty, které se vztahují k následné péči o KDP po jejich vytvoření.

### I. Vlastnosti vztahující se k obsahu

1. Validita
2. Reliabilita a opakovatelnost
3. Použitelnost
4. Klinická flexibilita

### II. Vlastnosti vztahující se k procesu tvorby

5. Srozumitelnost
6. Multidisciplinární přístup
7. Pravidelná revize
8. Dokumentace

---

<sup>79</sup> Srov. FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj. s. 52–77.

<sup>80</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE (ed.). Guidelines for clinical practice: from development to use. s. xi, 426 p. s. 28–32.

<sup>81</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES. s. 17–19.

### III. Vlastnosti vztahující se k následné péči

9. Diseminace
10. Implementace
11. Evaluace

Všechny tyto vlastnosti mohou sloužit jako ukazatelé kvality KDP. Komise IOM v roce 1992 na jejich základě vytvořila nástroj pro hodnocení klinických doporučených postupů. Další hodnotící nástroje včetně AGREE také vycházely z těchto základních vlastností KDP (viz 3).<sup>82</sup>

Následné definice vlastností KDP jsou převzaty z druhé zprávy IOM.<sup>83</sup>

#### 1. Validita (angl. validity)

„Doporučené postupy jsou validní v případě, že pokud se podle nich postupuje, je dosaženo předpokládaných zdravotních a nákladových výsledků. Prospektivní hodnocení validity posoudí obsah a kvalitu použitých důkazů, prostředky použité k jejich evaluaci a vztah mezi důkazy a doporučeními.“

- **síla důkazu**

„Doporučené postupy by měly obsahovat popis síly důkazů a expertního rozhodovacího procesu, na kterém je hodnocení založeno.“

- **předpokládané výsledky**

„Doporučené postupy by měly obsahovat odhad zdravotních a nákladových výsledků, které jsou očekávány od doporučované intervence. Ta by měla být srovnána s alternativním postupem.“

#### 2. Reliabilita a opakovatelnost (angl. reliability, reproducibility)

„Doporučené postupy jsou reliabilní a opakovatelné, pokud:

1. za použití stejných metod tvorby a stejných důkazů jiná skupina odborníků vytvoří v zásadě stejná doporučení;

---

<sup>82</sup> Srov. Tamtéž. s. 361–410.

<sup>83</sup> INSTITUTE OF MEDICINE, ed. s. 30.

2. jsou lékaři (a jinými kompetentními osobami) za stejných klinických okolností doporučené postupy interpretovány a aplikovány konzistentně.“

### **3. Použitelnost (angl. clinical applicability)**

„Nedílnou součástí doporučených postupů by mělo být co nejpřesnější vymezení populace pacientů tak, jak to umožňují důkazy a názory odborníků. Doporučené postupy by měly explicitně popisovat populaci, pro kterou jsou doporučení určena.“

### **4. Klinická flexibilita (angl. clinical flexibility)**

„Doporučené postupy by měly identifikovat konkrétní známé nebo obecně očekávatelné výjimky z doporučení a diskutovat možnosti, jak budou zjišťovány a brány v potaz preference pacientů. V doporučených postupech musí být používáno jednoznačných výrazů a pojmy musí být přesně definovány. Způsob prezentace musí být logický a jednoduchý.“

### **5. Srozumitelnost (angl. )**

„V doporučených postupech se musí používat jednoznačný jazyk, přesně definované pojmy a logický a jednoduchý způsob prezentace.“

### **6. Multidisciplinární přístup (angl. multidisciplinary process)**

„Doporučené postupy by měly být vytvářeny za účasti představitelů všech zainteresovaných skupin. Účast může zahrnovat přímé členství ve skupině, která tvoří doporučené postupy, zpracovává vědecké důkazy a stanoviska či posuzuje pracovní verze.“

### **7. Pravidelná revize (angl. scheduled review)**

„Doporučené postupy by měly obsahovat informace o tom, kdy by měl být KDP přezkoumán a revidován, a kdy by mělo být rozhodnuto o potřebě aktualizace v případě, že se objeví nové vědecké důkazy nebo odborný konsenzus (či tyto naopak chybí).“



## 8. Dokumentace (angl. documentation)

„Všechny procesy během tvorby doporučených postupů, zapojení účastníci, přijaté předpoklady a podněty a použité důkazy a analytické metody musí být velmi pečlivě dokumentovány a popsány.“

Eikermannová a spolupracovníci ve své práci zaměřené na vztah mezi metodologickou kvalitou a validitou doporučení rozlišují validitu interní a externí.

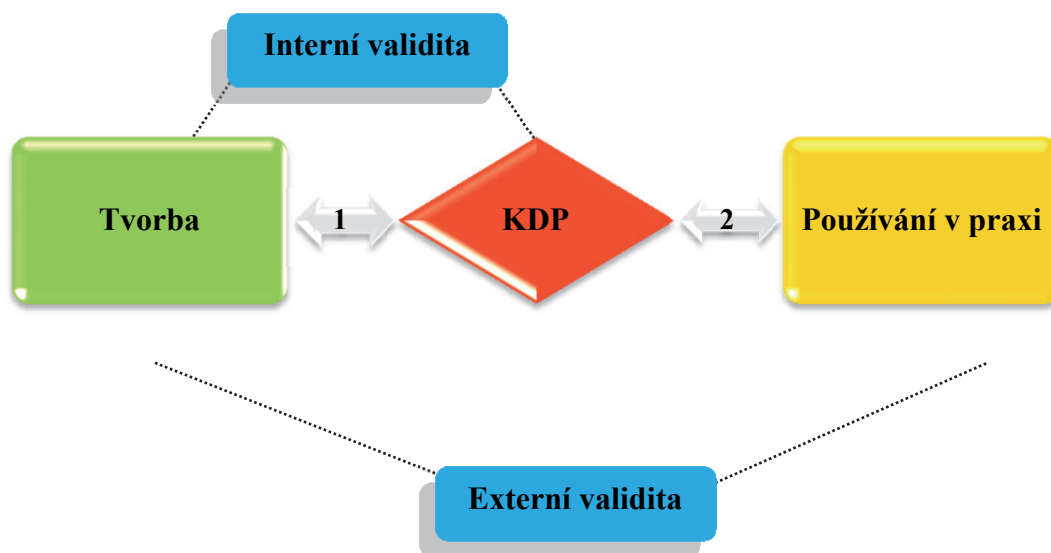
- **Interní validita**

„Míra, se kterou bylo v procesu tvorby doporučení minimalizováno riziko potenciální bias. Interní validita pak může být určena tím, jak kvalitně byly provedeny jednotlivé kroky při tvorbě KDP.“<sup>84</sup>

- **Externí validita**

„Míra aplikovatelnosti KDP na proces rutinní zdravotní péče. To zahrnuje jak klinickou praxi, tak celý systém zdravotní péče. Externí validita může být určena specifickými faktory, které se vztahují ke kontextu péče či k pacientovi“<sup>85</sup>

Obrázek 4 Interní a externí validita KDP podle Eikermannové<sup>86</sup>



<sup>84</sup> EIKERMANN, MICHAELA, HASENBEIN, UWE aj. Is there an international standard for appraisal of content quality of clinical practice guidelines? Guidelines International Network Conference. Lisbon. 1/11-4/11/2009.

<sup>85</sup> Tamtéž.

<sup>86</sup> Tamtéž.

**Prvky obsahové analýzy KDP podle Eikermannové (viz Obrázek 4):<sup>87</sup>**

### **Proces 1**

- » aktualizace KDP
- » hodnocení kvality
- » konzistence mezi doporučeními a důkazy v rámci daného KDP
- » konzistence mezi doporučeními a důkazy v různých KDP

### **Proces 2**

- » Implementace
- » Evaluace
- » Hodnocení adherence

### **Procesy 1 a 2**

- » Adaptace KDP
- » Konzistentnost mezi doporučeními v rámci jednoho KDP a v různých KDP
- » Srovnání obsahu KDP a jeho účinnost ve zdravotnické praxi

Z hlediska validity je také důležitý systém hodnocení kvality důkazu a síly na nich založených doporučení. Existuje mnoho různých systémů, které jsou používány. Mezinárodní generický systém GRADE byl přijat mnoha institucemi ve světě.<sup>88,89</sup>

## **2.2.3 Faktory snižující kvalitu klinických doporučených postupů**

Jedním z mála faktorů negativně ovlivňujících kvalitu KDP, které se podařilo ovlivnit, je existence standardů KDP. Podle zprávy IOM z roku 2011 je mnoho dalších příčin, které podkopávají důvěryhodnost KDP.<sup>90,91,92</sup>

---

<sup>87</sup> Tamtéž.

<sup>88</sup> Srov. ATKINS, D., ECCLES, M. aj. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Serv Res.* 2004, roč. 4, s. 38.

<sup>89</sup> Srov. ATKINS, D., BRISS, P. A. aj. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: pilot study of a new system. *BMC Health Serv Res.* 2005, roč. 5, s. 25.

### **2.2.3.1 Omezení vědeckými důkazy**

- Nedostatek důkazů, který vede k přílišné extrapolaci výsledků výzkumu na jinou populaci. Opomíjení některých specifických subpopulací pacientů, například s komorbiditami, seniorů, sociálních a etnických menšin, pacientů s nízkým příjmem, vzděláním nebo gramotností.
- Nízká kvalita výzkumu a systematických přehledů.

### **2.2.3.2 Předpojatost autorů KDP**

### **2.2.3.3 Dominance průmyslem financovaného výzkumu a tvorby KDP**

### **2.2.3.4 Nízká transparentnost při tvorbě doporučení**

- odvozování doporučení
- hodnocení doporučení
- nejednoznačnost doporučení

### **2.2.3.5 Odporující si KDP**

### **2.2.3.6 Konflikt zájmů**

### **2.2.3.7 Omezení financemi a jinými zdroji**

### **2.2.3.8 Různé názory na rámec a účel**

---

<sup>90</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES. s. 53–63.

<sup>91</sup> Srov. GROL, R. Improving the quality of medical care: Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2001, roč. 286, s. 2578–2585.

<sup>92</sup> Srov. GROL, R., CLUZEAU, F. A. aj. Clinical practice guidelines: towards better quality guidelines and increased international collaboration. *Br J Cancer*. 2003, roč. 89, s. S4–S8.

## 2.3 Hodnocení klinických doporučených postupů

### 2.3.1 Definice evaluace

Akademický slovník cizích slov uvádí, že evaluace je „určení hodnoty, ocenění, odhad.“<sup>93</sup> Slovník českých synonym přináší několik souznačných výrazů pro evaluaci: „1. ocenění, odhad, určení hodnoty, 2. vyhodnocení.“<sup>94</sup>

### 2.3.2 Cíle evaluace klinických doporučených postupů

Evaluace KDP by podle IOM mělo ideálně probíhat v rámci komplexního programu, který by měl být závislý na mnoha etických, politických, ekonomických a organizačních faktorech. Součástí programu hodnocení je jednak jeho organizace a také příslušný evaluační nástroj.<sup>95</sup> Hodnocení každé intervence v procesu péče o zdraví musí být komplexní a KDP nejsou žádnou výjimkou.<sup>96</sup> KDP nebudou mít pozitivní efekt na zdravotní péči, pokud nebudou dobře vytvořené, validní, efektivně implementovány a v praxi používány všemi zainteresovanými osobami.<sup>97</sup> Hodnocení může mít různé cíle a probíhat na několika úrovních. Jednak se může zaměřit na KDP jako takové a hodnotit jejich kvalitu nebo obsah. Druhým cílem evaluace je jejich účinek na zdravotní péče. Hodnotí se vliv KDP na vstupy, proces a výstupy péče.

Hodnocení KDP musí být komplexní. To, že je nově vytvořený KDP hodnocen jako vysoce metodologicky kvalitní neznámá, že jeho obsah je stejně kvalitní. A naopak. Pokud je vytvořen vysoce metodologicky i obsahově kvalitní KDP, který není přiměřeně implementován a není používán v praxi, jeho účinek na zdravotní péči je minimální. Evaluace, především kvality, by měla probíhat během celého procesu tvorby, adaptace, implementace, evaluace a při aplikaci různými uživateli.<sup>98, 99</sup>

<sup>93</sup> PETRÁČKOVÁ, VĚRA, KRAUS, JIŘÍ aj. Akademický slovník cizích slov. I. díl A–K. s. 209.

<sup>94</sup> PALA, KAREL, VŠIANSKÝ, JAN. Slovník českých synonym. s. 64.

<sup>95</sup> Srov. s. INSTITUTE OF MEDICINE, ed. 18–19.

<sup>96</sup> Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999, roč. 11, s. 21–28.

<sup>97</sup> Srov. GRAHAM, I. D., CALDER, L. A. aj. A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000, roč. 16, s. 1024–1038.

<sup>98</sup> Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj.

Z hlediska metod evaluace účinku na zdravotní péči by samozřejmě bylo ideální provádět randomizované kontrolované studie srovnávající výsledky. To je ovšem náročné na zdroje. Proto je většina studií nekontrolovaných, v lepším případě jsou to studie longitudinální prospektivní, srovnávající účinek před a po jeho zavedení.<sup>100,101</sup>

### **2.3.2.1 Evaluace kvality KDP**

Více informací o evaluaci kvality KDP viz výše a níže.

### **2.3.2.2 Evaluace obsahu KDP**

Hodnocení obsahu doporučení a důkazů, na kterých jsou založena, není součástí evaluace kvality KDP. Není proto součástí žádného z nástrojů pro hodnocení kvality. Podle Burgerse vůbec první studie, která hodnotila vztah mezi AGREE skóre kvality a obsahem KDP, byla studie Watineho publikovaná v roce 2006. Závěrem studie bylo, že mezi kvalitou a obsahem není žádný vztah.<sup>102,103</sup> To potvrdila například i studie Bennettova.<sup>104</sup> Analýza obsahu velmi často najde vzájemně si odporující doporučení. Ta mohou být jak v rámci jednoho KDP, tak mezi jednotlivými KDP.<sup>105, 106, 107</sup> Poměrně často se stává, že je KDP vytvořen na základě téměř nepoužitelných důkazů

---

<sup>99</sup> Srov. OXMAN, A. D., SCHUNEMANN, H. J. aj. Improving the use of research evidence in guideline development: 16. Evaluation. *Health Res Policy Syst.* 2006, roč. 4, s. 28.

<sup>100</sup> Srov. LUGTENBERG, M., BURGERS, J. S. aj. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2009, roč. 18, s. 385–392.

<sup>101</sup> Srov. BOSSON, J. L., LABARERE, J. Determining indications for care common to competing guidelines by using classification tree analysis: application to the prevention of venous thromboembolism in medical inpatients. *Med Decis Making.* 2006, roč. 26, s. 63–75.

<sup>102</sup> Srov. BURGERS, JAKO S. Guideline Quality and Guideline Content: Are They Related? *Clinical Chemistry.* 2006, roč. 52, s. 3–4.

<sup>103</sup> Srov. WATINE, JOSEPH, FRIEDBERG, BRUNO aj. Conflict between Guideline Methodologic Quality and Recommendation Validity: A Potential Problem for Practitioners. *Clinical Chemistry.* 2006, roč. 52, s. 65–72.

<sup>104</sup> Srov. BENNETT, W. L., ODELOLA, O. A. aj. Evaluation of guideline recommendations on oral medications for type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2012, roč. 156, s. 27–36.

<sup>105</sup> Srov. GIGNON, M., BRAILLON, A. aj. Le depistage du cancer de la prostate : heterogeneites des recommandations. Une exception francaise? *Can J Public Health.* 2007, roč. 98, s. 212–216.

<sup>106</sup> Srov. CUTCHIE, W. A., CHEUNG, N. W. aj. Comparison of international and New Zealand guidelines for the care of pregnant women with diabetes. *Diabet Med.* 2006, roč. 23, s. 460–468.

<sup>107</sup> Srov. RICHMOND, T. K., FREED, G. L. aj. Guidelines for adolescent well care: is there consensus? *Curr Opin Pediatr.* 2006, roč. 18, s. 365–370.

velmi nízké kvality.<sup>108</sup> KDP jako každé jiné dokumenty mohou být analyzovány kvantitativně nebo kvalitativně. Z kvalitativních metod se používá **obsahová analýza** spíše, než **analýza sémiotická**. Obsahová analýza zahrnuje „systematickou a objektivní identifikaci, spojování a kvantifikaci vymezených charakteristik.“<sup>109</sup> Může být použita jak na kvantitativní, tak kvalitativní data, deduktivní i induktivní cestou. Charakterizuje myšlenky v psané, mluvené a vizuální komunikaci.<sup>110</sup> Jsou tři druhy obsahové analýzy: konvenční, řízená a sumační. Vzájemně se liší ve způsobu kódování, původu kódů a různé míře spolehlivosti.<sup>111,112,113</sup>

### **2.3.2.3 Evaluace účinku KDP na strukturu, proces a výstupy zdravotní péče**

K hodnocení účinku KDP na zdravotní péči je možné využít donabedianovskou triádu, která dělí zdravotní péči na vstupy či strukturu, proces a výstupy zdravotní péče.<sup>114,115</sup> Donabedian definuje strukturu jako „podmínky, ve kterých probíhá zdravotní péče. Ty zahrnují materiální a lidské zdroje a organizační charakteristiky.“ Proces je „soubor činností, které tvoří zdravotní péči. Probíhají mezi zdravotnickými pracovníky, pacienty a jejich rodinami.“ Výstupy či výsledky jsou „změny pacientova současného a budoucího zdravotního stavu, které je možné přisuzovat poskytnuté zdravotní péči.“<sup>116</sup> Několik mezinárodních studií ukázalo signifikantní zlepšení v důsledku

---

<sup>108</sup> Srov. TRICOCI, P., ALLEN, J. M. aj. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA*. 2009, roč. 301, s. 831–841.

<sup>109</sup> BOWLING, ANN. Research methods in health : investigating health and health services. s. 454.

<sup>110</sup> Srov. ELO, S., KYNGAS, H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008, roč. 62, s. 107–115.

<sup>111</sup> Srov. HSIEH, HF, SHANNON, SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005, roč. 15, s. 1277–1288.

<sup>112</sup> Srov. GAGLIARDI, A. R., BROUWERS, M. C. Integrating guideline development and implementation: analysis of guideline development manual instructions for generating implementation advice. *Implement Sci*. 2012, roč. 7, s. 67.

<sup>113</sup> Srov. BOWLING, ANN. s. 453–456. s. 417–424.

<sup>114</sup> Srov. MAKOVER, HENRY B. The Quality of Medical Care: Methodology of Survey of the Medical Groups Associated with the Health Insurance Plan of New York\*. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 1951, roč. 41, s. 824–832.

<sup>115</sup> Srov. DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966, roč. 44, s. Suppl:166–206.

<sup>116</sup> DONABEDIAN, AVEDIS, BASHSHUR, RASHID. An introduction to quality assurance in health care. s. 46.

implementace KDP.<sup>117</sup> Mnohem méně studií se zabývalo sledováním účinku KDP na výsledky zdravotní péče. Závěry těchto studií nebyly jednoznačné.<sup>118</sup>

V roce 2009 publikoval Lugtenberg a kolegové systematický přehled studií hodnotících účinek nizozemských KDP založených na důkazech na strukturu, proces péče a výstupy péče. Do přehledu bylo zahrnuto 20 studií. 17 z 19 studií měřících účinek na strukturu nebo proces péče ukázalo jejich zlepšení. Šest z devíti studií měřících výsledky péče ukázalo signifikantní, ale malé zlepšení jako efekt implementace KDP.<sup>119</sup> Je otázkou, do jaké míry lze zevšeobecnovat závěry systematického přehledu studií provedených v Nizozemí, ale jiné podobné přehledy nejsou k dispozici. KDP mají vliv na zdravotní péči, ale to do jaké míry a proč, je nutné zjistit až z dobře postavených a vedených studií, jejich systematických přehledů a meta-analýz v budoucnu. Výsledky dosavadních studií nejsou zcela přesvědčivé a zůstává zde široké pole nejistoty.<sup>120</sup>

## 2.4 Standardy klinických doporučených postupů

Potřeba standardizace procesů souvisejících s KDP vyplývá z komplexnosti celé problematiky. Již dlouho je známo, že KDP vysoké kvality mohou zlepšit kvalitu zdravotní péče<sup>121</sup> a naopak nekvalitní ji snižují.<sup>122</sup> Zároveň se prokázalo, že kvalitní KDP jsou spíše tvořeny v rámci programů s přísnou metodologií tvorby,<sup>123,124</sup> než

---

<sup>117</sup> Srov. GRIMSHAW, J. M., RUSSELL, I. T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993, roč. 342, s. 1317–1322.

<sup>118</sup> Srov. WORRALL, G., CHAULK, P. aj. The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ*. 1997, roč. 156, s. 1705–1712.

<sup>119</sup> Srov. LUGTENBERG, M., BURGERS, J. S. aj. Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2011, roč. 12, s. 98.

<sup>120</sup> Srov. KUEHN, B. M. IOM sets out “gold standard” practices for creating guidelines, systematic reviews. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2011, roč. 305, s. 1846–1848.

<sup>121</sup> Srov. GRIMSHAW, J. M., THOMAS, R. E. aj. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004, roč. 8, s. iii-iv, 1–72.

<sup>122</sup> Srov. SHEKELLE, P. G., KRAVITZ, R. L. aj., "Are nonspecific practice guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making."

<sup>123</sup> Srov. BURGERS, J. S., CLUZEAU, F. A. aj., "Characteristics of high-quality guidelines: evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada."

<sup>124</sup> Srov. SCHUNEMANN, H. J., FRETHEIM, A. aj. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Res Policy Syst*. 2006, roč. 4, s. 13.

nestandardními ad hoc metodami.<sup>125</sup> Proto vznikla poptávka po standardech na různých úrovních, včetně mezinárodní.<sup>126,127,128,129,130</sup> Od 90. let vznikají v různých institucích metodologické příručky pro tvorbu a adaptaci KDP, které mohou být považovány za interní standard kvality celého procesu.<sup>131</sup> Existuje i mezinárodní nástroj pro adaptaci KDP ADAPTE (nyní dokonce i v české verzi).

#### 2.4.1 Standard Institute of Medicine

IOM a její komise zabývající se standardy KDP (angl. Committee on standards for developing trustworthy clinical practice guidelines) v roce 2011 publikoval závěrečnou zprávu své činnosti. Provedla řadu systematických literárních přehledů zaměřených na různé oblasti KDP. Vytvořena byla sada osmi standardů (viz

Obrázek 5).<sup>132</sup> Hlavním cílem standardů IOM bylo obnovit důvěru uživatelů v KDP. Dalším záměrem bylo přinést některé nové prvky v tvorbě KDP, například doporučení, jak zvládat konflikt zájmů nebo zapojit více pacienty a veřejnost. Komise také doporučila, aby US Department of Health and Human Services systematicky identifikoval kvalitní KDP. Tento systém hodnocení na centrální úrovni je vítán odbornou komunitou. Na druhé straně se objevily obavy, že dodržet tyto standardy bude velmi nákladné a náročné na zdroje.<sup>133,134</sup>

---

<sup>125</sup> Srov. BECK, C., CODY, M. aj. Dementia diagnostic guidelines: methodologies, results, and implementation costs. *J Am Geriatr Soc.* 2000, roč. 48, s. 1195–1203.

<sup>126</sup> Srov. EDDY, D. M. Practice policies — guidelines for methods. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 1990, roč. 263, s. 1839–1841.

<sup>127</sup> Srov. FEDER, G., ECCLES, M. aj. Clinical guidelines: using clinical guidelines. *BMJ.* 1999, roč. 318, s. 728–730.

<sup>128</sup> Srov. GRILLI, R. [Toward the efficacy of clinical appropriateness: national program for guidelines]. *Epidemiol Prev.* 2000, roč. 24, s. 54–56.

<sup>129</sup> Srov. GROU, R., CLUZEAU, F. A. aj., "Clinical practice guidelines: towards better quality guidelines and increased international collaboration."

<sup>130</sup> Srov. SHANEYFELT TM, CENTOR R. M. Reassessment of clinical practice guidelines: Go gently into that good night. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 2009, roč. 301, s. 868–869.

<sup>131</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace.* s. 56–58.

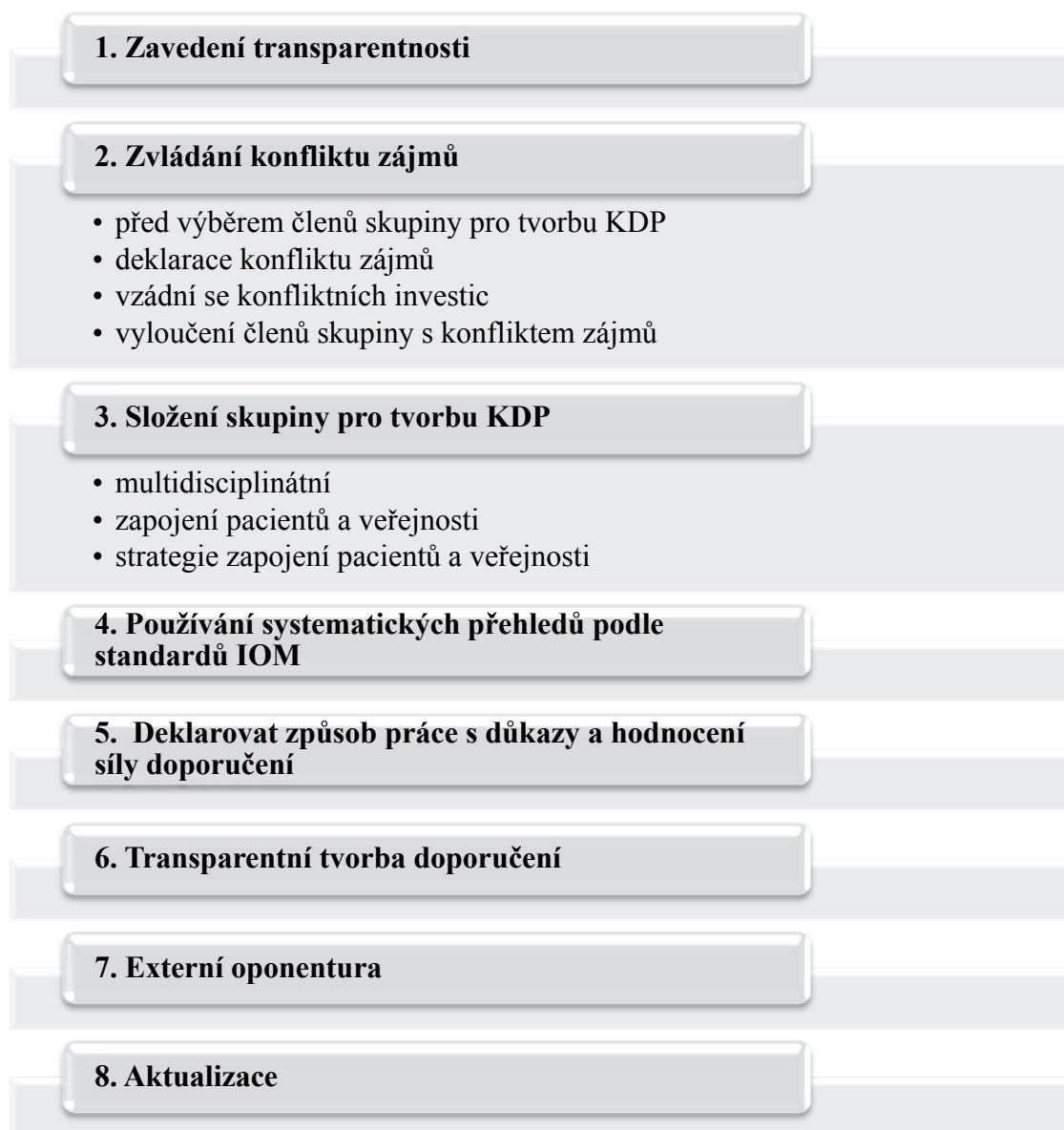
<sup>132</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES.

<sup>133</sup> Srov. EDDY, D. M.

<sup>134</sup> Srov. SHANEYFELT, T. In guidelines we cannot trust. *Arch Intern Med.* 2012, roč. 172, s. 1633–1634.



## Obrázek 5 Standard Institute of Medicine<sup>135</sup>



### 2.4.2 Standard Guidelines International Network

Guidelines International Network (GIN) je mezinárodní organizace sdružující instituce a jednotlivce, kteří se zabývají doporučenými postupy. V současnosti má 93

<sup>135</sup> INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES. s 5–9.

institucionálních a 120 individuálních členů ze 46 zemí.<sup>136, 137</sup> Protože členové a mezinárodní odborná komunita volali po standardech KDP, rozhodla se správní rada GIN vytvořit standardy pro tvorbu KDP. V roce 2011 provedli literární přehled a konsenzem byl vytvořen seznam hlavních součástí kvalitních a důvěryhodných doporučených postupů (viz Obrázek 6). GIN doporučuje, aby každá členská instituce specifikovala ve svých KDP nebo metodických materiálech, jakým způsobem naplňuje při tvorbě KDP tato kritéria.<sup>138</sup>

---

<sup>136</sup> Srov. QASEEM, AMIR, FORLAND, FRODE aj. Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med.* 2012, roč. 156, s. 525–531.

<sup>137</sup> GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK.

<sup>138</sup> Srov. QASEEM, AMIR, FORLAND, FRODE aj.

## Obrázek 6 Standard Guidelines International Network<sup>139</sup>

### Složení skupiny pro tvorbu KDP

- Skupina pro tvorbu KDP by měla zahrnovat různorodé a relevantní zainteresované osoby jako zdravotnické pracovníky, methodology, experty na dané téma a pacienty.

### Rozhodovací proces

- Proces, kterým bylo mezi členy panelu dosaženo konsenzu by měl být přesně v KDP popsán. Pokud je to nutné, tak schválení sponzorující organizací. Tento proces by měl být ustanoven před zhájením tvorby KDP.

### Konflikt zájmů

- KDP by měl obsahovat deklaraci finančních a nefinančních konfliktů zájmů členů skupiny pro tvorbu KDP. Mělo by být popsáno, jak byl každý z identifikovaných střetů zájmů zaznamenán a vyřešen.

### Rámec KDP

- KDP by měl vymezit své cíle a rámec.

### Metody

- KDP by měl jasně a podrobně popsat metody použité pro jeho tvorbu.

### Přehled důkazů

- K vyhledávání a hodnocení relevantních důkazů by měli autoři používat metod systematického přehledu důkazů.

### Doporučení

- Doporučení by měla být jasně uvedena a založena na vědeckých důkazech o benefitech, rizicích a, pokud je to možné, i nákladech.

### Hodnocení důkazů a doporučení

- K podání informací o kvalitě a reliabilitě důkazů a síle doporučení by měl KDP používat hodnotící systém.

### Oponentury a veřejné konzultace

- Před publikováním KDP by měla být provedena externí oponentura.

### Konec platnosti a aktualizace

- KDP by měl obsahovat dobu své platnosti a/nebo popsat proces, který použije skupina pro tvorbu KDP k aktualizaci doporučení.

### Finanční podpora a sponzoři

- Zdroj finanční podpory pro tvorbu přehledu důkazů a doporučení by měl být v KDP zveřejněn.

<sup>139</sup> Tamtéž.

### **3 NÁSTROJE PRO HODNOCENÍ KVALITY KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ**

Nástroje pro hodnocení kvality KDP začaly vznikat na počátku 90. let jako odpověď na stále narůstající počet nově tvořených KDP sporné metodologické kvality. Cluzeauová spatřovala příčiny variability jednak v nedostatku kvalitních výzkumných závěrů, rozdílnému pohledu na hodnotu předpokládaných výstupů zdravotní péče (např. klinické versus ekonomické výsledky), pochybný konsensus a bias díky konfliktu zájmů.<sup>140</sup> Konečný uživatel KDP chtěl udělat rozhodnutí, zda KDP použít či nikoliv, ale neměl potřebný validní nástroj. Stejně jako KDP, měly i tyto nástroje rozdílnou kvalitu.

Nástroje pro hodnocení kvality KDP mohou být použity:<sup>141</sup>

- ke kritickému hodnocení KDP a rozhodování, zda KDP použít či nikoliv
- k podpoře systematické tvorby KDP
- k hodnocení procesu tvorby KDP
- k hodnocení vlastní kvality KDP

Uživatelé KDP:<sup>142</sup>

- tvůrci KDP
- uživatelé KDP – lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci, pacienti
- pracovníci na různých úrovních řízení zdravotní péče

#### **3.1 Historie tvorby nástrojů pro hodnocení kvality doporučených postupů**

Klinické doporučené postupy provázejí v různých formách zdravotnictví od pradávna. V první polovině 20. století se především v důsledku snah o standardizaci zdravotní

---

<sup>140</sup> Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj.

<sup>141</sup> Srov. GRAHAM, I. D., CALDER, L. A. aj., "A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments."

<sup>142</sup> Srov. Tamtéž.

péče začaly vytvářet více systematické dokumenty. V roce 1931 byly ve Spojených státech vytvořeny American College of Surgeons první soubory doporučených postupů o organizaci onkologické péče a péči o pacienty se zlomeninami. American Academy of Pediatrics pak vytvořila svůj doporučený postup o vakcinaci dětí v roce 1938.<sup>143</sup> Po druhé světové válce pak s rozvojem technologií docházelo ve větší míře i k tvorbě doporučených postupů. Používalo se mnoho druhů intervencí k léčbě podobných nemocí. Doporučení o postupu bylo založeno téměř výhradně na rozhodnutí lékaře bez ohledu na výsledky vědeckého výzkumu. Odborné společnosti proto začaly s tvorbou konsenzuálních doporučení.<sup>144</sup> Například vůbec první KDP pro kardiopulmonální resuscitaci bylo publikováno v časopise JAMA v roce 1974.<sup>145, 146</sup> Během 70. let s dalším rozvojem vědeckého výzkumu došlo ke zrychlení celého vývoje. To vyústilo k obrovskému nárůstu nově tvořených KDP v 80. a 90. letech 20. století. Kvalita nově vytvořených KDP nebyla vůbec hodnocena. Až v roce 1989 vzniká založením AHCPR institucionální snaha o organizaci tvorby KDP na centrální úrovni a začíná se hovořit o kvalitě KDP a jejím měření.<sup>147, 148</sup> Z hlediska historického vývoje hodnocení kvality KDP lze hovořit o několika významných milnících. Prvním bylo ono vytvoření AHCPR a prvního nástroje pro hodnocení kvality KDP amerického Institute of Medicine v roce 1992.<sup>149</sup> Další snahy se pak přesunuly na evropský kontinent do Velké Británie, kde byl v roce 1999 skupinou pod vedením Françoise Cluzeau vytvořen první validní nástroj.<sup>150</sup> Tato pracovní skupina i nástroj pak byl základem evropské skupiny AGREE Collaboration. Ta vytvořila a v roce 2003 publikovala nástroj AGREE I.<sup>151</sup> AGREE Collaboration se poté rozšířila a nově vytvořené AGREE Next Steps Consortium přesunulo svůj hlavní stan zpět na americký kontinent na kanadskou McMaster University. Pod vedením Melissy Brouwersové byl vytvořen a v roce 2010

---

<sup>143</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. s. 52–53.

<sup>144</sup> Srov. POOLMAN, R. W., VERHEYEN, C. C. aj. From evidence to action: Understanding clinical practice guidelines. *Acta Orthop*. 2009, roč. 80, s. 113–118.

<sup>145</sup> Srov. DRÁBKOVÁ, JARMILA. Kardiopulmonální resuscitace z pohledu roku 2012. *Urgentní medicína*. 2012, roč. 15, s. 3–12.

<sup>146</sup> Srov. CARVETH, S. Standards for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *JAMA*. 1974, roč. 227, s. 796–797.

<sup>147</sup> Srov. WEISZ, GEORGE, CAMBROSIO, ALBERTO aj. The Emergence of Clinical Practice Guidelines. *The Milbank Quarterly*. 2007, roč. 85, s. 691–727.

<sup>148</sup> Srov. FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj.

<sup>149</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE, ed.

<sup>150</sup> Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj.

<sup>151</sup> Srov. 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.

publikován nástroj AGREE II.<sup>152</sup> V posledních několika letech probíhá další vývoj snahami, který se vyznačuje snahami o standardizaci kvality celého procesu tvorby, implementace a evaluace KDP. Nové standardy by měly pokrýt oblasti, kterými se nástroje pro hodnocení metodologické kvality KDP nezabývají a ani zabývat nemohou, například prospektivní evaluaci procesu tvorby, rolí úsudku a stanovování priorit při tvorbě doporučení, deklarací konfliktu zájmů, hodnocením obsahu a kvality důkazů.<sup>153</sup> Z hlediska historického vývoje lze tvorbu a zavádění nástroje pro hodnocení kvality KDP rozdělit na několik období (viz Obrázek 7).

**Obrázek 7 Historie, současnost a budoucnost hodnocení kvality klinických doporučených postupů**



<sup>152</sup> Srov. BROUWERS, M. C., KHO, M. E. aj. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010, roč. 182, s. E839–842.

<sup>153</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES. s. 2–13.

### 3.1.1 Období předcluzeauovské (1989–1999)

V listopadu 1989 byl Kongresem Spojených států amerických novelizován zákon Public Health Service Act, který byl legislativním podkladem vzniku Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Tato státní agentura měla velmi široké spektrum povinností. Hlavním úkolem bylo „zlepšit kvalitu, přiměřenost a efektivitu poskytování zdravotní péče.“<sup>154</sup> Velmi záhy AHCPR požádal Institute of Medicine (IOM) o pomoc při zajištění těchto nových úkolů prostřednictvím doporučených postupů. IOM ustanovilo speciální poradní komisi (Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines). Výstupem práce této komise byla v roce 1990 zpráva, která poprvé v historii předkládala ucelený pohled na problematiku tvorby, implementace a evaluace KDP. Byly vytvořeny základní definice, stanoveny vlastnosti a cíle a byly tak položeny základy moderního pojetí kvalitních KDP.<sup>155</sup> Komise IOM dále pokračovala v práci od června 1990 do září 1991 a výstupem byla rozsáhlejší a podrobnější zpráva publikovaná v roce 1992.<sup>156</sup> Součástí této zprávy byl i provizorní nástroj pro hodnocení kvality KDP. Nástroj byl explicitně označován jako prozatímní, protože bylo nutné jeho další testování v praxi. Cílem bylo operacionalizovat základní atributy KDP (validita, reliabilita, použitelnost, flexibilita, srozumitelnost, multidisciplinární přístup, aktualizace a dokumentace). Nástroj měl sloužit jako edukační materiál pro tvůrce KDP, vodítko pro tvůrce a nástroj pro externí hodnocení. Výstupem hodnocení mělo být doporučení, zda KDP doporučit či ne pro používání v praxi.<sup>157</sup> Nástroj měl 46 položek, neprošel testem validity a pomíjel problematiku implementace, diseminace a evaluace.<sup>158</sup> Nikdy nebyl ve větší míře používán.

---

<sup>154</sup> FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj. s. 1–2.

<sup>155</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>156</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE, ed. s. 1–2.

<sup>157</sup> Srov. Tamtéž. s. 205–215.

<sup>158</sup> Srov. Tamtéž. s. 346–410.

### 3.1.2 Období cluzeaouuské (1999–2003)

Práce na poli hodnocení kvality KDP začala Françoise Cluzeau na počátku 90. let hodnocením validity KDP. V pilotní studii využila modifikovanou verzi nástroje IOM. U mnoha hodnocených KDP vůbec neexistovala dokumentace k jejich tvorbě. Proto do budoucna doporučila spolu s KDP publikovat i postup a metody tvorby.<sup>159</sup> Pro publikaci KDP doporučovala formu strukturovaného abstraktu podle Haywarda.<sup>160</sup> Na počátku 90. let byly podle Cluzeauové ve Velké Británii skupinami expertů tvořeny KDP velmi chabé kvality neformálními ad hoc metodami. Tímto způsobem vytvořené KDP byly zatíženy bias a bylo větší riziko, že budou doporučovat neefektivní nebo i nebezpečné postupy. Bylo tedy nutné najít způsob, jak systematicky hodnotit kvalitu tvořených KDP. V červnu 1993 byl National Health Services Management Executive v Londýně uspořádán workshop na téma kritické hodnocení KDP. Byla ustanovena skupina výzkumníků z Health Care Evaluation Unit St. George's Medical School, Aberdeen University Health Research Unit a Royal College of Physicians s cílem vytvořit nástroj pro hodnocení kvality KDP. Byla vytvořena modifikovaná verze IOM nástroje a pilotně testována na vzorku britských KDP.<sup>161</sup> Na základě této první studie pracovní skupina vytvořila nástroj pro hodnocení KDP a provedla testování validity a reliability. Na tuto práci poté navázala nově vytvořená skupina AGREE Collaboration.<sup>162</sup>

#### Členové skupiny Françoise Cluzeau:

Françoise Cluzeau

Peter Littlejohns

Jeremy Grimshaw

Gene Feder

Sarah E. Morgan

---

<sup>159</sup> Srov. CLUZEAU, F., LITTLEJOHNS, P. aj. Appraising clinical guidelines: towards a "which" guide for purchasers. *Qual Health Care*. 1994, roč. 3, s. 121–122.

<sup>160</sup> Srov. HAYWARD, J. Purchasing clinically effective care. *BMJ*. 1994, roč. 309, s. 823–824.

<sup>161</sup> Srov. CLUZEAU, FRANÇOISE, LITTLEJOHNS, PETER aj. Appraising clinical guidelines and the development of criteria—a pilot study. *Journal of Interprofessional Care*. 1995, roč. 9, s. 227–235.

<sup>162</sup> Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj., "Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines."



### 3.1.3 Období AGREE (2003–dosud)

V roce 1998 byla ustavena mezinárodní skupina odborníků na klinické doporučené postupy **AGREE Collaboration**. AGREE je akronym z anglického Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation. Česká verze názvu je Hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci.<sup>163</sup> Hlavním cílem skupiny bylo vytvořit nástroj pro hodnocení kvality KDP.

#### Členové AGREE Collaboration:

José Asua	Ane Bataillard	Melissa Brouwers
George Browman	Pia Bruun Madsen	Jako Burgers
Bernard Burnand	Françoise Cluzeau	Isabelle Durand-Zaleski
Pierre Durieux	Cindy Farquhar	Gene Feder
Béatrie Fervers	Roberto Grilli	Jeremy Grimshaw
Richard Grol	Steven Hanna	Claire Hunt
Rod Jackson	Albert Jovell	

AGREE Collaboration definovala kvalitu KDP jako: „míru jistoty, že možná zkusení při tvorbě doporučeného postupu byla náležitě zohledněna, že doporučení jsou externě i interně validní a doporučený postup je použitelný v praxi.“<sup>164</sup>

Výstupem práce skupiny byl nástroj AGREE I, který se rychle stal uznávaným a široce používaným v mezinárodní komunitě (viz 4.2 Tvorba nástroje AGREE I). První verzi nástroje a design terénní studie udělali Françoise Cluzeau (St. George's Hospital, Londýn, Velká Británie), Jako Burgers (Univerzita Nijmegen, Nizozemí), Richard Grol (Univerzita Nijmegen, Univerzita Maastricht, Nizozemí), a Peter Littlejohns (NICE, Londýn, Velká Británie). K finální verzi nástroje pak ještě přispěli Melissa Brouwers (McMaster University, Cancer Care Ontario, Hamilton, Ontario, Kanada),

---

<sup>163</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM, KURFÜRST, PAVEL aj. AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci.

<sup>164</sup> THE AGREE RESEARCH TRUST.

Manukka Mäkelä (Finnish Office for Health Care Technology Assessment, Finsko) a Jeremy Grimshaw (Health Service Research Unit, University of Aberdeen, Velká Británie).<sup>165</sup>

V červenci 2004 byl založen AGREE Research Trust. Náplní činnosti trustu je „podporovat diseminaci, udržovat, vylepšovat AGREE nástroj a cestou vědeckých projektů podněcovat jeho další vývoj.“ Formálně spravuje záležitosti týkající se AGREE II nástroje, včetně vzdělávacího programu. AGREE Research Trust je charitativní organizace registrovaná ve Velké Británii.<sup>166</sup>

#### **Členové dozorčí rady AGREE Research Trust:**

Françoise Cluzeau	Velká Británie
Melissa Brouwers	Kanada
Jako Burgers	Nizozemí
Steve Pilling	Velká Británie
Vivienne Monk	Velká Británie

Protože bylo potřeba dále nástroj vylepšovat, část členů původní skupiny založila AGREE Next Steps Consortium. Hlavním cílem konsorcia byl další vývoj AGREE nástroje, zlepšování jeho měřících vlastností a tvorba podpůrných materiálů.<sup>167</sup>

#### **Členové AGREE Next Steps Consortium:**

Melissa Brouwers	Geoerge Browman	Jako Burgers
Françoise Cluzeau	Dave Davis	Gene Feder
Beatrice Fervers	Ian Graham	Jeremy Grimshaw
Steven Hanna	Michelle Kho	Peter Littlejohns
Julie Makarski	Louise Zitzelsberger	

---

<sup>165</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE Collaboration* [online].

<<http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-research-teams/agree-collaboration/>>.

<sup>166</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *The AGREE Research Trust* [online].

<<http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/about-the-agree-research-trust/>>.

<sup>167</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE Next Steps Consortium* [online].

<<http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-research-teams/agree-next-steps-consortium/>>.

S cílem účelné implementace AGREE II nástroje byla založena výzkumná skupina **AGREE A3 Team**.<sup>168</sup> Hlavním cílem práce této skupiny je tvorba vzdělávacího programu a online edukačních nástrojů. Tvorba programu zahrnuje také vzdělávací výzkumné projekty.<sup>169</sup>

#### **Členové AGREE A3 Research Team:**

Melissa Brouwers	George Browman	Jako Burgers
Françoise Cluzeau	Luisa Durocher	Beatrice Fervers
Anna R. Gagliardi	Jeremy Grimshaw	Steven Hanna
Anthony Levison	Julie Makarski	Holger Shünemann
Louise Zitzelsberger		

### **3.2 Citační analýza hlavních AGREE publikací**

#### **3.2.1 Cíl**

Cílem je podat citační analýzu základních publikací týkajících se AGREE nástroje.

#### **3.2.2 Úvod**

AGREE I a AGREE II nástroje byly po svém dokončení publikovány v odborném tisku. AGREE II nástroj byl publikován i s řadou doprovodných textů popisujících detailně nejen tvorbu, ale i implementaci. Citační analýza je jednou z metod, jak zkoumat úspěšnost implementace intervencí v praxi.<sup>170</sup>

---

<sup>168</sup> A3 v názvu skupiny znamená Application, Appropriateness, Action

<sup>169</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *The AGREE A3 research team* [online]. <<http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-research-teams/the-agree-a3-research-team/>>.

<sup>170</sup> Srov. ŠVEJDA, JAN. *Citační analýza* [online].

<[http://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc\\_number=000000347&local\\_base=KTD](http://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc_number=000000347&local_base=KTD)>.

### **3.2.3 Metody**

#### **3.2.3.1 Zdroje dat**

Jako zdroje dat pro citační analýzu byly použity údaje z databází Web of Knowledge (WOK) a PubMed. Další údaje byly získány cíleným vyhledáváním v Google Scholar a online verzi článků v příslušných časopisech. Analýza proběhla dvakrát. První vyhledávání bylo provedeno ve Web of Knowledge, PubMed a originálních člancích 30/10/2010 a druhé pak 02/09/2013. Data z obou souborů lze srovnat. Z Web of Knowledge byla získána data o citování publikací, zpráva z citační analýzy (Citation report) a citační mapy. Dále byl zjištěn pětiletý impact factor všech příslušných časopisů.

#### **3.2.3.2 Analýza dat**

Analýza se zaměřila na četnosti citací jednotlivých publikací. Sledován byl počet citací každý rok od vydání až do roku 2013. Data získaná z Web of Knowledge ukázala spektrum zemí podle citací, typ a jazyk publikace, název periodika a klinické kategorie. Zpráva z citační analýzy Web of Science uvádí souhrn citovanosti s autocitacemi i bez autocitací, průměrný počet citací na položku a h-index. Hirschův index je zde použit jako charakteristika publikace jako celku.<sup>171</sup>

---

<sup>171</sup> Srov. HIRSCH, J. E. An index to quantify an individual's scientific research output. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2005, roč. 102, s. 16569–16572.

### 3.2.4 Výsledky

Článek o nástroji AGREE I publikovaný v roce 2003 v časopise *Quality and Safety in Health Care*<sup>172</sup> je vysoce citovaný s celkem 421 citacemi v roce 2013 ve *Web of Knowledge*. Při stejné analýze v roce 2010 to bylo pouze 240 citací. U původního článku AGREE I se objevilo 78 citací v roce 2013, 65 citací v roce 2010. Nejčastěji byl publikován v *Implementation Science* (14krát) a v *Canadian Medical Journal* (destekrát). Nejčastější počet citací podle oborů byl u vnitřního lékařství a výzkumu zdravotních služeb. Pětiletý impakt faktor časopisu *Quality and Safety in Health Care* je 3,139 se stabilním trendem (viz Graf 10).

AGREE II byl publikován týmem Melissy Brouwersové celkem ve třech odborných časopisech, *Canadian Medical Association Journal* (AGREE II CMAJ),<sup>173</sup> *Journal of Clinical Epidemiology* (AGREE II JCE)<sup>174</sup> a *Preventive Medicine* (AGREE II PM).<sup>175</sup> Jeho citace se zatím nedají co do počtu srovnávat s AGREE I. Ve *Web of Knowledge* má nyní 80 citací. Technické metodologické doprovodné texty k tvorbě AGREE II nástroje byly publikovány ve dvou částech v *Canadian Medical Association Journal* (AGREE II P 1<sup>176</sup> a AGREE II P 2<sup>177</sup>). Nyní mají oba články ve *Web of Knowledge* 42, resp. 39 citací. V roce 2010, několik měsíců po publikování, to byl u AGREE II P 1 2 citace v dopisech redakci. AGREE II Part 2 byl tehdy citován třikrát. Další výsledky viz

Tabulka 1,

---

<sup>172</sup> Srov. THE AGREE COLLABORATION.

<sup>173</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2010, roč. 182, s. E839–E842.

<sup>174</sup> Srov. BROUWERS, M. C., KHO, M. E. aj. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol*. 2010, roč. 63, s. 1308–1311.

<sup>175</sup> Srov. BROUWERS, M. C., KHO, M. E. aj. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med*. 2010, roč. 51, s. 421–424.

<sup>176</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Canadian Medical Association Journal*. 2010, roč. 182, s. 1045–1052.

<sup>177</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Canadian Medical Association Journal*. 2010, roč. 182, s. E472–E478.

Tabulka 2 a . Pětileté impakt faktory jednotlivých časopisů jsou 7,530 CMAJ, 5,120 JCE a 4,257 PE se vzrůstající tendencí u JCE. Ostatní časopisy mají impakt faktor relativně stabilní (viz Graf 10).

**Tabulka 1 Celkový počet citací AGREE článků od publikace do roku 2013**

Publikace	WoK	PubMed	Google Scholar	Původní článek
AGREE I	418	117	735	78
AGREE II CMAJ	80	39	217	17
AGREE II JCE	22	5	nenalezeno	
AGREE II PM	15	8	nenalezeno	
AGREE II P 1	41	16	71	9
AGREE II P 2	38	15	61	8

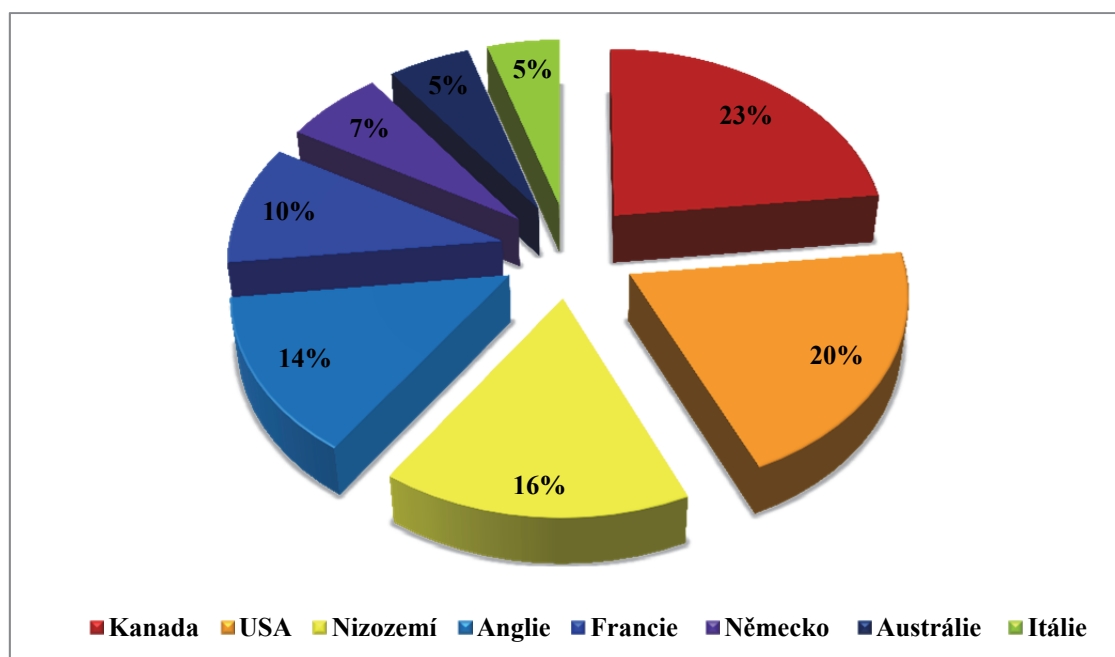
**Tabulka 2 Počet citací AGREE článků podle roku publikace**

Rok publikace	Databáze	AGREE I	AGREE II CMAJ	AGREE II JCE	AGREE II PM	AGREE II P 1	AGREE II P 2
2003	WoK	5					
	Google	10					
2004	WoK	14					
	Google	27					
2005	WoK	19					
	Google	34					
2006	WoK	23					
	Google	57					
2007	WoK	35					
	Google	64					
2008	WoK	68					
	Google	94					
2009	WoK	43					
	Google	74					
2010	WoK	61	0	0	0	3	4
	Google	87	9	nenalezeno	nenalezeno	6	5
2011	WoK	65	14	4	5	15	13
	Google	104	36	nenalezeno	nenalezeno	21	17
2012	WoK	59	36	12	5	19	20
	Google	114	81	nenalezeno	nenalezeno	31	28
2013	WoK	26	30	6	4	4	
	Google	48	87			13	11

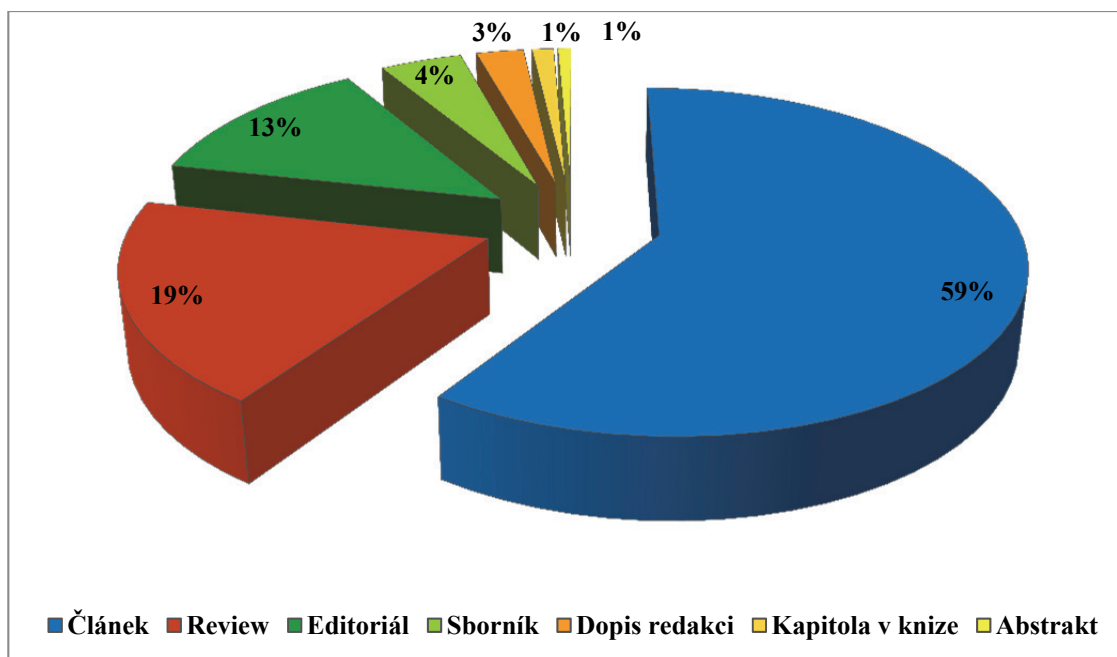
**Tabulka 3 Četnosti citací AGREE článků ve Web of Knowledge podle různých kritérií**

	AGREE I	AGREE II CMAJ	AGREE II JCE	AGREE II PM	AGREE II P 1	AGREE II P 2
Citace celkem	421	80	24	16	42	39
Citace ve WoK	418	80	22	15	41	38
Země publikace	39	13	7	5	10	14
Jazyk publikace	4	4	1	1	2	2
Zdroje publikace	72	15	2	3	6	4
WoS kategorie	56	22	6	7	13	8

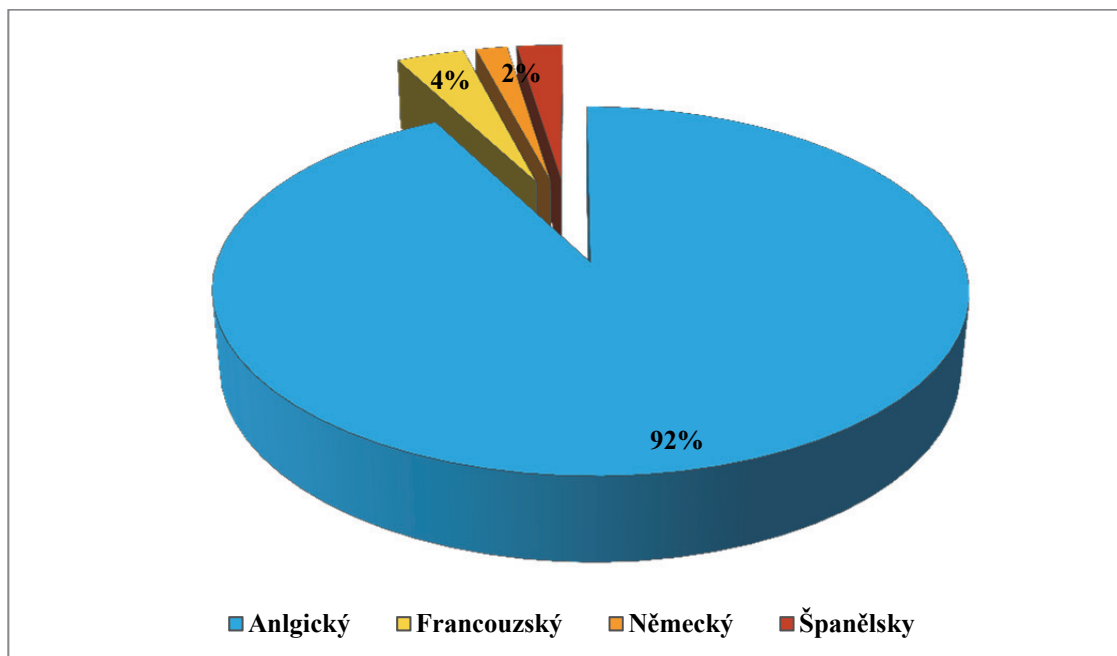
**Graf 2 Citace AGREE I podle země publikace (zahrnuty pouze země s > 20 citacemi)**



**Graf 3 Citace AGREE I podle typu publikace**

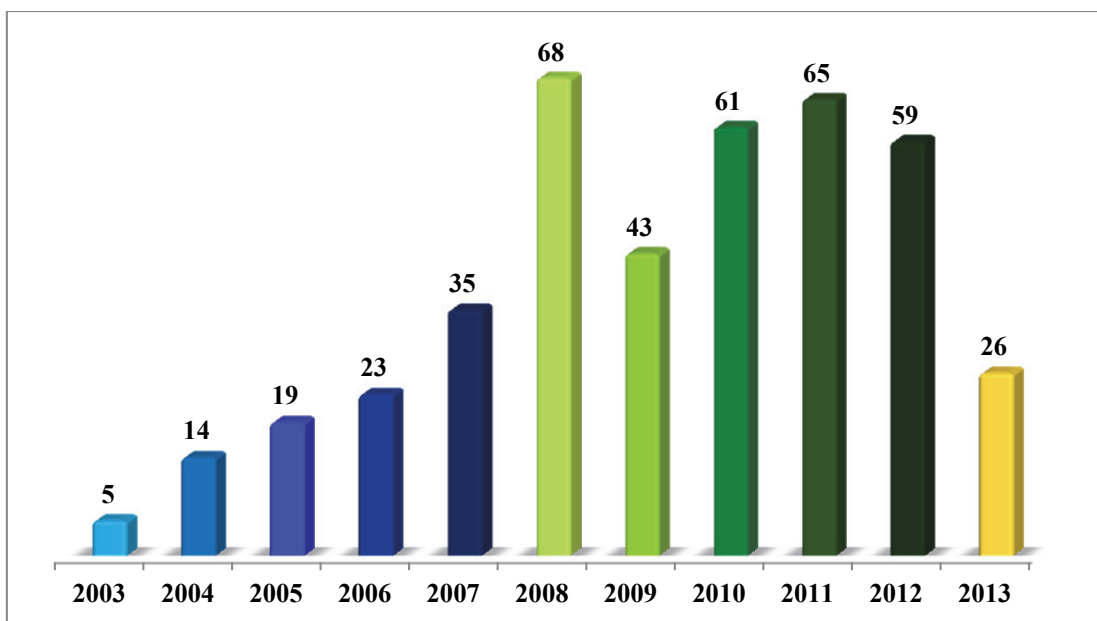


**Graf 4 Citace AGREE I podle jazyka**

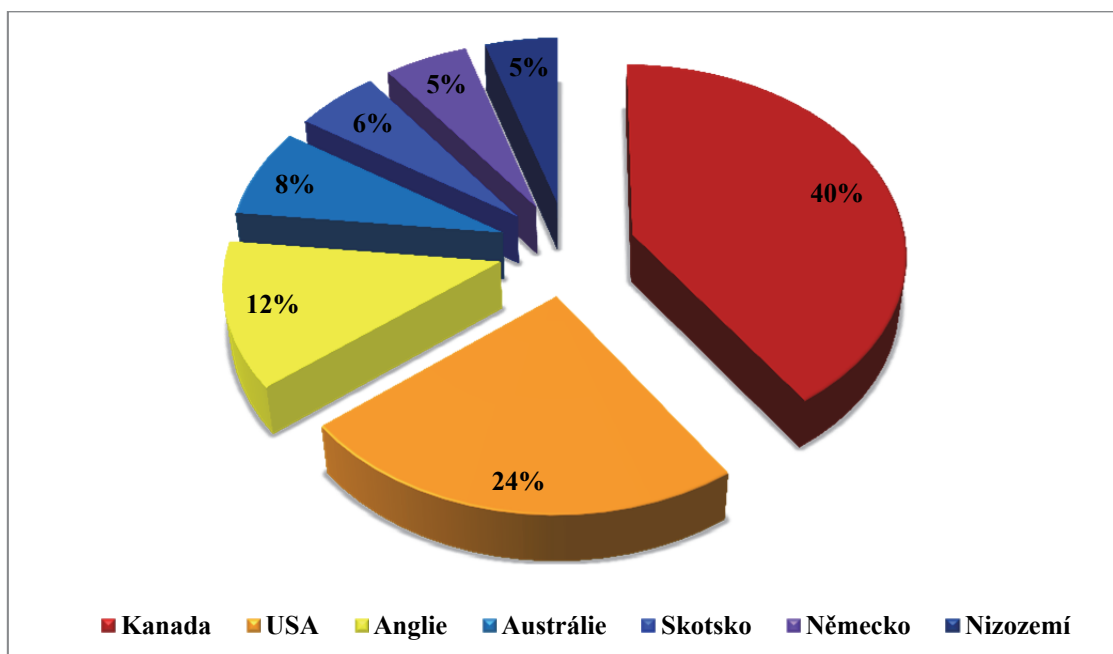




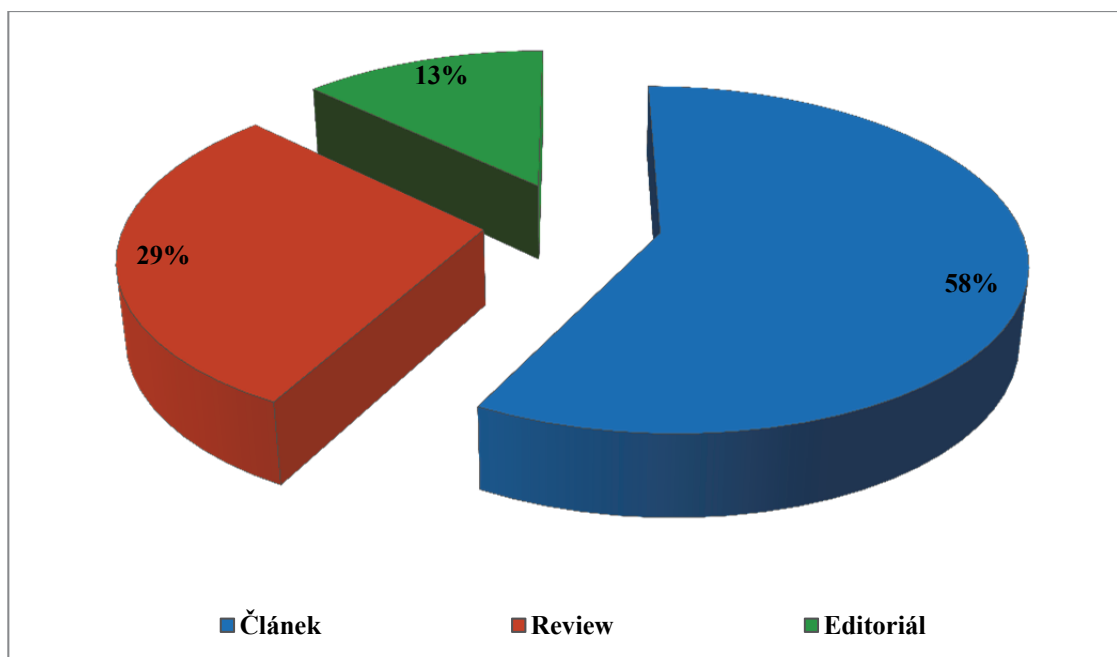
**Graf 5 Citace AGREE I v jednotlivých letech po publikaci**



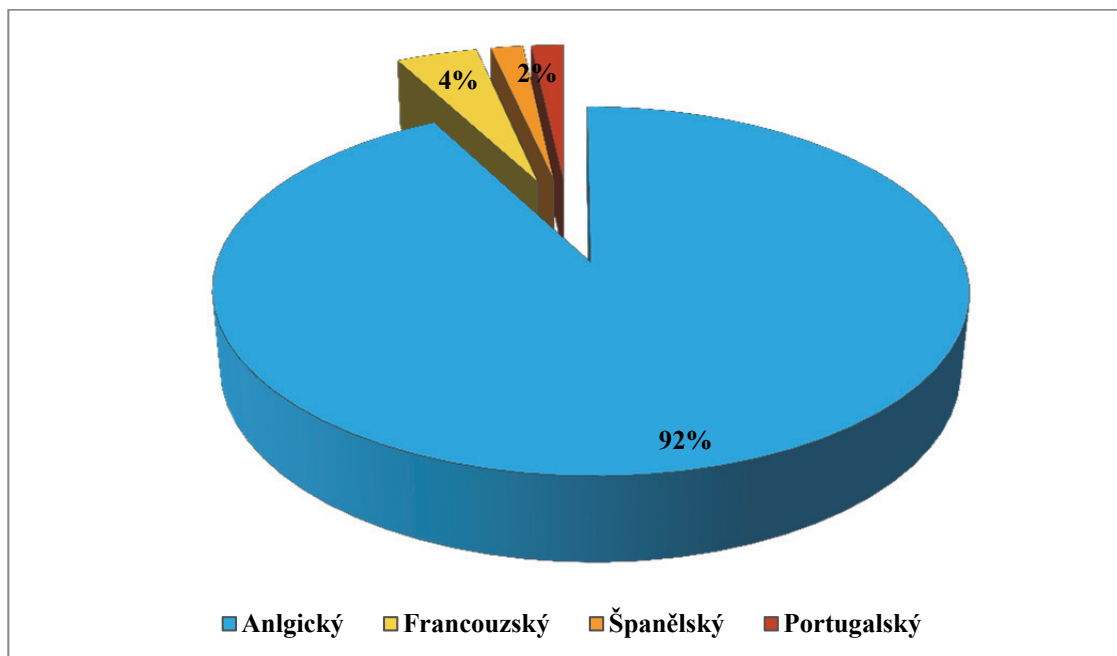
**Graf 6 Citace všech tří AGREE II článků podle země publikace (zahrnuty pouze země s > 5 citacemi)**



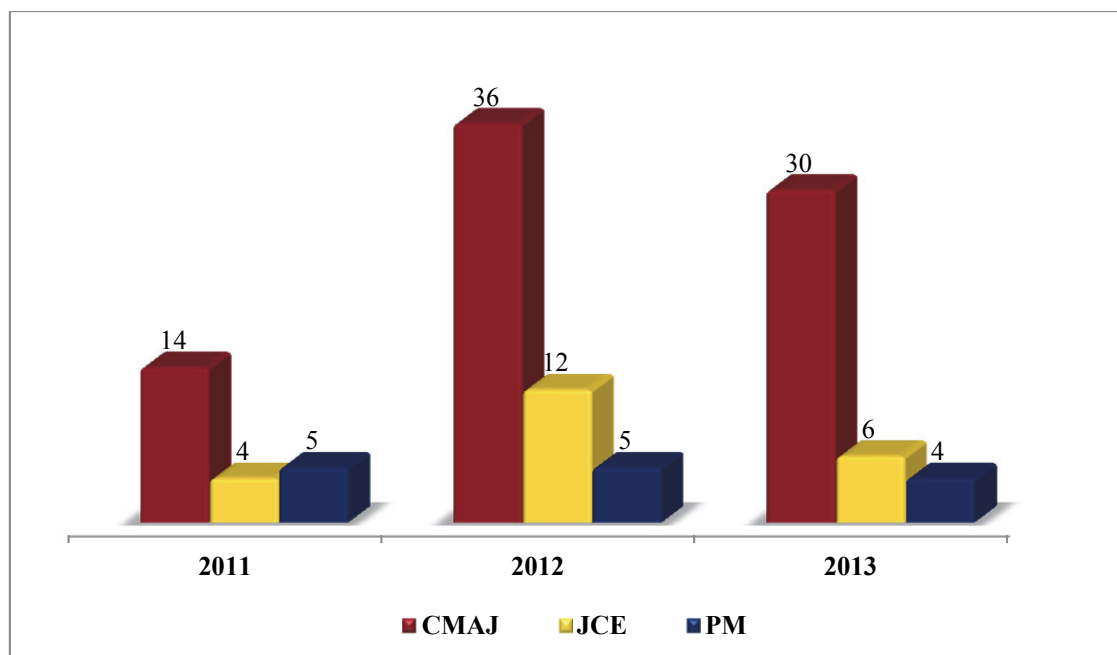
**Graf 7 Citace všech tří AGREE II článků podle typu publikace**



**Graf 8 Citace všech tří AGREE II článků podle jazyka**



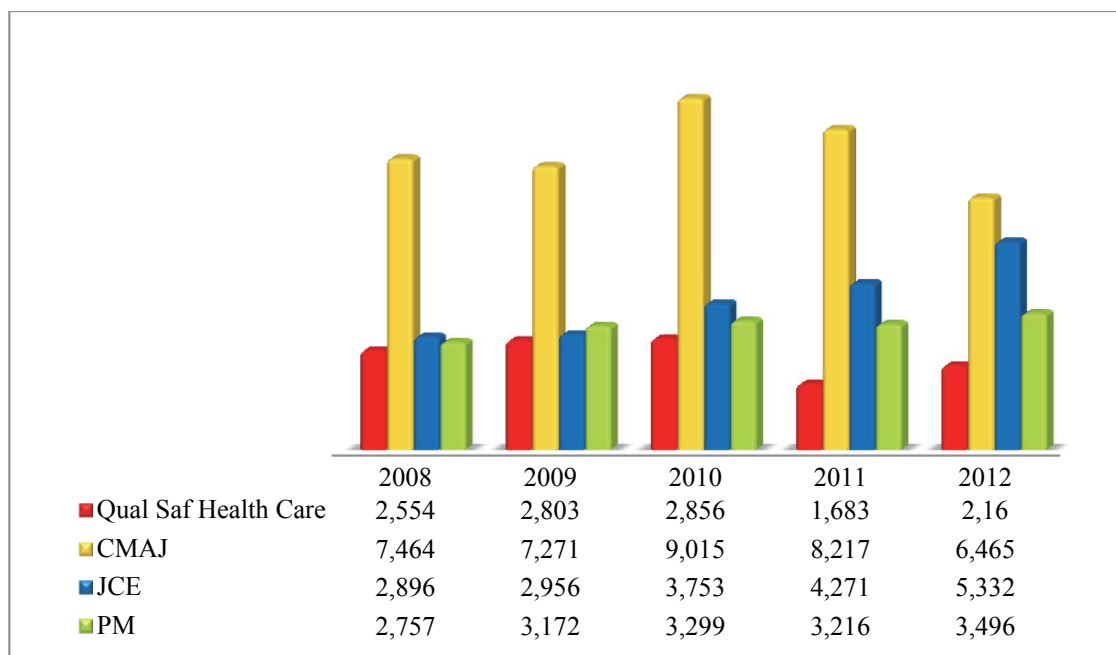
**Graf 9 Citace všech tří AGREE II článků v jednotlivých letech po publikaci**



**Tabulka 4 Výsledky citační analýzy AGREE článků ve Web of Knowledge**

	AGREE I	AGREE II CMAJ	AGREE II JCE	AGREE II PM	AGREE II P 1	AGREE II P 2
Počet citací	418	80	22	15	41	39
Celkový počet citovaných referencí	5989	247	59	82	218	255
bez autocitace	5408	218	57	80	193	199
Průměrný počet citujících článků	14,33	3,09	2,68	5,47	5,32	6,54
h-index	36	7	4	5	7	7

**Graf 10 Trend vývoje impakt faktoru časopisů s AGREE publikacemi**



### 3.2.5 Diskuze a závěr

Všechny základní publikace o tvorbě a implementaci AGREE nástrojů jsou vysoce citovány v širokém mezinárodním kontextu. Vysoká citovanost jde napříč klinickými a paraklinickými obory, ale také dalšími oblastmi zdravotní a sociální péče jako je veřejné zdravotnictví a sociální služby. Původní AGREE I článek byl, co se citovanosti týká, velmi úspěšný s h-indexem 36. AGREE II CMAJ má zatím 7, ale v průběhu let lze očekávat výrazné navýšení. AGREE Next Steps Consortium zvolilo vhodnou strategii publikace, když úvodní článek publikovalo zároveň ve třech relativně významných odborných časopisech jakými jsou CMAJ, Journal of Clinical Epidemiology a Preventive Medicine. Citovanost AGREE II článků má vzrůstající tendenci a v roce 2013 lze očekávat výrazný nárůst. Jednak je to již dostatečná doba pro implementaci od publikace nástroje a jeho používání je podporováno řadou edukačních a informačně technologických strategií. Podle příspěvků přihlášených na

letošní konferenci Guidelines International Network je možné očekávat minimálně 50 až 80 studií hodnotících KDP.<sup>178</sup>

Z hlediska bibliometrie bylo podstatné, aby tato citační analýza zahrnovala nejen nejdůležitější databázi Web of Knowledge a Medline, ale také zdroj „neimpaktovaných“ informací jakým je Google scholar. V tomto zdroji bylo vyhledáno zhruba dvakrát více odkazů. Kvalita informací ovšem hodnocena nebyla. Do budoucna bude zajímavé sledovat dynamiku citovanosti těchto a případně dalších publikací.

### **3.3 Systematické přehledy nástrojů pro hodnocení kvality klinických doporučených postupů**

Od roku 2000 byly provedeny celkem dva systematické přehledy nástrojů pro hodnocení kvality KDP (viz Tabulka 5). První z nich, publikovaný Grahamem a spolupracovníky v roce 2000, identifikoval 13 nástrojů. To bylo ještě před érou AGREE nástroje. Graham uzavírá, že v důsledku sporné kvality zatím ani jeden z nástrojů nelze doporučit k obecnému použití. Nástroj Cluzeauové obdržel nejlepší hodnocení.<sup>179</sup>

V roce 2005 byla Vlayenem a spolupracovníky provedena aktualizace Grahamova přehledu.<sup>180</sup> Nalezeno bylo 24 nástrojů (viz Tabulka 5). Byly vytvořeny institucemi v 8 zemích (6 v USA, 5 v Kanadě, 4 ve Velké Británii, 2 v Austrálii, 2 v Itálii a po 1 v Německu, Francii a Španělsku). Většina z nich vychází z nástroje IOM, další pak z nástrojů Haywarda<sup>181</sup> a Cluzeauové.<sup>182</sup> Rozdíly jsou v počtu vlastností, které jednotlivé nástroje pokrývají (viz Tabulka 6), počtu položek (3–52), skórovacím systému nebo v procesu validace. Čtyři nástroje hodnotily všechny sledované dimenze

---

<sup>178</sup> Srov. BMJ PUBLISHING GROUP. *G-I-N Conference San Francisco 2013; BMJ Quality and safety - book of abstracts* [online]. <[http://qualitysafety.bmj.com/content/22/Suppl\\_1.toc](http://qualitysafety.bmj.com/content/22/Suppl_1.toc)>.

<sup>179</sup> Srov. GRAHAM, I. D., CALDER, L. A. aj., "A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments."

<sup>180</sup> Srov. VLAYEN, JOAN, AERTGEERTS, BERT aj.

<sup>181</sup> Srov. HAYWARD, R. S., WILSON, M. C. aj. More informative abstracts of articles describing clinical practice guidelines. *Ann Intern Med.* 1993, roč. 118, s. 731–737.

<sup>182</sup> Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj., "Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines."

(SIGN,<sup>183</sup> Helou,<sup>184</sup> Cluzeau,<sup>185</sup> Casi<sup>186</sup>). Čtyři podstoupily testování validity (Shaneyfelt<sup>187</sup>, Cluzeau<sup>188</sup>, AGREE I, AGREEII). Většina nástrojů byla publikována v recenzovaných časopisech.

Institute of Medicine ve své poslední zprávě o stavu problematiky KDP publikované v roce 2011 využil přehledu Vlayenova.<sup>189</sup> V IOM zprávě už je zmíněn i nástroj AGREE II. Ze všech nástrojů bylo testováno pro jejich validitu a reliabilitu pouhých pět. Z toho tři jsou vlastně „AGREE kontinuem“ s počátky v nástroji Cluzeauové a zatím posledním nástrojem AGREE II. Žádný s prehistorických nástrojů však dnes není používán.

**Tabulka 5 Charakteristika nástrojů pro hodnocení kvality KDP**

Autor	Rok publikace	Země původu	Validace	Počet položek
IOM	1992	USA	neuveďeno	46
Hayward	1993	Kanada	neuveďeno	9
Selker	1993	USA	neuveďeno	7
Hayward	1995	Kanada	neuveďeno	10
Mendelson	1995	USA	neuveďeno	8
Woolf	1995	USA	neuveďeno	10
SIGN	1995	Skotsko	neuveďeno	52
Mottur-Pilson	1995	Francie	neuveďeno	18
Ward	1996	Austrálie	ne	18
Liddle	1996	Austrálie	neuveďeno	14
Savoie	1996	Kanada	neuveďeno	15
Calder	1997	Kanada	ne	24
Shaneyfelt	1998	UK	ano	25
Helou	1998	Německo	neuveďeno	41
Apolone	1999	Itálie	neuveďeno	6
Cluzeau	1999	UK	ano	37
Grilli	2000	Itálie	ano	3

<sup>183</sup> Srov. VLAYEN, JOAN, AERTGEERTS, BERT aj.

<sup>184</sup> Srov. HELOU, A., OLLENSCHLAGER, G. [Goals, possibilities and limits of quality evaluation of guidelines. A background report on the user manual of the "Methodological Quality of Guidelines" check list]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 1998, roč. 92, s. 361–365.

<sup>185</sup> Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj., "Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines."

<sup>186</sup> Srov. CASI CASANELLAS, A., AIZPURU BARANDIARAN, F. aj. [Quality analysis of clinical practice guidelines on cardiovascular risks in the Basque country and a proposal for their evaluation]. *Aten Primaria.* 2000, roč. 26, s. 585–589.

<sup>187</sup> Srov. SHANEYFELT, T. M., MAYO-SMITH, M. F. aj. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA.* 1999, roč. 281, s. 1900–1905.

<sup>188</sup> Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj., "Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines."

<sup>189</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES. s. 213–229.

Casi	2000	Španělsko	ne	21
Marshall	2000	Kanada	neuveďeno	9
Sanders	2000	USA	neuveďeno	15
Reed	2002	USA	neuveďeno	33
Hutchinson	2003	UK	neuveďeno	5
AGREE I	2003	Evropa	ano	23
Shiffman	2003	Severní Amerika, UK	ne	18
AGREE II	2010	Evropa severní Amerika	ano	23

Podle GRAHAM aj. 2000<sup>190</sup> a Vlayen aj. 2005<sup>191</sup>

**Tabulka 6 Aspekty obsažené v nástrojích pro hodnocení kvality KDP, které byly testovány pro validitu a nástroj IOM**

Aspekt	IOM	Shaneyfelt	Cluzeau	AGREE I	AGREE II
Validita	✓	✓	✓	✓	✓
Reliabilita a opakovatelnost	✓	✓	✓	✓	✓
Použitelnost	✓	✓	✓	✓	✓
Flexibilita	✓	✓	✓	✓	✓
Srozumitelnost	✓	✓	✓	✓	✓
Aktualizace	✓	✓	✓	✓	✓
Tvůrčí tým	✓	✓	✓	✓	✓
Implementace			✓	✓	✓
Diseminace			✓	✓	✓
Evaluace			✓	✓	✓

Podle Vlayen aj. 2005<sup>192</sup>

<sup>190</sup> GRAHAM, I. D., CALDER, L. A. aj., "A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments."

<sup>191</sup> VLAYEN, JOAN, AERTGEERTS, BERT aj.

<sup>192</sup> Tamtéž.

## 4 HODNOCENÍ KVALITY KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ NÁSTROJEM AGREE

### 4.1 Cíle a uživatelé AGREE nástroje

Stejně jako KDP může i nástroj AGREE být využíván k různým cílům. Mohou jej také používat různí cíloví uživatelé.

#### 4.1.1 Cíle AGREE nástroje

Cílem AGREE nástroje je poskytovat rámec pro hodnocení kvality KDP a pro metodologické strategie jejich tvorby. Tvůrci mohou inkorporovat AGREE II do návodů a příruček pro tvorbu

KDP. Může být také pomůckou pro rozhodování o zdravotní péči a politice.<sup>193</sup>

AGREE nástroj je možné využít v procesu adaptace KDP.<sup>194,195,196</sup>

Je také pomůckou při publikaci doporučených postupů a může nahrazovat dosud neexistující publikační standardy.<sup>197</sup> Editoři odborných časopisů mohou nástroj využít podobně, jako dnes používají standardy pro publikaci randomizovaných studií CONSORT<sup>198</sup> a studií observačních STROBE.<sup>199</sup>

---

<sup>193</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

<sup>194</sup> Srov. FERVERS, B., BURGERS, J. S. aj. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care*. 2006, roč. 18, s. 167–176.

<sup>195</sup> Srov. HARSTALL, CHRISTA, TAENZER, PAUL aj. Adapting the ADAPTE Framework. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2010, roč. 143, s. 25–26.

<sup>196</sup> Srov. GAITAN, HERNANDO. Adapting or de novo development of clinical practice guidelines: Colombian experience. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.

<sup>197</sup> Srov. GROL, R., CLUZEAU, F. A. aj. Clinical practice guidelines: towards better quality guidelines and increased international collaboration. *Br J Cancer*. 2003, roč. 89 Suppl 1, s. S4–8.

<sup>198</sup> Srov. MOHER, D., SCHULZ, K. F. aj. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA*. 2001, roč. 285, s. 1987–1991.



### 4.1.2 Uživatelé AGREE nástroje

Potenciálními uživateli nástroje AGREE jsou různé skupiny zainteresovaných osob<sup>200</sup>:

- **poskytovatelé zdravotní péče**, kteří si sami chtějí zhodnotit kvalitu doporučených postupů dříve, než doporučení převezmou do své praxe;
- **autoři doporučených postupů**, aby se řídili strukturovanou a přísnou metodologií tvorby, provedli interní hodnocení s cílem zajistit správnost jejich doporučených postupů, případně aby hodnotili doporučené postupy vytvořené jinými skupinami před jejich adaptací v jejich vlastním kontextu;
- **tvůrci zdravotní politiky**, aby jim pomohl rozhodnout, které doporučené postupy lze doporučit pro používání v praxi, či ovlivnit strategická rozhodnutí;
- **pedagogové, aby jim pomohl** rozvíjet schopnosti kritického hodnocení u zdravotnických pracovníků a k výuce základních dovedností důležitých pro tvorbu doporučených postupů a informování o nich.

## 4.2 Tvorba nástroje AGREE I

Mezinárodní skupina výzkumníků na poli KDP AGREE Collaboration vyvinula v letech 1999 až 2001 generický nástroj pro hodnocení kvality KDP AGREE I. Publikován byl v roce 2003. Jeho cílem bylo „hodnotit proces tvorby KDP a kvalitu informování o něm. Nástroj nehodnotil klinický obsah KDP ani kvalitu důkazů.“<sup>201</sup> Celý proces proběhl v několika fázích od tvorby položek, jejich výběr, škálování přes terénní studie po úpravy nástroje (viz Obrázek 8). Tvorby nástroje a jeho testování se účastnilo 8 členů AGREE Collaboration (z Velké Británie, Nizozemí, Kanady a Finska) a dalších celkem 264 hodnotitelů z 11 zemí (z Kanady, Dánska, Anglie, Finska, Francie, Německa, Itálie, Nizozemí, Skotska, Španělska a Švýcarska). Provedena byla rozsáhlá statistická analýza. Standardními metodami byla testována

---

<sup>199</sup> Srov. VON ELM, E., ALTMAN, D. G. aj. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007, roč. 335, s. 806–808.

<sup>200</sup> LÍČENÍK, RADIM, KURFÜRST, PAVEL aj., *AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci*.

<sup>201</sup> THE AGREE COLLABORATION.

reliabilita, obsahová, konstruktová a kriteriální validita. Na základě vyhodnocování terénních studií a zpětné vazby od hodnotitelů byla k původně navrženým 5 doménám (1. Rámec a účel, 2. Zapojení zainteresovaných osob, 3. Přísnost tvorby, 4. Srozumitelnost a 5. Použitelnost) přidána doména šestá (Redakční nezávislost). Dále byla přidána zvláštní položka týkající se konfliktu zájmů. Celkově byly odstraněny 2 položky a dalších 10 položek bylo přeformulováno. V konečné verzi tak bylo 23 položek v 6 doménách. K hodnocení bylo použito čtyřstupňové škály (1 = silně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = silně souhlasím). Pro celkové hodnocení byla zvolena škála třístupňová (1 = nedoporučen, 2 = doporučen s podmínkou nebo po úpravách, 3 = doporučen). Medián času potřebného pro hodnocení jednoho KDP byl 1,5 hodiny. Tato doba zahrnuje čtení KDP a vyplnění dotazníku nástroje. Tvorba AGREE nástroje a doprovodné studie byly financovány především grantem EU BIOMED2.<sup>202</sup>

### **Obrázek 8 Fáze tvorby nástroje AGREE I<sup>203</sup>**

#### **I. Tvorba položek, selekce, škálování**

- 1999
- 5 domén
- 24 položek

#### **II. Terénní studie**

- zima 1999–2000
- 1. fáze terénní studie
  - 8 hodnotitelů
  - 7 KDP
- 2. fáze terénní studie
  - 194 hodnotitelů
  - 100 KDP z 11 zemí
- vyhodnocení a úpravy
  - AGREE workshop, jaro 2000

#### **III. Finální terénní studie**

- podzim 2000
- 70 hodnotitelů
- 33 KDP (3 KDP pro každou z 11 zemí)
- vyhodnocení

<sup>202</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>203</sup> Srov. Tamtéž.

### 4.3 Tvorba nástroje AGREE II

Nástroj AGREE I byl validní a široce používán, přesto se v průběhu let postupně začala ukazovat nutnost dalšího vývoje. Bylo potřeba zlepšit vlastnosti měření, užitečnost nástroje pro různé skupiny uživatelů a zjednodušit jeho implementaci. Na základě výsledků dvou studií, četných debat a konsenzu byl vytvořen nový nástroj AGREE II. AGREE Next Steps Consortium doporučilo používat výhradně tento nový nástroj.<sup>204</sup>

#### 4.3.1 Úpravy AGREE nástroje

Jak uvádí Brouwersová, při používání AGREE I se objevila řada problémů.<sup>205</sup> Mezi ty hlavní patřilo **měření čtyřstupňovou škálou**. To nebylo v souladu s metodologickými standardy a byla tak ohrožována a negativně ovlivňována validita a reliabilita nástroje.<sup>206</sup> Pro bipolární škály, jako je Likertova<sup>207</sup>, je vhodnější lichý počet kategorií s neutrální pozicí. To dává hodnotiteli možnost vyjádřit také neutrální postoj.<sup>208</sup> Různé simulační a empirické studie ukázaly, že validita a reliabilita dotazníku je vyšší při použití pěti nebo sedmistupňové škály, než škály s menším počtem kategorií. Ovšem jemnější škálování s více kategoriemi (například deseti nebo jedenáctistupňová škála) již dále tyto vlastnosti nemění. Otázkou je, zda použít pěti nebo sedmistupňovou škálu. Obvykle používaná pětistupňová škála je jednodušší pro orientaci a čtení, pokud je použito verbálních kategorií. Tato otázka nevzniká při použití kategorií číselných. Sedmistupňová škála navíc dává hodnotiteli na výběr dvě pozitivní a dvě negativní možnosti.<sup>209,210</sup> Likertova škála je vhodná jak pro měření jednotlivých postojů, tak

---

<sup>204</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

<sup>205</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>206</sup> Srov. STREINER, DAVID L., NORMAN, GEOFFREY R. Health measurement scales : a practical guide to their development and use.

<sup>207</sup> Srov. LIKERT, RENSIS. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932, roč. 22, s. 5–55.

<sup>208</sup> Srov. STREINER, DAVID L., NORMAN, GEOFFREY R. s. 38–55.

<sup>209</sup> Srov. DAWES, JOHN. Do data characteristics change according to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales. *International Journal of Market Research*. 2008, roč. 50, s. 61.

<sup>210</sup> Srov. OPPENHEIM, A. N. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement. s. 195–200.

jejich souborů, včetně stupně intensity pro konkrétní položku.<sup>211</sup> Od uvedení AGREE I do praxe se nikdy systematicky nesbírala a neanalyzovala **data o efektivitě jednotlivých položek** v kontextu uplatňování nástroje různými skupinami uživatelů. Bylo také vhodné se pokusit o **zefektivnění a zjednodušení celého procesu evaluace**. Toho mohlo být dosaženo například snížením počtu položek nebo hodnotitelů. Podmínkou ale bylo zachování validity a reliability nástroje. Ukázalo se, že AGREE I občas podléhal jistému stupni **lidové tvořivosti** a měření tak bylo zcela znehodnoceno nebo nebylo kvalitní. Často byla využívána jen některá doména či část nástroje<sup>212,213,214</sup> nebo byl různě upravován<sup>215</sup> a obohacován.<sup>216</sup> Scott ve svém literárním přehledu uvádí, že z 52 publikovaných studií ve 14 % bylo použito modifikovaného AGREE nástroje. Upraven byl přidáním nebo odebráním položek.<sup>217</sup> V neposlední řadě bylo žádoucí určit míru **konstruktové validity**, tedy „schopnosti měřicího nástroje měřit zvolený konstrukt, tedy operacionálně definovaný koncept.“<sup>218</sup> Otázkou bylo, jestli je AGREE nástroj schopen měřit to, co měřit má. A to je „variabilita kvality doporučených postupů.“<sup>219</sup>

S cílem zabývat se všemi těmito problémy bylo založeno sdružení AGREE Next Steps Consortium. Následně byly provedeny dvě rozsáhlé studie (viz Obrázek 9). Účastníky studie bylo 503 klinických lékařů, 174 tvůrců politiky, 164 tvůrců KDP nebo

---

<sup>211</sup> Srov. MILLER, DELBERT C., SALKIND, NEIL J. aj. Handbook of research design and social measurement. s. 330–332.

<sup>212</sup> Srov. BENNETT, W. L., ODELOLA, O. A. aj.

<sup>213</sup> Srov. ARTZ, A. S., SOMERFIELD, M. R. aj. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: chronic hepatitis B virus infection screening in patients receiving cytotoxic chemotherapy for treatment of malignant diseases. *J Clin Oncol.* 2010, roč. 28, s. 3199–3202.

<sup>214</sup> Srov. FERKET, B. S., COLKESEN, E. B. aj. Systematic review of guidelines on cardiovascular risk assessment: Which recommendations should clinicians follow for a cardiovascular health check? *Arch Intern Med.* 2010, roč. 170, s. 27–40.

<sup>215</sup> Srov. JERAK, TEUN ZUIDERENT, ZUIDERENT, SONJA JERAK aj. Safety (norms) in guidelines: handle with care? Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.

<sup>216</sup> Srov. TAN, SIOK SWAN, DREESENS, DUNJA aj. Guidelines and cost effectiveness: a happy marriage? Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.

<sup>217</sup> Srov. SCOTT, N. A., MOGA, C. aj. Making the AGREE tool more user-friendly: the feasibility of a user guide based on Boolean operators. *J Eval Clin Pract.* 2009, roč. 15, s. 1061–1073.

<sup>218</sup> WAN, THOMAS T. H. Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče. Integrovaný přístup k manažerskému rozhodování. s. 45.

<sup>219</sup> BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

výzkumníků. K náboru zainteresovaných osob z různých skupin z oblasti zdravotní péče bylo využito systematické metody.<sup>220</sup> Studie byly randomizovány.

### **Závěry studie 1:**<sup>221</sup>

- Hodnocení kvality jednotlivými doménami AGREE nástroje dobře predikuje výsledky spojené s implementací doporučeného postupu.
- Účastníci studie (tvůrci KDP, výzkumníci, tvůrci politiky a kliničtí lékaři) hodnotili AGREE položky a domény jako velmi užitečné. Mezi jednotlivými skupinami nebyly rozdíly v hodnocení užitečnosti.
- Nebyl nalezen žádný důkaz, který by podporoval vytvoření kratší a stručnější verze nástroje.
- Psychometrické vlastnosti sedmistupňové škály jsou příznivé.
- Účastníci poskytli významnou zpětnou vazbu týkající se zlepšení nástroje a uživatelské příručky.

### **Závěry studie 2:**<sup>222</sup>

- Nástroj úspěšně rozlišoval mezi doporučenými postupy vysoké a nízké kvality.
- Nová uživatelská příručka byla uživateli velmi dobře přijata.
- Účastníci poskytli významnou zpětnou vazbu týkající se zlepšení nástroje a uživatelské příručky.

V rámci tohoto výzkumu proběhla také studie posuzující tzv. Global Rating Scale (GRS). Tento krátký nástroj se čtyřmi položkami byl vytvořen pro celkové hodnocení kvality metodologické, publikační, presentační a doporučení v KDP. V GRS bylo využito sedmistupňové škály. Hlavní výzkumnou otázkou bylo, zda by GRS při hodnocení kvality KDP mohl nahradit AGREE II. GRS by mohlo být využito

---

<sup>220</sup> Srov. KHO, M. E., RAWSKI, E. aj. Recruitment of multiple stakeholders to health services research: lessons from the front lines. *BMC Health Serv Res.* 2010, roč. 10, s. 123.

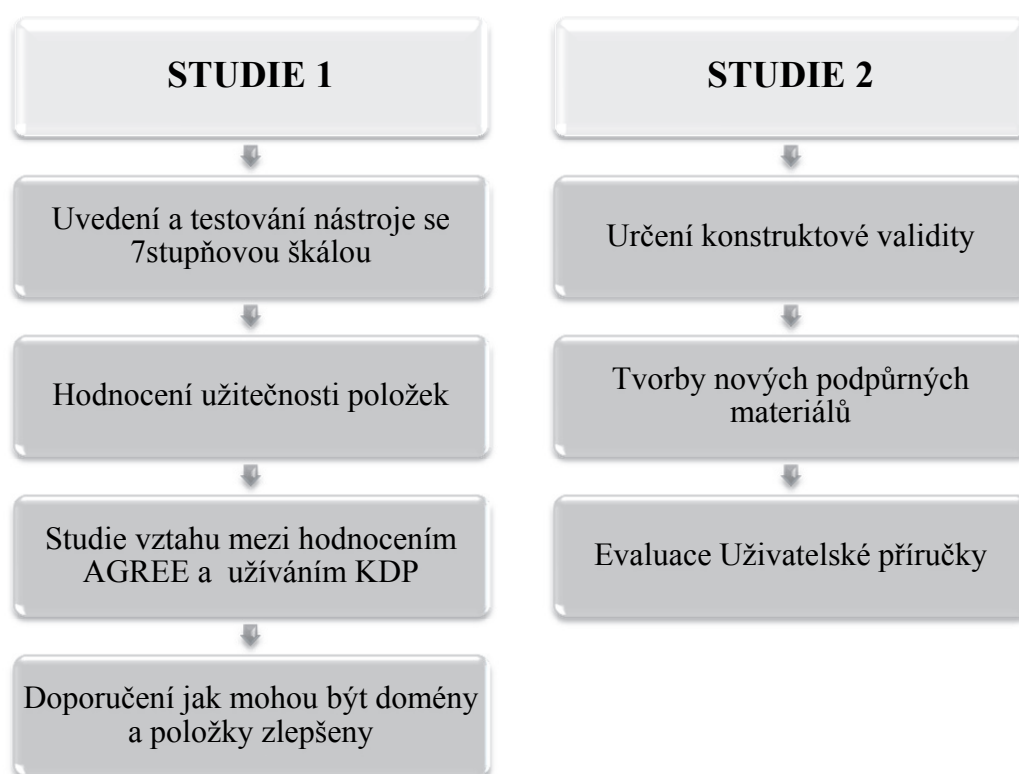
<sup>221</sup> BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement."

<sup>222</sup> BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application."

například v případě nedostatku času nebo zdrojů, kdy není možné použít komplexní nástroj. Studie ukázala nižší sensitivitu GRS při odhalování rozdílů v kvalitě KDP ve srovnání s AGREE II. Autoři doporučují další výzkum.<sup>223</sup>

Na základě závěrů těchto studií, jejich interpretace, hodnocení a následného konsenzu, došlo k řadě změn a vylepšení nástroje a podpůrné dokumentace. Výstupem byl nástroj AGREE II s 23 položkami v 6 doménách, 2 položkami celkového hodnocení a uživatelskou příručkou.<sup>224,225</sup>

### Obrázek 9 Přehled studií AGREE Next Steps Consortium



<sup>223</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012, roč. 65, s. 526–534.

<sup>224</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement."

<sup>225</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application."

### 4.3.2 Změny v položkách a uživatelské příručce AGREE II

Oproti původnímu AGREE I nástroji došlo v nové verzi k několika podstatným změnám. Jednak byly některé položky vylepšeny, byly změněny cíle a měřicí škála. Cíle AGREE II byly definovány přesněji a více explicitně. „Nová verze nástroje je koncipována tak, aby hodnotila kvalitu KDP napříč celým spektrem péče o zdraví, poskytovala návod pro proces tvorby a dávala vodítko, které specifické informace o KDP by měly být zveřejněny.“ Čtyřstupňová měřicí škála byla nahrazena sedmistupňovou (viz 4.3.1). Přibližně polovina z 23 položek původního nástroje AGREE byla modifikována, některé byly vynechány a někde byly udělány dodatky (viz Tabulka 7). Přestože na první pohled se může některým klinikům zdát, že AGREE I a AGREE II jsou si dost podobné, není tomu zjevně tak.<sup>226,227,228</sup> Přepsána a rozšířena byla uživatelská příručka. Byly doplněny definice, příklady a návody, kde najít informace potřebné pro hodnocení. Doplněn byl také návod, jak hodnotit jednotlivé položky.<sup>229</sup>

**Tabulka 7 Srovnání položek původního nástroje AGREE a AGREE II.**<sup>230</sup>

Položka původního nástroje AGREE	Položka nástroje AGREE II
<b>1. Doména: Rámec a účel</b>	
1. Celkové cíle doporučeného postupu jsou specificky popsány.	Nezměněna
2. Klinické otázky, na které doporučený postup odpovídá, jsou konkrétně popsány.	Zdravotní otázky, na které doporučený postup odpovídá, jsou konkrétně popsány.
3. Pacienti, pro které je doporučený postup určen, jsou konkrétně popsáni.	Populace (pacienti, veřejnost atd.), pro kterou je doporučený postup určen, je konkrétně popsána.

<sup>226</sup> Srov. RANSOHOFF, D. F., PIGNONE, M. aj. How to decide whether a clinical practice guideline is trustworthy. *JAMA*. 2013, roč. 309, s. 139–140.

<sup>227</sup> Srov. BROUWERS, M. C. Development of trustworthy practice guidelines. *JAMA*. 2013, roč. 309, s. 1890–1891.

<sup>228</sup> Srov. RANSOHOFF, D. F., PIGNONE, M. aj. Development of trustworthy practice guidelines—reply. *JAMA*. 2013, roč. 309, s. 1890–1891.

<sup>229</sup> BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

<sup>230</sup> LÍČENÍK, RADIM, KURFÜRST, PAVEL aj., *AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci*.

<b>2. Doména: Zapojení zainteresovaných osob</b>	
4. Součástí skupiny pro tvorbu doporučeného postupu jsou odborníci ze všech relevantních oborů.	Nezměněna
5. Je brán zřetel na názory a preference pacientů.	Je brán zřetel na názory a preference cílové populace (pacienti, veřejnost atd.).
6. Skupina cílových uživatelů je v doporučeném postupu jasně definována.	Nezměněna
7. Pilotní verze doporučeného postupu byla testována na cílové populaci.	Položka vypuštěna. Zahrnuto do popisu uživatelské příručky u položky 19.
<b>3. Doména: Přísnost tvorby</b>	
8. Pro vyhledávání důkazů bylo použito systematických metod.	Nezměněna. Přečíslována, nyní položka 7.
9. Kritéria pro výběr důkazů jsou jasně popsána.	Nezměněna. Přečíslována, nyní položka 8.
	Nová položka 9. Silné stránky i omezení souboru důkazů jsou jasně popsány.
10. Metody pro formulaci doporučení jsou jasně popsány.	Nezměněna.
11. Při tvorbě doporučení byly zváženy přínosy, vedlejší účinky a rizika intervencí.	Nezměněna.
12. Mezi doporučeními a důkazy je explicitní vztah.	Nezměněna.
13. Doporučený postup byl před publikováním podroben nezávislé odborné oponentuře.	Nezměněna.
14. Je uveden postup aktualizace doporučeného postupu.	Nezměněna.



<b>4. Doména: Srozumitelnost</b>	
15. Doporučení jsou přesná a jednoznačná.	Nezměněna.
16. Jsou jasně popsány různé možnosti péče o jednotlivé stavy.	Jsou jasně popsány různé možnosti péče o jednotlivé stavy nebo zdravotní problémy.
17. Klíčová doporučení jsou snadno rozpoznatelná.	Nezměněna.
<b>5. Doména: Použitelnost</b>	
18. Doporučený postup je doplněn nástroji pro jeho aplikaci.	Doporučený postup nabízí návod a/nebo nástroje pro zavádění doporučení do praxe. Dále změněna doména (ze 4. Domény Srozumitelnost) a přečíslování na položku 19.
19. Případné překážky v aplikaci doporučeného postupu byly uvedeny.	Doporučený postup popisuje podpůrné nástroje a překážky jeho aplikace. PLUS změněno pořadí – přečíslována, nyní položka 18.
20. Byly zváženy možné finanční dopady aplikace doporučení.	Byly zváženy možné dopady zavedení doporučení na (finanční) zdroje.
21. Doporučený postup uvádí klíčová kritéria pro účely monitorování nebo auditu.	Doporučený postup uvádí kritéria pro monitorování nebo audit.
<b>6. Doména: Redakční nezávislost</b>	
22. Doporučený postup je redakčně nezávislý na instituci poskytující finanční prostředky.	Názory instituce poskytující finanční prostředky pro tvorbu KDP neovlivňují jeho obsah.
23. Byly zaznamenány střety zájmů členů skupiny pro tvorbu doporučeného postupu.	Byly zaznamenány a řešeny konkurenční zájmy členů skupiny pro tvorbu doporučeného postupu.

#### 4.4 Používání AGREE II nástroje

Původní AGREE I i AGREE II jsou určeny k hodnocení KDP vytvořených na různých úrovních (místní, regionální, národní nebo mezinárodní) a různými institucemi (profesními organizacemi, vládními i nadnárodními institucemi). „AGREE II je generický nástroj a může být použit pro doporučené postupy zabývající se různými aspekty příslušného onemocnění, zaměřené na kteroukoliv část kontinua procesu zdravotní péče, a to včetně těch pro podporu zdraví, veřejné zdravotnictví, screening, diagnostiku, léčbu nebo intervence. AGREE II není v současné podobě určen pro hodnocení kvality doporučených postupů zaměřených na organizační problematiku zdravotní péče. Jeho úloha v oblasti hodnocení zdravotnických technologií zatím nebyla formálně vyhodnocena.“<sup>231</sup> AGREE nástroj je reliabilní a validní při použití různými skupinami zdravotnických pracovníků. S pozitivním výsledkem bylo například testováno jeho používání fyzioterapeuty.<sup>232</sup> AGREE nástroje je primárně určen k hodnocení KDP. Občas je ale používán i k hodnocení kvality dokumentů s KDP úzce spjatými, například integrovaných klinických postupů (angl. integrated clinical pathway).<sup>233</sup> Relativně úspěšně byl AGREE nástroj použit pro hodnocení některých doporučených postupů pro oblast veřejného zdravotnictví.<sup>234</sup> Se souhlasem a za spolupráce AGREE Next Steps Consorcia je možné využít AGREE nástroj i k jiným cílům. Takto byla vytvořena v roce 2010 pilotní verze „Etické AGREE domény,“ hodnotící etické aspekty KDP.<sup>235</sup> Tan a spolupracovníci využili po úpravě AGREE nástroj k hodnocení ekonomických aspektů KDP. Toto hodnocení ale není validní, protože úpravy a dodatky k nástroji nejsou obecně povoleny a neprošly také standardním procesem testování validity a reliability.<sup>236</sup>

---

<sup>231</sup> Tamtéž. s. 14.

<sup>232</sup> Srov. MACDERMID, J. C., BROOKS, D. aj. Reliability and validity of the AGREE instrument used by physical therapists in assessment of clinical practice guidelines. *BMC Health Serv Res.* 2005, roč. 5, s. 18.

<sup>233</sup> Srov. LOKE, J. F., YAP, E. Z. Development of an integrated care pathway for acute stroke management in Singapore. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.

<sup>234</sup> Srov. FORLAND, FRODE, SÁNCHEZ, ALEX aj. Development of public health guidance in settings with lack of evidence and lack of time. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.

<sup>235</sup> Srov. LICENIK, R, KLIKOVA, K aj. Ethical principles in guidelines, it is never ending story. *BMJ Quality & Safety.* 2013, roč. 22, s. A14.

<sup>236</sup> Srov. TAN, SIOK SWAN, DREESENS, DUNJA aj.

## 4.5 Příprava k hodnocení a hodnotitelé

V Uživatelské příručce AGREE II nástroje je uveden návod, jak efektivně postupovat při hodnocení KDP. Autoři doporučují nejdříve pečlivě přečíst hodnocený KDP. Hodnocena může být původní verze KDP nebo lépe jeho případná aktualizace. Před zahájením vlastního hodnocení je vhodné získat a prostudovat co nejvíce dostupných metodologických dokumentů o tvorbě, evaluaci a implementaci KDP. Tyto dokumenty mohou být buď součástí KDP nebo odděleně v tištěné či elektronické formě. Pokud některé důležité informace chybí, je užitečné kontaktovat přímo autory KDP a metodiky s konkrétními dotazy. Je doporučeno, aby každý KDP byl nezávisle hodnocen minimálně dvěma a optimálně až čtyřmi hodnotiteli. Zvyšuje se tak spolehlivost hodnocení.<sup>237</sup> Podle Brouwersové trvá hodnocení jednoho KDP AGREE II nástrojem průměrně 1,5 hodiny.<sup>238</sup>

## 4.6 Struktura, obsah nástroje a hodnotící proces

Informace týkající se počtu domén, položek, jejich názvu a zaměření, stejně jako postup při hodnocení, počítání skóre a celkovém hodnocení je popsán v části Materiál a metody Hodnocení kvality nové sady KDP ČNS

## 4.7 Implementace AGREE nástroje

AGREE Next Steps Consortium a AGREE Enterprise mají velmi propracovanou strategii implementace.

---

<sup>237</sup> Srov. LÍČENÍK, RADIM, KURFÜRST, PAVEL aj., *AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci*.

<sup>238</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

#### 4.7.1 Online podpora pro vzdělávání a evaluaci

Kromě četných primárních a sekundárních zdrojů informací je k dispozici rozsáhlý edukační aparát. Byla založena speciální výzkumná skupina AGREE A3, která má za úkol vývoj a implementaci AGREE tréninkového programu.<sup>239,240</sup> Nově byla na konci roku 2012 zavedena služba My AGREE, kde je po registraci možné využít například online hodnocení KDP. Tato nová aplikace ušetří velké množství času všem hodnotitelům a zpracovatelům výsledků hodnocení. Všechny protokoly jsou uloženy a jsou neustále k dispozici příslušným členům výzkumného týmu.<sup>241</sup> Online hodnotící nástroj pro zefektivnění evaluace například vytvořili i v Jižní Koreji.<sup>242</sup> AGREE hnutí je také prezentováno na četných odborných sympoziích a každoročních vědeckých konferencích Guidelines International Network.

#### 4.7.2 Mezinárodní využití a překlady AGREE nástroje

AGREE I i AGREE II jako generické nástroje byly a jsou využívány mnoha mezinárodními, národními a jinými institucemi po celém světě v rámci programů pro tvorbu KDP, například WHO,<sup>243</sup> NICE v Anglii a Walesu,<sup>244</sup> SIGN ve Skotsku<sup>245</sup>, ÄZQ v Německu (používá se modifikovaný nástroj s názvem DELBI),<sup>246</sup> Le Federation National des Centres de Lutte Contre le Cancer ve Francii (FNCLCC, Národní federace onkologických center)<sup>247</sup>, ale také další instituce v Kanadě<sup>248</sup>,

---

<sup>239</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST, "The AGREE A3 research team."

<sup>240</sup> Srov. BROUWERS, MELISSA, MAKARSKI, JULIE aj. A randomized trial to evaluate e-learning interventions designed to improve learner's performance, satisfaction, and self-efficacy with the AGREE II. *Implementation Science*. 2010, roč. 5, s.

<sup>241</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE Enterprise website - My AGREE* [online]. <<http://www.agreetrust.org/my-agree/>>.

<sup>242</sup> Srov. SHIN, E. S., LEE, S. H. aj. Development of web-based guideline evaluation and reporting system using AGREE II. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.

<sup>243</sup> Srov. ALONSO-COELLO, PABLO, IRFAN, AFFAN aj. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Quality and Safety in Health Care*. 2010, roč. 19, s. 1–7.

<sup>244</sup> Srov. LENG, G., CHRISP, P. aj. What makes a good guideline? Evidence from NICE accreditation. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.

<sup>245</sup> Srov. THE AGREE COLLABORATION.

<sup>246</sup> Srov. LANGER, B. Declaration of conflicts of interest in German clinical practice guidelines. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.

<sup>247</sup> Srov. THE AGREE COLLABORATION.

Japonsku,<sup>249</sup> Ukrajině<sup>250</sup> a Jižní Koreji.<sup>251, 252</sup> Jsou používány jednak originální jazykové verze nebo překlady, které se musejí řídit přísným metodickým postupem. Oba nástroje byly přeloženy a jsou používány v mnoha jazykových mutacích.<sup>253</sup> Podrobnější informace o metodice překladu viz část II. Původní AGREE nástroj byl přeložen do 22 jazyků: arabského, bosenského, čínského (2 verze), dánského, farsí, finského, francouzského, italského, korejského, maďarského německého, nizozemského, norského, portugalského, ruského, řeckého, španělského, švédského, thajského, tureckého a ukrajinského. AGREE II je zatím přeložen do 8 jazyků: brazilská portugálština, českého, francouzského, italského, korejského, nizozemského, portugalského a španělského. V současnosti probíhá překlad do dalších 12 jazyků: arabského, baskického, čínského, farsí, japonského, německého, řeckého, rumunského, ruského, slovenského, thajského a tureckého.

#### 4.8 Zdroje informací o AGREE

Pro uživatele, který bude hodnotit KDP AGREE nástrojem je důležité získat vlastní hodnotící nástroj v příslušné jazykové verzi a návod jak postupovat. Všechny tyto zdroje, včetně tréninkových materiálů a online výukového programu jsou dostupné na stránkách AGREE Enterprise Website.<sup>254,255</sup> Pro odborné pracovníky zabývající se metodologií KDP jsou dostupné na webových stránkách AGREE informace

---

<sup>248</sup> Srov. BROUWERS, M., RAWSKI, E. aj. SAGE directory of cancer guidelines. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.

<sup>249</sup> Srov. OKUMURA, A., YOSHIDA, M. aj. Dissemination and evaluation of clinical practice guidelines in Japan - MINDS project as guideline clearinghouse. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.

<sup>250</sup> LISHCHYSHYNA, O., KRAVETS, O. Training in AGREE instrument using for multidisciplinary groups members. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.

<sup>251</sup> Srov. LEE, YOU KYOUNG, SEO, JU-HYUN aj. Development and implementation of K-AGREE evaluation tool in Korea. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.

<sup>252</sup> Srov. LEE, Y. K., SHIN, E. aj. Developing scoring guide for AGREE II instrument in Korea: a modified Delphi approach. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.

<sup>253</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE II translations* [online]. <<http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations/>>.

<sup>254</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE Enterprise website* [online]. <<http://www.agreetrust.org/>>.

<sup>255</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE II Training Tools* [online]. <<http://www.agreetrust.org/resource-centre/training/>>.

o výzkumných projektech a publikacích týkajících se AGREE nástroje. Důležitým zdrojem informací o procesu tvorby a implementace jsou také původní publikace doprovázející AGREE I a II. Hlavní článek o tvorbě AGREE II nástroje byl v roce 2010 publikován v „domovském“ časopise kanadského výzkumného týmu z McMaster University Canadian Medical Journal,<sup>256</sup> ale také ve dvou jiných mezinárodních časopisech.<sup>257,258</sup> O využívání nástroje v praxi byly také publikovány řady studií a přehledů (viz 4.9 Studie hodnotící kvalitu KDP AGREE nástrojem).

## 4.9 Studie hodnotící kvalitu KDP AGREE nástrojem

### 4.9.1 Cíl

Cílem bylo provést extenzivní nesystematický přehled studií hodnotících kvalitu KDP nástrojem AGREE I a AGREE II. Tento přehled je podkladem pro analýzu tvorby, evaluace, implementace KDP a analýzy programů pro tvorbu doporučených postupů.

### 4.9.2 Úvod

Hodnocení kvality KDP oběma nástroji AGREE započalo ihned po jejich zveřejnění v roce 2003, respektive 2010. Vedle studií hodnotících dodržování standardů pro tvorbu KDP publikovaných IOM v roce 2011<sup>259, 260</sup> a GIN v roce 2012<sup>261</sup> je dlouhodobě AGREE nástroj nejpoužívanějším validním generickým nástrojem pro

---

<sup>256</sup> Srov. BROUWERS, M. C., KHO, M. E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

<sup>257</sup> Srov. BROUWERS, M. C., KHO, M. E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care."

<sup>258</sup> Srov. BROUWERS, M. C., KHO, M. E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

<sup>259</sup> Srov. INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES.

<sup>260</sup> Srov. KUNG, J., MILLER, R. R. aj. Failure of clinical practice guidelines to meet institute of medicine standards: Two more decades of little, if any, progress. *Arch Intern Med.* 2012, roč. 172, s. 1628–1633.

<sup>261</sup> Srov. QASEEM, AMIR, FORLAND, FRODE aj.

evaluaci kvality KDP.<sup>262</sup> Allonso-Coello a spolupracovníci<sup>263</sup> publikovali v roce 2011 systematický přehled studií hodnotících kvalitu KDP nástrojem AGREE. K přehledu bylo vybráno 42 studií s celkovým počtem 626 KDP (medián 25 KDP na jednu studii). Nejhůře hodnocené domény byly 2. Zapojení zainteresovaných osob (průměr skóre 35 %), 6. Redakční nezávislost (průměr skóre 30 %) a 5. Použitelnost (průměr skóre 22 %). Autoři uvádějí signifikantní zlepšení ve všech doménách kvality v čase. Přesto konstatují, že kvalita KDP zůstává v posledních 20 letech nízká.

### **4.9.3 Metody**

#### **4.9.3.1 Zdroje dat**

Vzhledem k omezené personální kapacitě nebylo možné provést systematický přehled. Pro řádnou extrakci dat a statistickou analýzu je potřeba více odborníků než jeden. Hledání literárních zdrojů ovšem bylo systematické a rozsáhlé. Dlouhodobě jsou ručně prohledávány následující zdroje a periodicky je prováděno vyhledávání elektronické. Publikace jsou shromažďovány a průběžně analyzovány. Kontinuálně také probíhá vyhledávání a analýza sekundárních zdrojů, jako jsou odkazy na literaturu v původních publikacích.

Literární zdroje použité pro vyhledávání důkazů:

- Databáze: MEDLINE přes PubMed, Web of Science
- Webové stránky institucí: Guidelines International Network, GIN Library, AGREE, ADAPTE, The Health Foundation, Národní referenční centrum, NICE, SIGN, WHO, OECD
- Portály: BioMed Central, SAGE
- Webové stránky odborných společností: Česká neurologická společnost, European Stroke Organisation

---

<sup>262</sup> Srov. VLAYEN, JOAN, AERTGEERTS, BERT aj.

<sup>263</sup> Srov. ALONSO-COELLO, PABLO, IRFAN, AFFAN aj.

Ručně systematicky prohledávané zdroje:

- Časopisy: Implementation Science, Quality and Safety in Health Care, International Journal for Quality in Health Care, Evidence Based Medicine, GIN Newsletter, BMC Health Systems Research.
- Odborné časopisy: The Lancet, British Medical Journal, Canadian Medical Journal, Stroke, Lancet Neurology, European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, Resuscitation, European Journal of Emergency Medicine.
- Časopisy zabývající se medicínským vzděláváním: Medical Education, Medical Teacher, Academic Medicine, BMC Medical Education.
- Konferenční materiály: Publikace z každoročních konferencí GIN 2003 – 2012.
- Sekundární a terciární literární zdroje. Reference a díla citující významné studie, přehledy a jiné typy publikací.

#### **4.9.3.2 Sběr a analýza dat**

Byla shromážděna následující data z každé studie: autor/autoři studie, rok publikace, cíle studie, zdroje dat, vyhledávací strategie, hodnotící nástroj, počet hodnotitelů, počet hodnocených KDP, téma a specializace, autorská země a instituce, rok vydání hodnocených KDP, skóre pro každou AGREE doménu, případně komentář autorů k hodnocení. V případě chybění potřebných dat nebyli kontaktováni autoři studií. Skóre pro AGREE domény byla zaznamenána tak, jak bylo uvedeno v publikaci i přes jejich různorodost. V některých studiích byly k dispozici průměry, v některých mediány či pouhé skóre, v mnoha studiích data chyběla úplně. Data byla použita k deskriptivní analýze, počítány byly pouze četnosti. Statistická analýza nebyla provedena.

#### **4.9.4 Výsledky**

Výsledkem vyhledávání bylo celkem 63 studií hodnotících kvalitu KDP nástrojem AGREE I nebo AGREE II. Deskriptivní analýza byla provedena pro všechny studie,

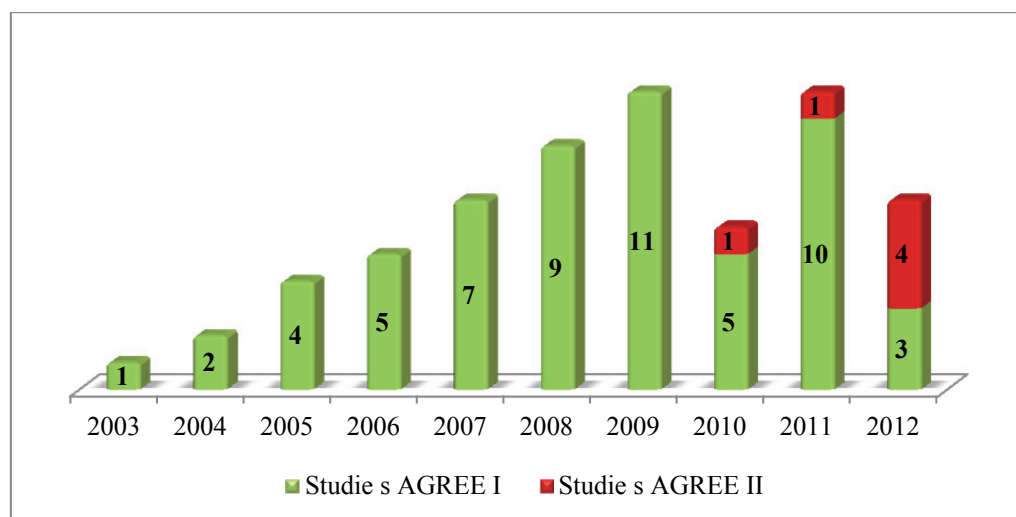


žádná nebyla vyřazena. Publikace jednotlivých studií měla velmi různorodou kvalitu a relevance informací, které poskytovaly, byla také velmi heterogenní. Přesto byly všechny studie ponechány v přehledu pro případnou další analýzu v budoucnosti. Pro vyhledávání KDP pro hodnocení bylo nejčastěji použito nesystematického přehledu. Jen 13 autorů deklarovalo systematický přehled. 5 studií hodnotilo všechny dostupné KDP. U 6 studií bylo vyhledávání omezeno na jazyk publikace, nejčastěji anglický, francouzský nebo německý. To nutně vede k bias.

#### 4.9.4.1 Charakteristika přehledů a hodnocených KDP

Celkem bylo ve všech studiích hodnoceno 5503 KDP, medián pro jednotlivé studie byl 18 (minimum 1 a maximum 2000). Celkový počet hodnotitelů ve všech studiích byl 574, medián pro jednotlivé studie byl 4 (minimum 2 a maximum 264). Ve studiích hodnocené KDP byly publikovány v rozmezí let 1990 až 2012. Pouze jedna čínská studie sáhla velmi hluboko do minulosti a nejstarší ve studii zahrnutý KDP je z roku 1978.<sup>264</sup> AGREE I nástroj byl použit v 57 studiích, AGREE II v 6 (viz Graf 11).

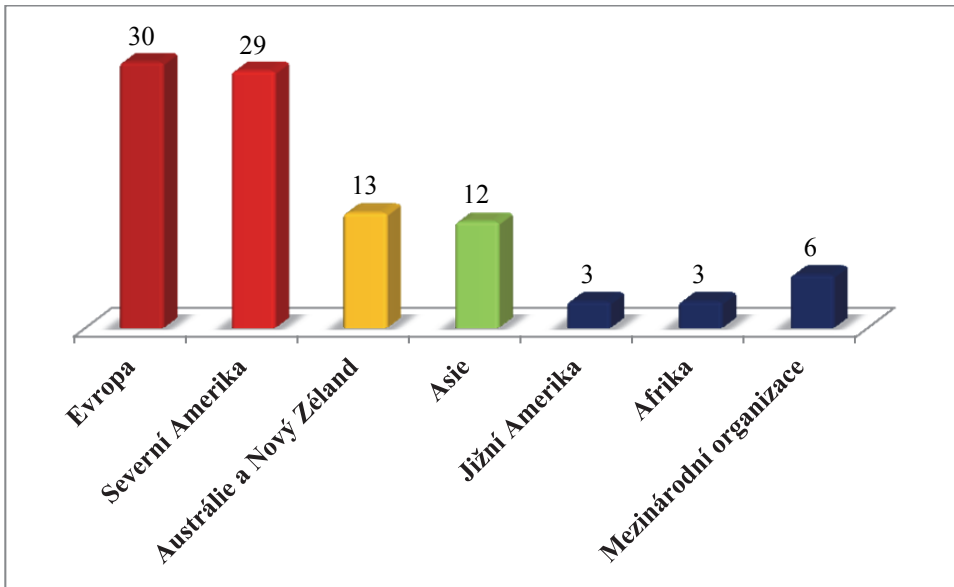
**Graf 11 Počet publikovaných studií s AGREE I a II v letech 2003–2012**



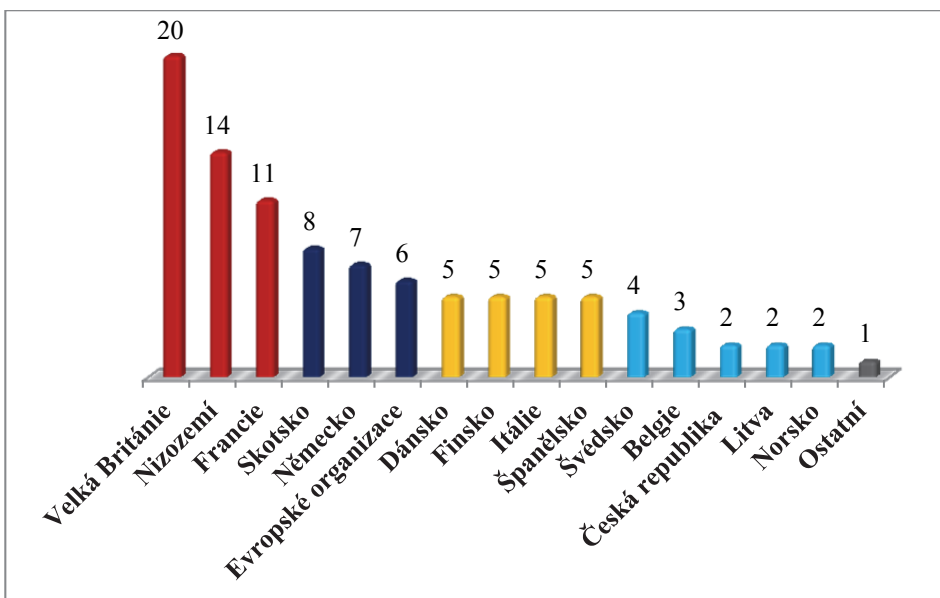
<sup>264</sup> Srov. CHEN, YAOLONG, YUNG, KEHU aj. How many evidence based guidelines in China? Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.

Většina KDP byla vytvořena v Evropě a Severní Americe (62 %, viz Graf 12). Ve studiích hodnocené KDP byly vytvořeny ve 21 evropské zemi. Nejvíce evropských KDP bylo vytvořeno ve Velké Británii.

**Graf 12 Světadíl, kde byly hodnocené KDP vytvořeny (počet studií)**



**Graf 13 Země, kde byly hodnocené KDP vytvořeny (počet studií)**



Nejčastěji hodnocenými KDP jsou onkologické a KDP zaměřené na terapii (viz Tabulka 8).

**Tabulka 8 Odborné zaměření a úroveň péče hodnocených KDP**

Obor	Počet studií	Obor	Počet studií	Úroveň péče	Počet studií
Onkologie	11	Kardiologie	3	Léčba	32
Gynekologie a porodnictví	5	Infekční lékařství	3	Screening	3
Psychiatrie	5	Ortopedie	1	Prevence	2
Diabetologie	4	Zubní lékařství	1	Jiné	4
Revmatologie	4	Pracovní lékařství	1		
Pediatric	4	Farmakologie	1		
Neurologie a iktová medicína	3	Fyzioterapie	1		

#### **4.9.4.2 Skóre kvality**

Průměrné skóre pro všech 6 domén uvádí pouze 23 studií, 4 studie uvádí jen medián. U ostatních studií skóre chybí úplně nebo mají nejrůznější podobu. Bez primárních dat není srovnání pro nekompatibilitu prezentovaných výsledků možné. Nejhorše hodnocenými doménami byly 5. Použitelnost a 6. Redakční nezávislost. V 5. doméně dosáhly KDP v 6 studiích skóre < 10, v 9 studiích skóre < 20, v 16 studiích skóre < 40. 49 % studií prezentovalo skóre < 40 %. V 6. doméně dosáhly KDP v 5 studiích skóre < 10, ve 2 studiích skóre < 20, ve 14 studiích skóre < 40. 33 % studií prezentovalo skóre < 40 %.

#### **4.9.5 Diskuze a závěr**

Výsledky tohoto literárního přehledu byly použity pro diskuzi v části práce, která prakticky hodnotí kvalitu nové sady doporučených postupů České neurologické společnosti. Toto hodnocení proběhlo na přelomu let 2012 a 2013 a využilo AGREE II nástroje. Přehled studií může být v budoucnu použit jako základ systematického přehledu.

## **II PŘEKLAD A IMPLEMENTACE AGREE II NÁSTROJE DO ČESKÉHO A SLOVENSKÉHO JAZYKA**

### **5 CÍL**

Cílem práce bylo přeložit a implementovat nástroj pro hodnocení kvality KDP AGREE II do českého a slovenského jazyka.

### **6 ÚVOD**

AGREE II nástroj je v zásadě dotazník, zkoumající postoje k jednotlivým problémům metodiky tvorby KDP. K měření využívá Likertovu škálu a statistické hodnocení výsledků. Byl vytvořen a testován podle metodiky běžné pro dotazníková šetření. Z toho vyplývá i nutnost použití stejných metod překladu dotazníků jaké jsou používány ve zdravotnickém a sociálním výzkumu.

#### **6.1 Překlad a transkulturní adaptace dotazníku jako výzkumného nástroje**

Dávnou minulostí se stala tvorba škál pro měření zdraví založená na osobní zkušenosti a expertíze jednotlivých výzkumníků. Metodologie tvorby a testování měřících nástrojů se stala více komplexní, využívající sofistikované statistické a technické postupy.<sup>265</sup> V 90. letech 20. století dochází k velkému nárůstu počtu multicentrických a mezinárodních studií zkoumajících zdravotní stav různých populací. Vznikla tak

---

<sup>265</sup> Srov. MCDOWELL, IAN. Measuring health : a guide to rating scales and questionnaires. s. 10–46.

i potřeba adaptovat měřicí nástroje na různé jazykové a kulturní prostředí.<sup>266,267,268</sup> Zdravotnický a sociální výzkum byl zaměřen především na mezikulturní adaptaci nástrojů pro měření psycho-sociálních determinant. První zkušenosti s překládáním dotazníků a interview se začaly objevovat ve Spojených státech v oboru mezikulturní psychologie a psychiatrie na konci 60. a počátkem 70. let.<sup>269,270</sup> Naproti tomu překlad nástrojů pro výzkumu zdravotních služeb je poměrně novou oblastí.<sup>271</sup> Většina dotazníků byla vytvořena v anglickém jazyce se záměrem je využít v anglicky mluvících zemích.<sup>272</sup> Jako příklad Peňa uvádí, že ve Spojených státech jsou nástroje jako kognitivní a lingvistické testy, škály sociálního chování a jiné běžně standardizovány pro většinovou anglofonní populaci a standardizace pro jiné jazykové skupiny probíhá zřídka.<sup>273</sup> Pro šetření v různých zemích v rámci mezinárodních studií je třeba překonat mezikulturní rozdíly. Ovšem i v rámci jedné země existují jazykové a kulturní rozdíly. V zemích, kde je více úředních jazyků nebo je nutné provést šetření v populaci, která nerozumí jazyku majoritní populace.<sup>274</sup> Odlišnosti mezi kulturami jsou například v jejich pojetí zdraví a nemoci, úrovni gramotnosti, shoda mezi psaným a mluveným jazykem, různá tabu nebo sociální potřeby.<sup>275</sup> Pokud není dostupný nástroj pro měření v rámci jednoho jazykového či kulturního prostředí, jsou v zásadě dvě možnosti. Vytvořit dotazník de novo, což je stejně jako u KDP velmi náročné na čas i personální a materiální zdroje. Jinou možností je transkulturní adaptace. Acquadro a spolupracovníci popsali dva důvody, proč používat překlad či adaptaci

---

<sup>266</sup> Srov. BEATON, D. E., BOMBARDIER, C. aj. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000, roč. 25, s. 3186–3191.

<sup>267</sup> Srov. GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C. aj. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993, roč. 46, s. 1417–1432.

<sup>268</sup> Srov. KOLLER, M., KANTZER, V. aj. The process of reconciliation: evaluation of guidelines for translating quality-of-life questionnaires. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012, roč. 12, s. 189–197.

<sup>269</sup> Srov. HUNT, S. M., BHOPAL, R. Self report in clinical and epidemiological studies with non-English speakers: the challenge of language and culture. *J Epidemiol Community Health*. 2004, roč. 58, s. 618–622.

<sup>270</sup> Srov. FLAHERTY, JOSEPH A., GAVIRIA, F. MOISES aj. Developing Instruments for Cross-Cultural Psychiatric Research. *J Nerv Ment Dis*. 1988, roč. 176, s. 260–263.

<sup>271</sup> Srov. SQUIRES, A., AIKEN, L. H. aj. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *Int J Nurs Stud*. 2013, roč. 50, s. 264–273.

<sup>272</sup> Srov. GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C. aj.

<sup>273</sup> Srov. PEÑA, ELIZABETH D. Lost in Translation: Methodological Considerations in Cross-Cultural Research. *Child Development*. 2007, roč. 78, s. 1255–1264.

<sup>274</sup> Srov. HARKNESS, JANET, PENNELL, BETH-ELLEN aj. *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. s.

<sup>275</sup> Sov. ACQUADRO, CATHERINE, CONWAY, KATRIN aj. Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value in Health*. 2008, roč. 11, s. 509–521.

stejného dotazníku v různých zemích: 1. analýza a srovnání v mezinárodním kontextu je možné, pouze pokud jsou data získána měřením jedním a tímž dotazníkem. 2. všechna nová data, která jsou ve studii získána, přispívají k validitě a zlepšují renomé měřicího nástroje.

Prostý lingvistický překlad dotazníku je nedostatečný pro zachování stejné úrovně obsahové validity jako v originále a vede k chybám měření.<sup>276,277,278</sup> Často stačí jen malá lingvistická odchylka, která změní smysl položky v dotazníku a sníží tak jeho validitu a reliabilitu. Problém může vzniknout i v tak na první pohled jasných pojmech jako jsou názvy řídicích pozic ve zdravotnických institucích (např. director) nebo zdravotnických pracovníků (např. public health practitioner). Transkulturní adaptace pro použití v jiné zemi, kultuře či jazykovém prostoru, zahrnuje jednak jazykový překlad a řeší také otázky kulturní adaptace. Je to metoda, jak dosáhnout rovnocennosti mezi originální a přeloženou verzí.<sup>279,280</sup> Guillemin a kolegové ve svém přehledu 17 studií popisujících metody transkulturní adaptace uvádějí pět příkladů, kdy je tato metoda zvažována s ohledem na cíl, tedy kde bude nástroj použit, a zdroj, kde byl nástroj vytvořen (viz Tabulka 9).<sup>281</sup>

**Tabulka 9 Příklady použití překladu a transkulturní adaptace<sup>282</sup>**

Použití dotazníkového šetření na jiné populaci					
Popis nové populace	Charakteristika změn			Potřeba adaptace	
	Kultura	Jazyk	Země použití	Překlad	Kulturní adaptace
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stejná populace</li> <li>• Kultura, jazyk či země beze změn</li> </ul>	0	0	0	ne	ne
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablovaní imigranti</li> <li>• Ve zdrojové zemi</li> </ul>	✓	0	0	ne	ano

<sup>276</sup> Srov. BERKANOVIC, E. The effect of inadequate language translation on Hispanics' responses to health surveys. *Am J Public Health*. 1980, roč. 70, s. 1273–1276.

<sup>277</sup> Srov. SQUIRES, A., AIKEN, L. H. aj.

<sup>278</sup> Srov. HUNT, S. M., BHOPAL, R.

<sup>279</sup> Srov. BEATON, D. E., BOMBARDIER, C. aj.

<sup>280</sup> Srov. CHA, EUN-SEOK, KIM, KEVIN H. aj. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, roč. 58, s. 386–395.

<sup>281</sup> Srov. GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C. aj.

<sup>282</sup> Tamtéž.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stejný jazyk</li> <li>• V jiné zemi</li> </ul>	✓	0	✓	ne	ano
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noví imigranti</li> <li>• Neznalí zdrojového jazyka</li> <li>• Ve zdrojové zemi</li> </ul>	✓	✓	0	ano	ano
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jiný jazyk</li> <li>• V jiné zemi</li> </ul>	✓	✓	✓	ano	ano

## 6.2 Metody překladu dotazníků

Nejznámější a nejpoužívanější z metod překladu dotazníků je zpětný překlad. Tuto techniku popsal na přelomu 60. a 70. let Brislin<sup>283</sup> Ten doporučil kombinaci několika technik:

1. **zpětný překlad**, kdy je verze v cílovém jazyce přeložena zpět do jazyka zdrojového k ověření správnosti překladu,
2. **bilingvální techniky** spočívají v ověřování obou verzí bilingválním testováním s cílem odhalit diskrepance překladů,
3. **skupinový přístup** využívá k překladu ze zdrojového do cílového jazyka skupinu bilingválních překladatelů,
4. **pretest** je pilotní studie po přeložení dotazníku.

V současné době existuje řada metod pro překlad dotazníků. Acquadrova ve svém přehledu srovnávajícím jednotlivé metody uvádí některé jejich společné znaky: několikastupňový a centralizovaný oponentní proces, minimálně jeden přímý překlad a některé prvky pretestu. V ostatních dimenzích se nástroje podstatně liší.<sup>284</sup>

<sup>283</sup> Srov. BRISLIN, RICHARD W. Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1970, roč. 1, s. 185–216.

<sup>284</sup> Srov. ACQUADRO, CATHERINE, CONWAY, KATRIN aj.

Maneesriwongul v přehledu 47 studií zahrnujících překlady dotazníků je rozdělil do šesti kategorií. Žádná z metod ovšem není zlatým standardem, protože každý výzkum je odlišný. Cha například použil kombinované techniky, kdy využil více monolingválních i bilingválních překladatelů, diskusní skupiny a skupinový přístup<sup>285</sup> Squiresová uvádí, že v současné době panuje obecná shoda na používání kombinace přímého a zpětného překladu, zvážení „emic a etic“ aspektů a posouzení překladu expertním panelem. Proces ještě posílí pilotní testování a kvalitativní zpětná vazba ze skupinových rozhovorů.<sup>286</sup> Snaha o standardizaci metod pro překlad a transkulturní adaptaci měřících nástrojů pro neanglicky mluvící země se datuje od počátku 90. let.<sup>287</sup>

**Tabulka 10 Popis metod překladů dotazníků podle Maneesrowongula<sup>288</sup>**

Metoda		Popis
1.	Přímý překlad	Překlad ze zdrojového jazyka do jazyka cílového bez použití zpětného překladu.
2.	Přímý překlad s testováním	Metoda 1 s doplněním pretestu verze v cílovém jazyce.
3.	Zpětný překlad	Překlad ze zdrojového do cílového jazyka překladatelem. Poté zpětný překlad verze v cílovém jazyce zpět do zdrojového. Srovnání překladů s původní verzí.
4.	Zpětný překlad s monolingválním testem	Metoda 3 doplněná o test verze v cílovém jazyce v monolingvální cílové populaci.
5.	Zpětný překlad s bilingválním testem	Metoda 3 doplněná o test verze ve zdrojovém i cílovém jazyce dvojjazyčnými subjekty.
6.	Zpětný překlad s monolingválním a bilinválním testemtestem	Metoda 3 doplněná o test verze v cílovém jazyce v monolingvální cílové populaci a test verze ve zdrojovém i cílovém jazyce dvojjazyčnými subjekty.

<sup>285</sup> Srov. CHA, EUN-SEOK, KIM, KEVIN H. aj.

<sup>286</sup> Srov. SQUIRES, A., AIKEN, L. H. aj.

<sup>287</sup> Srov. HUNT, SONJA M., ALONSO, JORDI aj. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy*. 1991, roč. 19, s. 33–44.

<sup>288</sup> MANEESRIWONGUL, WANTANA, DIXON, JANE K. Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, roč. 48, s. 175–186.



**Tabulka 11 Slabé a silné stránky jednotlivých metod překladu dotazníků podle Maneesrowongula<sup>289</sup>**

Metoda		Silné stránky	Slabé stránky
1.	Přímý překlad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stačí jeden překladatel</li> <li>- levný a rychlý</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- shoda zdrojového a cílového jazyka není verifikována</li> </ul>
2.	Přímý překlad s testováním	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stačí jeden překladatel</li> <li>- levný a rychlý</li> <li>- cílová verze může být testována na monolingvální cílové populaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- shoda zdrojového a cílového jazyka není verifikována</li> </ul>
3.	Zpětný překlad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sémantická rovnocennost ZJ a CJ může být verifikována</li> <li>- srovnání překladů může přidat další důkazy kvality</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- časově a finančně náročnější</li> <li>- diskrepance mezi ZJ a CJ nejsou detekovány</li> </ul>
4.	Zpětný překlad s monolingválním testem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sémantická rovnocennost ZJ a CJ může být verifikována</li> <li>- validita a reliabilita CJ testována na jednojazyčné populaci</li> <li>- CJ může být testována pro náležité používání na jednojazyčné CJ populaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nestačí jeden překladatel</li> <li>- časově a finančně náročnější</li> <li>- diskrepance mezi ZJ a CJ nejsou detekovány</li> </ul>
5.	Zpětný překlad s bilingválním testem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sémantická rovnocennost ZJ a CJ může být verifikována</li> <li>- validita a reliabilita CJ testována na jednojazyčné populaci</li> <li>- diskrepance mezi ZJ a CJ jsou detekovány</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nestačí jeden překladatel</li> <li>- časově a finančně náročnější</li> <li>- obtížné najít dostatek dvojjazyčných subjektů pro testování</li> </ul>
6.	Zpětný překlad s monolingválním a bilingválním testem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sémantická rovnocennost ZJ a CJ může být verifikována</li> <li>- validita a reliabilita CJ testována na jednojazyčné a bilingvální populaci</li> <li>- CJ může být testována pro náležité používání na jednojazyčné CJ populaci</li> <li>- diskrepance mezi ZJ a CJ jsou detekovány</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nestačí jeden překladatel</li> <li>- časově a finančně náročnější</li> <li>- obtížné najít dostatek dvojjazyčných subjektů pro testování</li> </ul>

\*ZJ verze ve zdrojovém jazyku      CJ verze v cílovém jazyku

<sup>289</sup> Tamtéž.

Při překladu nástrojů je důležité dodržet podmínky ekvivalence či validity původní a přeložené verze. Flaherty popsal ve své studii pět hlavních dimenzí transkulturní ekvivalence a Squiresová je v přehledu doplnila o příslušné relevantní fáze procesu adaptace<sup>290,291</sup> Peňa například uvádí zjednodušeně čtyři typy ekvivalence překladu:

- **lingvistická**, vztahující se k překladu vlastního nástroje
- **funkční**, zajišťuje, že se nástroj zaměří na zkoumání stejného konstruktů
- **kulturní**, stejná interpretace v různých kulturních jazykových skupinách
- **metrická**, sémantická přesnost jednotlivých položek

**Tabulka 12** Definice transkulturní validity překladů dotazníků ve vztahu k fázi jejich adaptace <sup>292,293</sup>

Kritérium ekvivalence	Definice	Proces
Obsahová	Obsah každé z položek nástroje je relevantní fenoménu, který je studován ve všech kulturách.	– revize expertním panelem
Sémantická	Význam každé z položek dotazníku je po překladu stejný ve všech kulturách, a to jak po stránce jazykové, tak idiomatické v psaném a mluveném jazyku	– návod k překladu s definicemi pojmů – nezávislí a zkušení překladatelé pro přímý a zpětný překlad – schválení překladu expertním panelem
Technická	Metoda měření vzhledem k získaným datům je srovnatelná ve všech kulturách.	– návod k překladu s definicemi pojmů – nezávislí a zkušení překladatelé pro přímý a zpětný překlad – skóre pro evaluaci překladu
Kriteriální	Interpretace měření proměnných zůstává při srovnání norem ve všech studovaných kulturách stejná.	– revize expertním panelem

<sup>290</sup> Srov. FLAHERTY, JOSEPH A., GAVIRIA, F. MOISES aj.

<sup>291</sup> Srov. SQUIRES, A., AIKEN, L. H. aj.

<sup>292</sup> FLAHERTY, JOSEPH A., GAVIRIA, F. MOISES aj.

<sup>293</sup> SQUIRES, A., AIKEN, L. H. aj.

Konceptuální	Nástroj měří stejný teoretický konstrukt ve všech kulturách.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vytvoření návodu pro překlad</li> <li>– kvalita překladatelů</li> <li>– stanovení indikátorů obsahové validity a skóre pro evaluaci překladu</li> </ul>
--------------	--	--

V českém prostředí se také v současnosti používá řada dotazníkových šetření, nástrojů a škál. Jejich kvalita je různá. Například Topinková a spolupracovníci adaptovali mezinárodně používaný Sedmiminutový screeningový test pro záchyt demence. V metodice adaptace popisují přesně proces validace testu zpětným překladem, konsensuálním procesem pracovních skupin, pretestem a ověřováním lingvistické, metrické a funkční rovnocennosti českého překladu.<sup>294</sup> Na druhou stranu Mandysová a Hlaváčková uvádějí příklady překladů zahraničních škál do českého jazyka a jejich uvedení do českého prostředí bez jasného popisu metod adaptace či překladu. Prvním příkladem je škála pro predikci dekubitů (Braden and Norton Scale) publikovaná Meluzínovou v roce 2006. Druhým příkladem je Juráskovou uvedená škála pro hodnocení rizika pádů u hospitalizovaných pacientů (Morse Fall Scale). Ani u jedné z implementovaných škál není jasná metodika překladu, adaptace a testování validity a reliability. Druhá ze škál navíc byla přijata Českou asociací sester jako jedna z intervencí prevence pádů u hospitalizovaných pacientů.<sup>295</sup>

## 6.3 Proces překladu dotazníků

### 6.3.1 Překladatelé a oponenti

Pro vlastní překlad je potřeba příslušný počet překladatelů, oponentů a případně specializovaných oponentů. Role překladatele spočívá v překladu textu ze zdrojového

<sup>294</sup> Srov. TOPINKOVÁ, EVA, JIRÁK, ROMAN aj. Krátká neurokognitivní baterie pro screening demence v klinické praxi: sedmiminutový screeningový test. *Neurologie pro praxi*. 2002, roč. 4, s. 323–328.

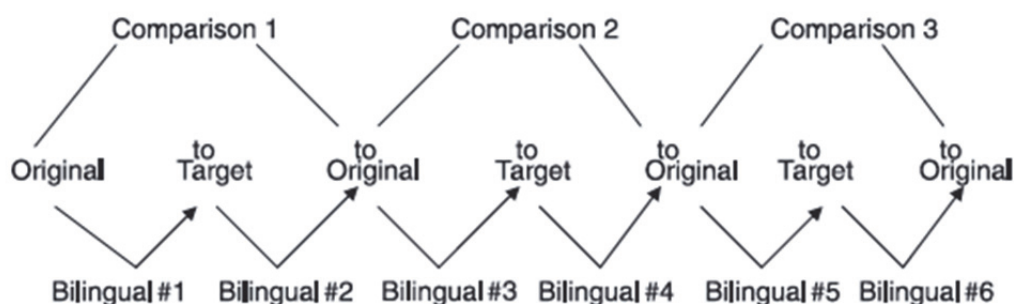
<sup>295</sup> Srov. MANDYSOVÁ, PETRA, HLAVÁČKOVÁ, EVA. Translating foreign-developed instruments to guide nursing practice in the czech republic: do they encourage evidence-based nursing?, *Profese online*, 2010, č. 3, <<http://profeseonline.upol.cz/translating-foreign-developed-instruments-to-guide-nursing-practice-in-the-czech-republic-do-they-encourage-evidence-based-nursing/>>.

jazyka do jazyka cílového či zpětně. Překlad by měl být přesný a gramaticky i stylisticky správný. Zároveň by měl být citlivý k jazykovým rozdílům, například lokálním dialektům, profesionálnímu slangu, a přizpůsobený jazykové úrovni cílové populace. **Oponent překladu** srovnává překlad nebo překlady s originální verzí. Jeho úkolem je posoudit přesnost a správnost překladu a jeho jazykovou úroveň. Vhodné je účast několika oponentů, kteří pracují společně v jednom týmu s překladateli, výzkumníky a technickými oponenty. Pokud jsou pro překlad a adaptaci potřeba specifické znalosti a dovednosti, je vhodné ustanovit zvláštní proces výběru a předem definovat kvalifikační požadavky.<sup>296</sup>

### 6.3.2 Proces překladu

Proces překladu probíhá podle zvoleného modelu. Klasická Brislinova technika spočívá v přímém překladu ze zdrojového jazyka do jazyka cílového a zpět. Posuzují se diskrepance mezi originálním textem a výsledkem zpětného překladu. Chabová obohatila klasickou metodu o další prvky jako je skupinový přístup a diskuze během přímého překladu

**Obrázek 10** Brislinův model překladu<sup>297</sup>

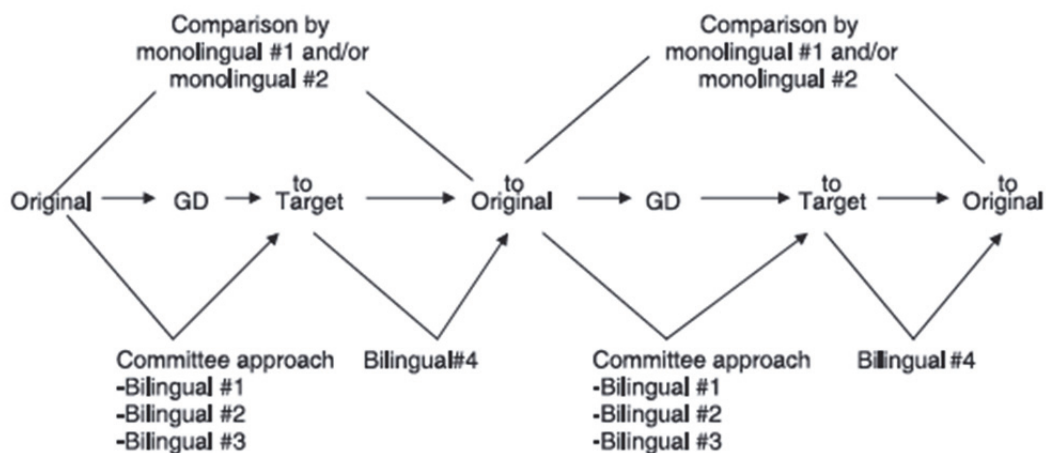


<sup>296</sup> Slov. SOLANO-FLORES, WILLY, HURTADO, MARGARITA. *CAHPS Guidelines for Assessing and Selecting Translators and Reviewers* [online].

<[http://www.cahps.ahrq.gov/resources/translator\\_selection\\_guidelines.pdf](http://www.cahps.ahrq.gov/resources/translator_selection_guidelines.pdf)>.

<sup>297</sup> TRIANDIS, HARRY C., BRISLIN, RICHARD W. Cross-cultural psychology. *American Psychologist*. 1984, roč. 39, s. 1006–1016.

Obrázek 11 Modifikovaný Brislinův model podle Cha<sup>298</sup>



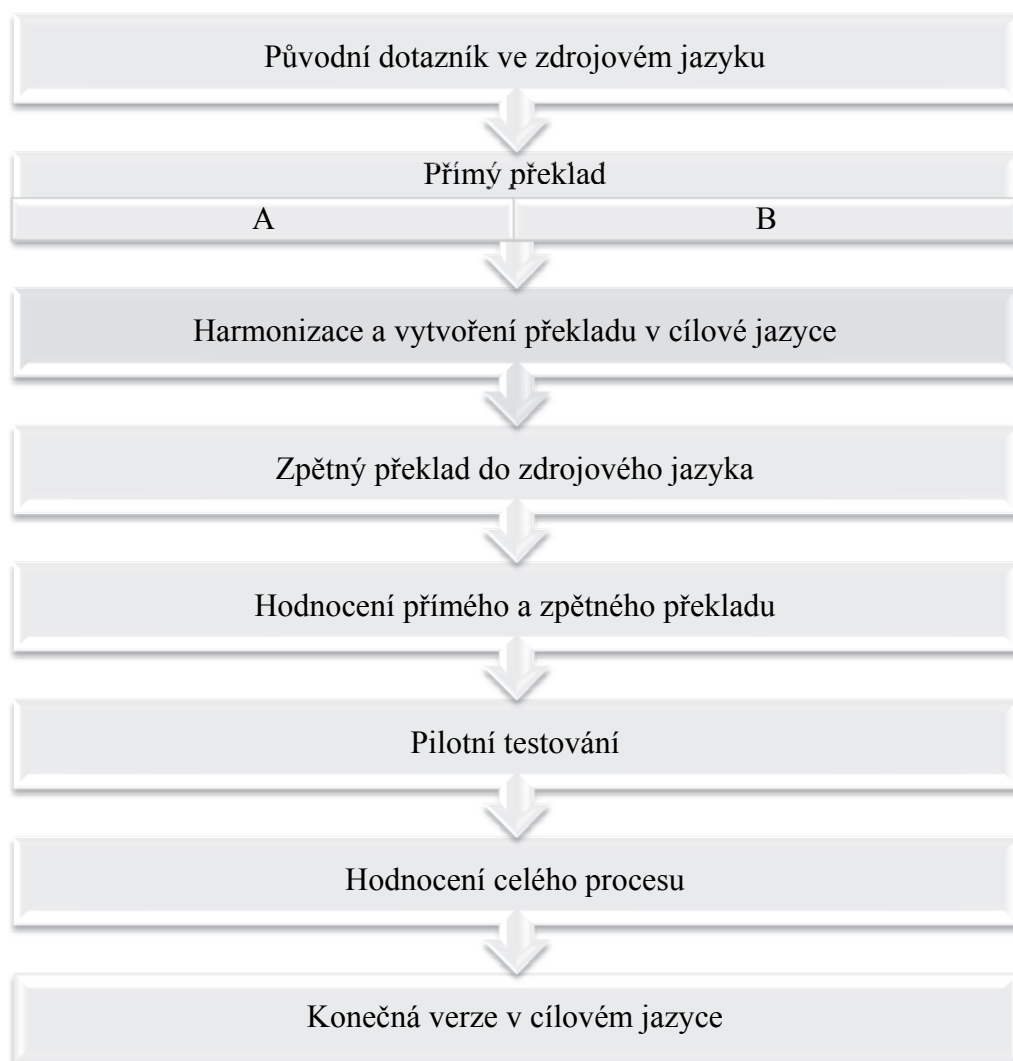
\*GD – group discussion

Koller a spolupracovníci se v přehledu 16 doporučených postupů k překladu dotazníků zabývají problematikou harmonizace dvou či více verzí přímých nebo zpětných překladů (viz Obrázek 12). Proces sloučení dvou verzí překladu do jedné je poměrně složitý a je velmi obtížné jej formalizovat. Koller uvádí, že tuto otázku poměrně úspěšně vyřešili tvůrci KDP, při jejichž tvorbě nejsou potlačovány názory a postoje jednotlivců. Celý konsenzuální proces je zakončen demokratickým hlasováním.<sup>299</sup>

<sup>298</sup> CHA, EUN-SEOK, KIM, KEVIN H. aj.

<sup>299</sup> Srov. KOLLER, M., KANTZER, V. aj.

Obrázek 12 Standardní kroky přímého a zpětného překladu podle Kollera<sup>300</sup>



<sup>300</sup> Tamtéž.

Koller vytvořil sadu doporučení podporujících rozhodovací proces a dokumentaci při harmonizaci překladů.<sup>301</sup>

## I. Rozhodování

Možnosti při rozhodování o harmonizaci překladů

1. Přímý překlad A v aktuálním stavu
2. Přímý překlad B v aktuálním stavu
3. Překlad A s malými modifikacemi
4. Překlad B s malými modifikacemi
5. Spojení překladu A a B v aktuálním stavu s adaptací A na B
6. Spojení překladu A a B v aktuálním stavu s adaptací B na A
7. Spojení překladu A a B s malými modifikacemi či dodatky s adaptací A na B
8. Spojení překladu A a B s malými modifikacemi či dodatky s adaptací B na A
9. Připravit úplně nový překlad C

Kritéria pro výběr některé z možností 1–9

1. Zdroj a srozumitelnost
  - nejlépe odráží konceptuální definice a význam zdrojového textu
  - nejlépe odráží hlavní význam zdrojového textu, tzn. co je hlavní myšlenkou zdrojového textu
  - je srozumitelný laikovi bez zdravotnického vzdělání
  - je srozumitelný populaci s různou úrovní vzdělání
  - je co nejdělnější zdrojovému textu
  - jazyk cílového textu je přirozený a snadno se čte
2. Kulturní kritéria
  - je vhodný ve vztahu k rozsahu pokrytí citlivých otázek
  - je vhodný ve vztahu k rozsahu pokrytí otázek kulturních rozdílů
3. Gramatická kritéria
  - syntax je v pořádku
  - formy sloves a časy jsou v pořádku

---

<sup>301</sup> Tamtéž.

- rody a číslovky jsou adaptovány a v pořádku
  - další prvky jsou v pořádku, především členy a předložky
4. Terminologie
- obsažena jsou všechna klíčová slova
  - sémanticky přesný
  - terminologie a slovní zásoba je konzistentní v celém překladu

## II. Dokumentace

1. Přímý překlad A
2. Přímý překlad B
3. Sloučený překlad
4. Rozhodování o možnostech 1 až 9
5. Rozhodování o kritériích 1 až 4

### 6.3.3 Evaluace překladu

Evaluaci překladu je možné a užitečné provádět v různých jeho stádiích, různými metodami. Vhodné je testovat již překlad jednotlivých položek a odhalit tak v zárodku lingvistické a sémantické diskrepance. Při překladu dotazníku může vzniknout celá řada chyb vyplývajících z designu položek, jazyka nebo obsahu.<sup>302</sup> Cílem šetření zde mohou být například subjekty z cílové populace. Ekvivalentem této fáze je **pilotní testování položek** při tvorbě dotazníku.<sup>303</sup> Po ukončení překladu je vhodné provést jeho **pretest** na podobném vzorku populace jako u testování položek. Cílem je testovat kvalitu, odhalit nejasnosti a zjistit, jak lze co nejvíce zvýšit návratnost dotazníků. Ve fázi pretestu je vhodné se zabývat i takovými detaily, jakými je barva a kvalita papíru, forma průvodního dopisu a dokonce barva a umístění podpisu garanta výzkumu.<sup>304,305</sup> Jak uvádějí Miler a Salkind: „Nikdy nevynechávejte pretest!“<sup>306</sup> Po zpracování

<sup>302</sup> Srov. SOLANO-FLORES, GUILLERMO, BACKHOFF, EDUARDO aj. Theory of Test Translation Error. *International Journal of Testing*. 2009, roč. 9, s. 78–91.

<sup>303</sup> Srov. GILLHAM, BILL. Developing a questionnaire. s. 35–36.

<sup>304</sup> Srov. BOWLING, ANN. s. 302–303.

<sup>305</sup> Srov. MCDOWELL, IAN. s. 302–303.

<sup>306</sup> MILLER, DELBERT C., SALKIND, NEIL J. aj.



poznatků z pretestu je možné provést **pilotní test**.<sup>307,308,309</sup> Pro pretest i pilotní test je možné použít stejné metody s různým počtem respondentů. Vhodnými technikami jsou hloubkové interview (testování myšlenek, námětu a témat v zájmové populaci), kognitivní interview (tzv. think-aloud testování, retrospektivní interview), face-to-face test.<sup>310,311,312</sup> Z kognitivních interview je možné se poučit o vnímání celého šetření respondenty, zda dokázali zachytit všechny informace a jak je interpretují.<sup>313</sup>

## 6.4 Překlady AGREE nástroje do cizích jazyků

Metodika překladu AGREE II nástroje je závazná pro všechny překladatele. Každý překladatel je zodpovědný za překlad nástroje a zachování metodiky je kontrolováno dodržáním protokolu. AGREE Research Trust zároveň deklaruje, že neručí za přesnost, obsah a použití jakéhokoliv překladu AGREE nástroje. Metodika je podrobněji popsána při její aplikaci na český překlad (viz 7.1).

Původní AGREE I nástroj byl přeložen do 22 jazyků: arabského, bosenského, čínského (2 verze), dánského, farsí, finského, francouzského, italského, korejského, maďarského, německého, nizozemského, norského, portugalského, ruského, řeckého, španělského, švédského, thajského, tureckého a ukrajinského. AGREE II je zatím přeložen do 8 jazyků: brazilské portugalštiny, českého, francouzského, italského, korejského, nizozemského, portugalského a španělského. V současnosti probíhá překlad do dalších 12 jazyků: arabského, baskického, čínského, farsí, japonského, německého, řeckého, rumunského, ruského, slovenského, thajského a tureckého. Implementace AGREE nástroje v mezinárodním měřítku viz 4.7.2.

Z hlediska transkulturní adaptace nevznikl nikdy při překladu AGREE nástroje závažnější problém. Vyplývá to ze zaměření samotného nástroje. Nelze očekávat žádné mezikulturní či jazykové rozdíly u otázek týkajících se metodologie

<sup>307</sup> Srov. OPPENHEIM, A. N. s. 48–64.

<sup>308</sup> Srov. GILLHAM, BILL. s. 42–43.

<sup>309</sup> Srov. GILLHAM, BILL. Small-scale social survey methods. s. 64–68.

<sup>310</sup> Srov. WILLIS, G. B. *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. s. 23–108.

<sup>311</sup> Srov. STREINER, DAVID L., NORMAN, GEOFFREY R.

<sup>312</sup> Srov. GILLHAM, BILL. The research interview.

<sup>313</sup> Srov. DILLMAN, D. A., REDLINE, C. D. *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. s. 301.

vyhledávání, tvorby meta-analýz či systematických přehledů.<sup>314</sup> Potenciální problém by mohl nastat při implementaci či překladu etické domény AGREE nástroje.<sup>315</sup>

---

<sup>314</sup> Srov. RASHIDIAN, ARASH, YOUSEFI, REZA. Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.

<sup>315</sup> Srov. LICENIK, R, KLIKOVA, K aj.

## 7 METODY

### 7.1 Metoda překladu AGREE II nástroje do cizího jazyka

Metoda překladu AGREE II nástroje probíhá v pěti jasně definovaných krocích.<sup>316</sup>

#### 1. krok

Překlad z angličtiny do hostitelského jazyka dvěma nezávislymi překladateli. Mateřský jazyk obou překladatelů by měl být jazykem hostitelským. Minimálně jeden z překladatelů by měl být obeznámen s tvorbou a evaluací KDP.

#### 2. krok

Výsledek překladu do hostitelského jazyka je hodnocen malou pracovní skupinou. Cílem je najít případné rozdíly a diskrepance v těchto dvou verzích a navrhnout variantu konsenzuální. Výstupem je první verze překladu.

#### 3. krok

První verze překladu by měla být přeložena zpět do původního jazyka dvěma nezávislymi překladateli. Tito překladatelé by měli být rodilými mluvčími v původním jazyce. Neměli by se podílet na první verzi překladu a mít zkušenosti s AGREE nástrojem.

#### 4. krok

Mělo by být zjištěno, jestli existují rozdíly mezi původním anglickým textem nástroje a mezi zpětně přeloženým textem. Cílem je odhalit nejasnosti v překladu nebo v originále. Pro závěrečný překlad do hostitelského jazyka je potřeba odstranit jakékoliv diskrepance.

---

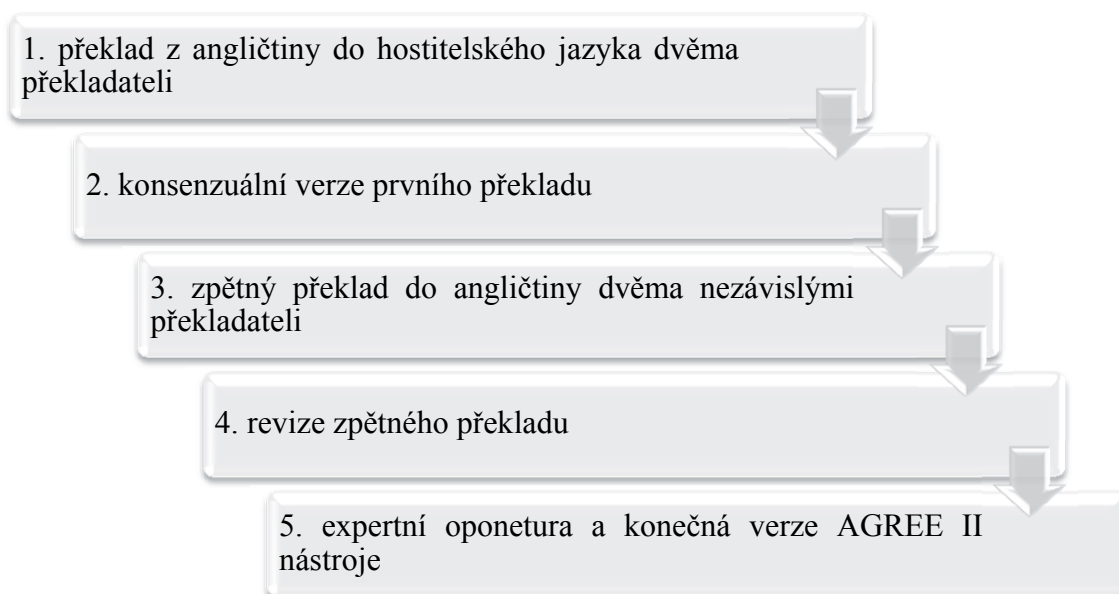
<sup>316</sup> THE AGREE RESEARCH TRUST. *Method for translating the AGREE II* [online]. <[http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/Methods\\_for\\_translating\\_the\\_AGREE\\_II.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/Methods_for_translating_the_AGREE_II.pdf)>.

## 5. krok

Konečný překlad by měl být zaslán expertům v oboru k externímu posouzení a jejich připomínky zapracovány. Výstupem je konečná verze překladu AGREE II nástroje.

Každý krok by měl být pečlivě dokumentován. Na závěr je zpracován protokol překladu a zaslán správci překladů AGREE.<sup>317</sup>

**Obrázek 13 Metoda překladu AGREE II nástroje**



## 7.2 Metoda překladu AGREE II nástroje do českého a slovenského jazyka

Proces překladu nástroje AGREE II do českého jazyka postupoval přísně podle doporučení AGREE Research Trust s malými modifikacemi (viz 8). Při překladu AGREE do jiných jazyků je možné jako zdroj použít originální anglickou verzi nebo kteroukoliv již oficiálně přeloženou. Protože podobnost českého a slovenského jazyka

<sup>317</sup> Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST. *Method for translating AGREE II checklist* [online]. <[http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/Translation\\_Checklist\\_AGREE\\_II.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/Translation_Checklist_AGREE_II.pdf)>.

je značná a je dostupné dostatečné množství bilingvních překladatelů, rozhodli jsme se udělat překlad AGREE II nástroje do slovenštiny z české zdrojové verze. Metoda překladu je standardní.

## 8 VÝSLEDKY

Centrum pro klinické doporučené postupy LF UP (CKDP) získalo od AGREE Research Trust povolení a metody k překladu AGREE II nástroje ihned po jeho vytvoření v roce 2009. V roce 2010 zahájili pracovníci centra práci na překladu, který byl dokončen v roce 2012. Nyní je připraven k publikaci. Překlad proběhl v pěti standardních krocích podle doporučeného postupu AGREE Research Trust s malými modifikacemi.

### 1. krok

Dva nezávislí překladatelé provedli přímý překlad ze zdrojového anglického jazyka do cílového jazyka českého. Překlad 1 byl proveden klinickým lékařem a odborníkem v oblasti zdravotní politiky, překlad 2 pak lingvistou, odborníkem na lékařskou angličtinu. Oba překladatelé byli odborníci v oblasti metodologie KDP. Jejich mateřským jazykem byl jazyk český, druhým pak anglický. Otázky vzniklé v průběhu obou překladů byly průběžně diskutovány se členy CKDP.

### 2. krok

Oba překlady do českého jazyka byly hodnoceny pracovníky CKDP, diskrepance byly řešeny konsenzem. Oba pak byly revidovány nezávislým odborníkem v oblasti metodologie vědeckého výzkumu se zkušeností v metodologii KDP. Bylo rozhodnuto, že základem pro harmonizaci bude překlad č. 1. Některé prvky z překladu 2 byly doplněny do překladu 1. Vznikl tak překlad 3. Hlavní autor překladu pak provedl harmonizaci všech tří verzí. Výstupem byla první verze českého překladu.

### 3. krok

První verze překladu byla zpětně přeložena dvěma překladateli. Tito překladatelé byli nezávislí, bez zkušeností se zdravotnictvím nebo metodologií KDP. Jejich rodným jazykem byla angličtina a jedním z dalších pak jazyk český. Nepodíleli se žádným způsobem na přímém překladu.

#### **4. krok**

Byly identifikovány a vyřešeny diskrepance mezi zpětným překladem a zdrojovým textem. Po zapracování poznatků ze zpětného překladu byl vytvořen překlad určený k finální oponentuře.

#### **5. krok**

Překlad k finální oponentuře byl zaslán k připomínkám členům CKDP, odborníkům na metodologii KDP a některým klinickým lékařům. Připomínky z této finální oponentury byly zapracovány. Výstupem byla finální verze AGREE II nástroje.

Každý krok byl dokumentován. Byl zpracován protokol a zaslán správci překladů AGREE Research Trust. Nebylo provedeno pilotní testování nástroje a jeho implementace do praxe, které je plánováno na prosinec 2013. Po vytvoření českého překladu začaly práce na slovenské verzi AGREE II nástroje.

### **III VZDĚLÁVACÍ PROGRAM ZAMĚŘENÝ NA KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY**

## **9 KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY V KURIKULU LÉKAŘSKÉ FAKULTY UP V OLOMOUCI**

### **9.1 Cíl**

Cílem programu je implementovat problematiku KDP do pregraduálního medicínského vzdělávání na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

### **9.2 Úvod**

KDP jsou důležitou součástí zdravotní péče. V České republice nejsou běžně součástí kurikula pregraduálního ani postgraduálního medicínského vzdělávání. Důležitou implementační strategií zaměřenou na jednotlivce i skupiny je vzdělávání. Jedním z cílů KDP je vzdělávání jednotlivců a osob. Zařazení KDP do kurikula lékařských fakult může být součástí jejich implementace.

### **9.3 Metody**

Tvorba, implementace, evaluace a diseminace vzdělávacího programu byla součástí výzkumné a vzdělávací činnosti Centra pro klinické doporučené postupy LF UP (CKDP). Probíhala v osmi krocích (viz Tabulka 13).<sup>318,319,320,321,322</sup> Byly zváženy

---

<sup>318</sup> Srov. KERN, DAVID E., THOMAS, PATRICIA A. aj. Curriculum development for medical education : a six-step approach.

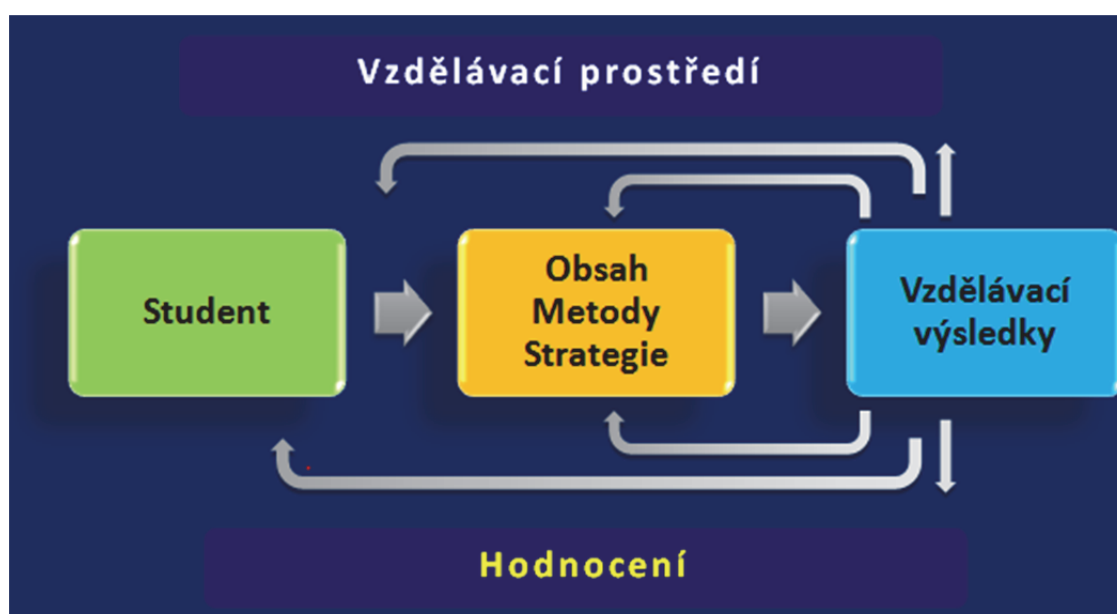
<sup>319</sup> Srov. GRANT, JANET. Principles of curriculum design.

<sup>320</sup> Srov. DENT, JOHN A. MMEDED, HARDEN, RONALD M. A practical guide for medical teachers.



hlavní otázky v kontextu zdravotní péče a medicínského vzdělávání v ČR, proveden byl průzkum vzdělávacích potřeb. Byly stanoveny cíle programu, vzdělávací výstupy, strategie a kontext (viz Obrázek 14).<sup>323, 324, 325</sup> Program byl po pilotním testování implementován do standardního kurikula, evaluován a aktualizován. Byl rozšířen počet vyučujících, kteří prošli speciálním tréninkem. Informace o vzdělávacím programu byly šířeny na národní i mezinárodní úrovni.

**Obrázek 14** Vstupy, proces a výstupy vzdělávacího programu<sup>326</sup>



<sup>321</sup> Srov. FISH, DELLA, COLES, COLIN. Medical education : developing a curriculum for practice.

<sup>322</sup> Srov. SWANWICK, TIM. Understanding medical education : evidence, theory and practice.

<sup>323</sup> Srov. HARDEN, RONALD M., LAIDLAW, JENNIFER M. Essential skills for a medical teacher : an introduction to teaching and learning in medicine.

<sup>324</sup> Srov. HARDEN, R. M., CROSBY, J. R. aj. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education. *Med Teach*. 1999, roč. 21, s. 7–14.

<sup>325</sup> Srov. HARDEN, R. M., CROSBY, J. R. aj. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Med Teach*. 1999, roč. 21, s. 546–552.

<sup>326</sup> HARDEN, RONALD M., LAIDLAW, JENNIFER M., *Essential skills for a medical teacher : an introduction to teaching and learning in medicine*. s. 38.

**Tabulka 13 Přehled tvorby, implementace a evaluace vzdělávacího programu**

TVORBA				IMPLEMENTACE	EVALUACE		DISEMINACE
Krok 1	Krok 2	Krok 3	Krok 4	Krok 5	Krok 6	Krok 7	Krok 8
Identifikace problému a obecných vzdělávacích potřeb	Konkrétní potřeby	Cíle a vzdělávací výstupy	Vzdělávací strategie a kontext	Implementace	Evaluace a zpětná vazba	Udržování a zlepšení programu	Diseminace
Témata z oblasti zdravotní péče	Studenti	Obecné cíle	Obsah	Uspořádání programu	Individuální studenti	Management změn	Plánování
Současný přístup	Vzdělávací prostředí	Vzdělávací výstupy	Vzdělávací kontext	Zdroje » časové » personální » materiální » finanční	Program	Rozvoj učitelů	Šíření inovací
Ideální přístup			Metody	Podpora » vnitřní » vnější		Studenti podpora studijní dovednosti	Kdo a kde
				Administrace Předpokládané překážky		Život programu motivace rozvoj podpora	Zdroje » časové » personální » materiální » finanční
				Zavádění » pilotní verze » plná implementace		Networking Inovace	Vliv diseminace

## **9.4 Výsledky**

### **9.4.1 Identifikace problému a zjišťování obecných vzdělávacích potřeb**

V rámci výzkumné a metodologické činnosti CKDP byly zkoumány teoretické a praktické aspekty KDP, včetně etických, právních a sociálních. Z rozhovorů s odbornými pracovníky centra, jinými zdravotnickými pracovníky a studenty vyplynula potřeba přinést problematiku KDP do pregraduálního medicínského vzdělávání. Na žádné z osmi lékařských fakult v ČR nebyly KDP součástí kurikula.

### **9.4.2 Zjišťování konkrétních potřeb**

#### **9.4.2.1 *Studenti***

Cílovou skupinou byli studenti 6. ročníku magisterského vzdělávacího programu oboru všeobecné lékařství LF UP (všeo) a studenti 6. ročníku magisterského vzdělávacího programu oboru general medicine LF UP (anglický program).

#### **9.4.2.2 *Vzdělávací prostředí***

Studenti 6. ročníku všeo jsou v závěrečné fázi svého medicínského vzdělávání. Získali již komplexní pohled na poskytování zdravotní péče. Na základě šetření vzdělávacích potřeb před zavedením programu, v pilotní verzi a během čtyř let fungování programu metodami neformálního interview, formálního dotazníkového šetření, přímého pozorování a setkání skupiny pro strategické plánování byly zjišťovány vzdělávací potřeby studentů. Na jejich základě byl program průběžně modifikován.

### 9.4.3 Cíle a vzdělávací výstupy

Hlavním cílem vzdělávacího programu bylo získat základní poznatky o metodologii tvorby, adaptace, implementace a evaluace KDP a o jejich etických a právních aspektech. Vzdělávací výstupy byly stanoveny metodami konsenzu, zpětné vazby z probíhajících evaluací, studia současných vzdělávacích programů, literatury a rozhovory. Po absolvování programu by student měl být schopen aplikovat získané informace, kriticky hodnotit, vyhledávat KDP a měl by být připraven je používat v praxi.

### 9.4.4 Vzdělávací strategie a kontext

Sylabus programu:

- KDP pro kardiopulmonární resuscitaci Evropské rady pro resuscitaci, aktualizace 2010
- Cíle doporučených postupů, příklad péče o pacienty s iktem
- Právní aspekty KDP, právní závaznost různých forem
- Tvorba, adaptace, implementace, evaluace KDP
- Etické aspekty KDP
- Vyhledávání KDP

Metodou výuky je přednáška v rámci semináře ve státnicovém bloku výuky předmětu Sociální lékařství II na Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP. Zpracovány byly e-learningové výukové moduly, které jsou dostupné studentům online.

## **9.4.5 Implementace**

V tomto oddíle je popsána organizace programu a zdroje využití pro jeho aplikaci.

### **9.4.5.1 Organizace programu**

Program byl po pilotním workshopu v roce 2008 a pilotní přednášce v roce 2009 zaveden do standardního kurikula LF UP v akademickém roce 2009/2010. V průběhu akademického roku je pro všeo organizován podle státnicových bloků v letním a zimním semestru. V každém bloku byl jeden seminář s dotací dvou výukových hodin. Od akademického roku 2013/2014 je výuka rozšířena na dva semináře s dotací čtyř výukových hodin. V anglickém programu probíhá výuka v letním semestru, vždy jeden seminář s dotací dvou výukových hodin.

### **9.4.5.2 Zdroje**

#### **1. Časová dotace (viz 9.4.5.1)**

#### **2. Personální zdroje**

- studenti (počty studentů viz Tabulka 14)
- vyučující – Mgr. MUDr. Radim Líčeník (pilotní výuka 2008 a 2009, od akademického roku 2009/2010 pravidelně), MUDr. Denisa Osinová (od akademického roku 2012/2013 1 seminář, v akademickém roce 2013/2014 2 semináře), MUDr. Jan Přeček (od akademického roku 2012/2013 2 semináře, v akademickém roce 2013/2014 3 semináře)
- garant – doc. PhDr. Kateřina Ivanová, PhD, přednostka ÚSL LF UP v Olomouci

#### **3. Materiální vybavení a financování**

- bylo zajištěno ÚSL LF UP v rámci úvazků
- program byl podpořen projektem ESF

**Tabulka 14 Vzdělávací program o klinických doporučených postupech LF UP v Olomouci**

Akademický rok	Studijní program	Počet studentů
07/05/2008	pilotní workshop	20
11/05/2009	pilotní seminář	25
2009/2010	český všeo	171
	anglický všeo	2
2010/2011	český všeo	167
	anglický všeo	27
2011/2012	český všeo	172
	anglický všeo	39
2012/2013	český všeo	119
	anglický všeo	29
2013/2014	český všeo	164
	anglický všeo	31
Celkem bez pilotní fáze		921
Celkem		966

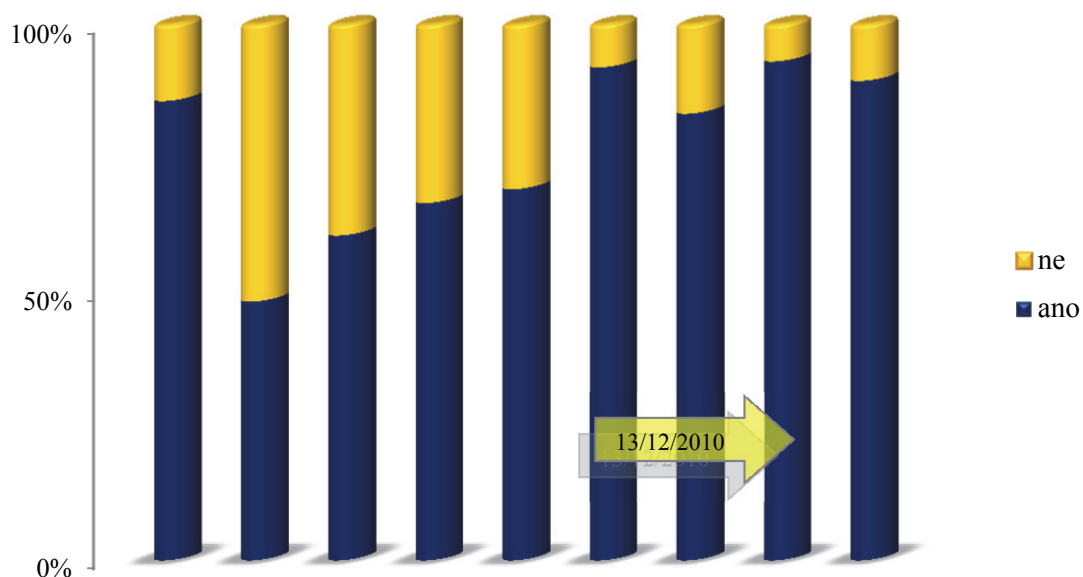
#### 9.4.6 Evaluace a zpětná vazba

Evaluace probíhá systematicky na několika úrovních. Každý seminář je po ukončení evaluován studenty formou dotazníků. Předmět sociální lékařství II je hodnocen po jeho ukončení v rámci standardního hodnocení výuky LF UP. Pravidelně probíhá hodnocení výuky vyučujícími, garantem a odbornými pracovníky CKDP formou interview. Přípomínky jsou zapracovány do kurikula. Například od 13. 12. 2010 bylo kurikulum modifikováno. Byly přidány informace o aktualizovaném KDP pro resuscitaci Evropské rady pro resuscitaci, tři klinické scénáře a algoritmy. Po publikaci české verze resuscitačních algoritmů v lednu 2011 bylo kurikulum opět modifikováno a tyto dokumenty byly přidány. Evaluace ukázala, že zájem studentů se po dodání klinických scénářů zvýšil. Většina studentů také konzistentně začala vyjadřovat postoj, že jsou schopni získané informace uplatnit v klinické praxi (viz Graf 14). Dalším příkladem jsou nově vytvořené KDP NRC, které jsou od roku 2012 také součástí kurikula.

Znalosti studentů jsou systematicky hodnoceny. Státnicové otázky ze sociálního lékařství obsahují od akademického roku 2009/2010 dvě otázky týkající se KDP.

**Graf 14** Evaluace výuky studenty 2009–2011. 13/12/2010 byly přidány klinické případy s kardiopulmoární resuscitací.

Máte pocit, že jste schopen/a uplatnit nově nabyté znalosti v praxi?



#### 9.4.7 Udržování a zlepšování programu

Program je dále rozvíjen a rozšiřován. Byl zvýšen počet vyučujících a od akademického roku 2013/2014 i dotace výukových hodin. S cílem zvýšit své kompetence se vyučující pravidelně účastní vzdělávacích akcí (např. v Centre for Medical Education Dundee University, Velká Británie, Skotsko) a konferencí o medicínském vzdělávání (každoroční konference Association for Medical Education in Europe). Dostupné jsou mnohé informační zdroje a publikace týkající se medicínského vzdělávání. Knihovna CKDP je systematicky doplňována odbornou literaturou z oblasti medicínského vzdělávání. Studenti jsou systematicky podporováni nabídkou konzultací on demand, diseminací edukačních materiálů a e-learnigovým programem.

#### **9.4.8 Diseminace**

Vzdělávací program je pravidelně prezentován na národních i mezinárodních konferencích o medicínském vzdělávání, doporučených postupech a medicíně založené na důkazech.

#### **9.5 Diskuze a závěr**

Vzdělávací program zaměřený na různé aspekty KDP je důležitým příspěvkem kurikula LF UP. Jako první a jediný vzdělávací program s podobnou náplní v ČR i ve světě může být modelem pro jiné vzdělávací instituce.



## 10 JINÁ VÝUKA ZAMĚŘENÁ NA KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY

Od roku 2008 proběhlo několik dalších vzdělávacích akcí zaměřených na KDP v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání. Odborní pracovníci CKDP budou i nadále zapojeni do medicínského vzdělávání zaměřeného na KDP na ostatních lékařských fakultách v České republice a do budoucna i Slovenské republice.

### 1. Medicínsko-právní mezioborový problem-based learning

- a. LF UP a Právnická fakulta UP v Olomouci
- b. 17/11–19/11/2009  
10/05–12/5/2011
- c. společná výuka studentů medicíny a práv
- d. metoda: interdisciplinární výuka,<sup>327</sup> problem-based learning<sup>328,329,330,331</sup>
- e. diseminace na konferencích o medicínském i právnickém vzdělávání

### 2. Seminář pro doktorandský studijní program ošetrovatelství

- a. Lékařská fakulta Ostravské univerzity
- b. 03/02/2011
- c. sylabus a výstupy zaměřené na metody tvorby, adaptace, implementace a evaluace KDP a jejich výuku
- d. workshop

### 3. Klinické doporučené postupy

- a. 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
- b. 10/11/2011
- c. 5. ročník, předmět veřejné zdravotnictví, všeobecné lékařství, anglický program
- d. seminář

---

<sup>327</sup> Srov. HAMMICK, MARILYN, OLCKERS, LORNA aj. Learning in interprofessional teams.

<sup>328</sup> Srov. DAVIS, M. H., HARDEN, R. M. Problem-based learning : a practical guide.

<sup>329</sup> Srov. TAYLOR, DAVID C. M., MIFLIN, BARBARA. Problem-based learning : where are we now?

<sup>330</sup> Srov. BERKEL, H. J. M. VAN. Lessons from problem-based learning.

<sup>331</sup> Srov. SCHWARTZ, PETER, MENNIN, STEWART aj. Problem-based learning : case studies, experience and practice.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo podat přehled metod tvorby, adaptace, implementace, evaluace KDP a praktická aplikace metod evaluace kvality KDP. V úvodu práce je přehled těchto metod, navazující na předchozí monografii o základních principech KDP z roku 2009 doplněný o některé důležité novinky v oboru. Především v oblasti evaluace kvality KDP došlo k pokroku. Na bázi nástroje AGREE I byl vytvořen nový generický evaluační nástroj AGREE II (2010) a také standardy kvality KDP Institute of Medicine (2011) a Guidelines International Network (2012). Proto jedním z dílčích cílů práce byl překlad a implementace nástroje AGREE II do českého jazyka. Tento nástroj byl přeložen podle přísné metodiky AGREE Research Trust pro překlad do cizích jazyků, která je v práci popsána v širším kontextu problematiky překladu výzkumných dotazníků.

Dalším cílem byla evaluace nové sady neurologických KDP České neurologické společnosti vytvořených podle metodiky Národního referenčního centra. Byl proveden přehled studií, které použily k hodnocení KDP AGREE I nebo AGREE II nástroj. Ze srovnání s publikovanými pracemi vyplývá, že hodnocená sada neurologických KDP je metodologicky vysoce kvalitní. To je způsobeno především velmi komplexní, propracovanou a validní metodikou Národního referenčního centra. Jedním z problémů je fáze implementace a hodnocení účinku neurologických KDP na zdravotní péči. Tvorba KDP NRC byla podporována grantem Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR, který skončil spolu se systematickou tvorbou KDP v roce 2012. Vzhledem k mnohaletému nesystémovému přístupu ke zdravotní politice v České republice není jisté, jestli se situace změní a případně kdy. Ztratit tuto především intelektuální, ale také finanční investice by bylo opravdu škoda. Je naprosto nesporné, že bez systematického externího metodologického vedení a kvalitního sofistikovaného projektového řízení nebudou odborné společnosti samy schopny KDP v takto vysoké kvalitě samy tvořit. Pokud nebude metodika NRC dále používána k tvorbě KDP a vylepšována, tak se opět dočkáme masy neužitečných textů, které s KDP tak, jak je dnes ve světě standardní, nemají nic společného.

Posledním cíle práce byla tvorba, implementace a evaluace vzdělávacího programu zaměřeného na problematiku KDP. Tento program byl vytvořen v roce 2008 a zaveden na různých úrovních pregraduálního a postgraduálního medicínského vzdělávání. Z Univerzity Palackého se rozšířil i na jiné lékařské fakulty v České republice. Tímto vzdělávacím programem za posledních pět let prošel bezmála jeden tisíc studentů.

Cíle práce byly velice široké a náročné na splnění, přesto splněny byly. Práce bude pokračovat i v budoucnu. Nyní tým Centra pro klinické doporučené postupy pracuje na slovenském překladu AGREE II nástroje. Ostravská skupina po překladu nástroje ADAPTE zahájila jeho úspěšnou implementaci v oboru ošetrovatelství. Zároveň probíhá evaluace kvality dalších KDP NRC nástrojem AGREE II. Do budoucna budeme hodnotit kvalitu pokud možno všech nově vytvořených či adaptovaných KDP v České a Slovenské republice. Bude nutné neustále aktualizovat přehled metod tvorby, adaptace, implementace a evaluace KDP a zaměřit se na různé jejich aspekty. Vhodné by bylo především rozpracovat a v praxi uplatnit metodiku implementace a evaluace účinku KDP na zdravotní péči. Pokračovat bude také naše práce na politických aspektech KDP. Ve spolupráci s AGREE Research Trust dokončíme tvorbu etické domény AGREE II nástroje. Vzdělávací program CKDP bude pokračovat jak na LF UP, kde je součástí kurikula oboru všeobecného lékařství, tak na LF Ostravské univerzity, kde je obsažen v kurikulu postgraduálního vzdělávacího programu oboru ošetrovatelství a porodní asistence.

## SEZNAM ZKRATEK

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AAP	American Academy of Pediatrics
ACCP	American College of Chest Physicians
ADA	American Diabetes Association, Americká diabetologická společnost
ADIPS	Australian Diabetes in Pregnancy Society
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
AINSO	Technologický klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ASA	Kyselina acetylsalicylová
ASCI	American Society of Clinical Oncology
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv
ATS-ERS	American Thoracic Society and European Respiratory Society
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, German Agency for Quality in Medicine (AQuMed)
BTS-ERS	British Thoracic Society and Society of Cardiothoracic Surgeons of Great Britain and Ireland
CBM	China Biomedicine Database
CCO	Cancer Care Ontario
CD	Cost driver
CDA	Canadian Diabetes Association
CDA	Canadian Diabetes Association
CIGNA	Health Care Medicare Administration
CKDP	Centrum pro klinické doporučené postupy Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci

CMA	Canadian Medical Association
CMAJ	Canadian Medical Association Journal
CMP	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou s tranzitorní ischemickou atakou
CNKI	China National Knowledge Infrastructure, Chinese Academic Journal database
CVR	Comité de validation des recommandations, Francie
ČCHS	Česká chirurgická společnost ČLS JEP
ČIS	Česká internistická společnost ČLS JEP
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNCHS	Česká neurochirurgická společnost ČLS JEP
ČNS	Česká neurologická společnost ČLS JEP
ČRS	Česká revmatologická společnost ČLS JEP
ČSAKI	Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP
EASD	European Association for the Study of Diabetes
EDC	Egyptian Diabetes Center
EFNS	European Federation of Neurological Societies
EGTM	European Group on Tumour Markers
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
ESMO	European Society of Medical Oncology
FNCLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
FTN	Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha
GLAD-PC	Guidelines for Adolescent Depression – Primary Care
IDF	International Diabetes Federation
INR	International Normalized Ratio
IOM	Institute of Medicine
JBS-2	Joint British societies guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice
JCE	Journal of Clinical Epidemiology
KD	Klíčové doporučení

KDP	Klinické doporučené postupy
MG	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu myasthenia gravis
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
NACB	National Academy of Clinical Biochemistry
NARKO	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu narkolepsie
NB	Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (USA)
NCI	National Cancer Institute (USA)
NGC	National Guideline Clearinghouse
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NRC	Národní referenční centrum
NSKSZS	Národní sada klinických standardů zdravotních služeb
NSUZS	Národní sada ukazatelů zdravotních služeb
PM	Preventive Medicine (časopis)
RNSSZS	Registr Národní sady standardů zdravotních služeb
RNSUZS	Registr Národní sady ukazatelů zdravotních služeb
RS	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a neuromyelitis optica
SADC	Southern African Development Community
SAGE	Standards and guidelines evidence
SČP	Společnost českých patologů ČLS JEP
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SKN	Společnost pro klinickou neurofyzologii ČLS JEP
SPLF	Société de Pneumologie de Langue Française
SSLB	Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP
START	State of the Art Oncology in Europe, Itálie
TS	Technologický klinický standard
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice, Praha
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZULP	Zvlášť účtovaný léčebný přípravek

ZUM	Zvlášť účtovaný materiál
ZUP	Zvlášť účtovaná položka

## SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 CELKOVÝ POČET CITACÍ AGREE ČLÁNKŮ OD PUBLIKACE DO ROKU 2013.....	54
TABULKA 2 POČET CITACÍ AGREE ČLÁNKŮ PODLE ROKU PUBLIKACE .....	54
TABULKA 3 ČETNOSTI CITACÍ AGREE ČLÁNKŮ VE WEB OF KNOWLEDGE PODLE RŮZNÝCH KRITÉRIÍ .....	55
TABULKA 4 VÝSLEDKY CITAČNÍ ANALÝZY AGREE ČLÁNKŮ VE WEB OF KNOWLEDGE.....	59
TABULKA 5 CHARAKTERISTIKA NÁSTROJŮ PRO HODNOCENÍ KVALITY KDP .....	62
TABULKA 6 ASPEKTY OBSAŽENÉ V NÁSTROJÍCH PRO HODNOCENÍ KVALITY KDP, KTERÉ BYLY TESTOVÁNY PRO VALIDITU A NÁSTROJ IOM.....	63
TABULKA 7 SROVNÁNÍ POLOŽEK PŮVODNÍHO NÁSTROJE AGREE A AGREE II.....	71
TABULKA 8 ODBORNÉ ZAMĚŘENÍ A ÚROVEŇ PÉČE HODNOCENÝCH KDP.....	83
TABULKA 9 PŘÍKLADY POUŽITÍ PŘEKladU A TRANskULTURNÍ ADAPtACE.....	86
TABULKA 10 POPIS METOD PŘEKladŮ DOTAZNÍKŮ PODLE MANEESROWONGULA .....	88
TABULKA 11 SLABÉ A SILNÉ STRÁNKY JEDNOTLIVÝCH METOD PŘEKladU DOTAZNÍKŮ PODLE MANEESROWONGULA .....	89
TABULKA 12 DEFINICE TRANskULTURNÍ VALIDITY PŘEKladŮ DOTAZNÍKŮ VE VZTAHU K FÁZI JEJICH ADAPtACE ' .....	90
TABULKA 75 PŘEHLED TVORBY, IMPLEMENTACE A EVALUACE VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU	106
TABULKA 76 VZDĚLÁVACÍ PROGRAM O KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPECH LF UP V OLOMOUCI .....	110

## SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 CENY NAFTY 1970 –2008 (CENA ROPY USD/BAREL).....	25
GRAF 2 CITACE AGREE I PODLE ZEMĚ PUBLIKACE (ZAHRNUTY POUZE ZEMĚ S > 20 CITACEMI) .....	55
GRAF 3 CITACE AGREE I PODLE TYPU PUBLIKACE .....	56
GRAF 4 CITACE AGREE I PODLE JAZYKA .....	56

GRAF 5 CITACE AGREE I V JEDNOTLIVÝCH LETECH PO PUBLIKACI .....	57
GRAF 6 CITACE VŠECH TŘÍ AGREE II ČLÁNKŮ PODLE ZEMĚ PUBLIKACE (ZAHRNUTY POUZE ZEMĚ S > 5 CITACEMI).....	57
GRAF 7 CITACE VŠECH TŘÍ AGREE II ČLÁNKŮ PODLE TYPU PUBLIKACE .....	58
GRAF 8 CITACE VŠECH TŘÍ AGREE II ČLÁNKŮ PODLE JAZYKA .....	58
GRAF 9 CITACE VŠECH TŘÍ AGREE II ČLÁNKŮ V JEDNOTLIVÝCH LETECH PO PUBLIKACI .....	59
GRAF 10 TREND VÝVOJE IMPAKT FAKTORU ČASOPISŮ S AGREE PUBLIKACEMI .....	60
GRAF 11 POČET PUBLIKOVANÝCH STUDIÍ S AGREE I A II V LETECH 2003–2012.....	81
GRAF 12 SVĚTADÍL, KDE BYLY HODNOCENÉ KDP VYTVOŘENY (POČET STUDIÍ) .....	82
GRAF 13 ZEMĚ, KDE BYLY HODNOCENÉ KDP VYTVOŘENY (POČET STUDIÍ) .....	82
GRAF 40 EVALUACE VÝUKY STUDENTY 2009–2011. 13/12/2010 BYLY PŘIDÁNY KLINICKÉ PŘÍPADY S KADIOPULMOÁRNÍ RESUSCITACÍ.....	111

## SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1 HLAVNÍ KROKY TVORBY A ADAPTACE KDP .....	18
OBRÁZEK 2 HNACÍ MECHANISMY POPTÁVKY PO ZDRAVOTNÍ PÉČI .....	24
OBRÁZEK 3 TVORBA ZDRAVOTNÍ POLITIKY PODLE LIGHTERA.....	29
OBRÁZEK 4 INTERNÍ A EXTERNÍ VALIDITA KDP PODLE EIKERMANNOVÉ.....	33
OBRÁZEK 5 STANDARD INSTITUTE OF MEDICINE.....	41
OBRÁZEK 6 STANDARD GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK .....	43
OBRÁZEK 7 HISTORIE, SOUČASNOST A BUDOUCNOST HODNOCENÍ KVALITY KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ .....	46
OBRÁZEK 8 FÁZE TVORBY NÁSTROJE AGREE I.....	66
OBRÁZEK 9 PŘEHLED STUDIÍ AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM.....	70
OBRÁZEK 10 BRISLINŮV MODEL PŘEKladU.....	92
OBRÁZEK 11 MODIFIKOVANÝ BRISLINŮV MODEL PODLE CHA .....	93
OBRÁZEK 12 STANDARDNÍ KROKY PŘÍMÉHO A ZPĚTNÉHO PŘEKladU PODLE KOLLERA.....	94
OBRÁZEK 13 METODA PŘEKladU AGREE II NÁSTROJE.....	100
OBRÁZEK 15 VSTUPY, PROCES A VÝSTUPY VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU .....	105



## LITERATURA

- ACQUADRO, CATHERINE, CONWAY, KATRIN, HAREENDRAN, ASHA, AARONSON, NEIL. Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value in Health*. 2008, roč. 11, č. 3, s. 509–521.
- ADAPTE COLLABORATION. *Guideline adaptation: a resource toolkit* [online]. ADAPTE Collaboration. [cit. 02/09/13]. Dostupné na <<http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>>.
- ALONSO-COELLO, PABLO, IRFAN, AFFAN, SOLÀ, IVAN, GICH, IGNASI, DELGADO-NOGUERA, MARIO, RIGAU, DAVID, TORT, SERA, BONFILL, XAVIER, BURGERS, JAKO, SCHUNEMANN, HOLGER. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Quality and Safety in Health Care*. 2010, roč. 19, č. 6, s. 1–7.
- ARTZ, A. S., SOMERFIELD, M. R., FELD, J. J., GIUSTI, A. F., KRAMER, B. S., SABICHI, A. L., ZON, R. T., WONG, S. L. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: chronic hepatitis B virus infection screening in patients receiving cytotoxic chemotherapy for treatment of malignant diseases. *J Clin Oncol*. 2010, roč. 28, č. 19, s. 3199–3202.
- ATKINS, D., BRISS, P. A., ECCLES, M., FLOTTORP, S., GUYATT, G. H., HARBOUR, R. T., HILL, S., JAESCHKE, R., LIBERATI, A., MAGRINI, N., MASON, J., O'CONNELL, D., OXMAN, A. D., PHILLIPS, B., SCHUNEMANN, H., EDEJER, T. T., VIST, G. E., WILLIAMS, J. W., JR., GROUP, GRADE WORKING. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: pilot study of a new system. Research Support, Non-U.S. Gov't. *BMC Health Serv Res*. 2005, roč. 5, č. 1, s. 25.
- ATKINS, D., ECCLES, M., FLOTTORP, S., GUYATT, G. H., HENRY, D., HILL, S., LIBERATI, A., O'CONNELL, D., OXMAN, A. D., PHILLIPS, B., SCHUNEMANN, H., EDEJER, T. T., VIST, G. E., WILLIAMS, J. W., JR., GROUP, GRADE WORKING. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Serv Res*. 2004, roč. 4, č. 1, s. 38.
- AYLETT, V. Do geriatricians need guidelines? *BMJ*. 2010, roč. 341, č. s. c5340.
- BEATON, D. E., BOMBARDIER, C., GUILLEMIN, F., FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000, roč. 25, č. 24, s. 3186-3191.
- BECK, C., CODY, M., SOUDER, E., ZHANG, M., SMALL, G. W. Dementia diagnostic guidelines: methodologies, results, and implementation costs. Comparative Study Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review. *J Am Geriatr Soc*. 2000, roč. 48, č. 10, s. 1195–1203.
- BENNETT, W. L., ODELOLA, O. A., WILSON, L. M., BOLEN, S., SELVARAJ, S., ROBINSON, K. A., BASS, E. B., PUHAN, M. A. Evaluation of guideline recommendations on oral medications for type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review. *Ann Intern Med*. 2012, roč. 156, č. 1, s. 27–36.
- BERKANOVIC, E. The effect of inadequate language translation on Hispanics' responses to health surveys. Comparative Study Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. *Am J Public Health*. 1980, roč. 70, č. 12, s. 1273–1276.
- BERKEL, H. J. M. VAN. Lessons from problem-based learning. vyd. Oxford: Oxford University Press. 2010. 9780199583447 (hbk.) : 149.95 0199583447 (hbk.) : 149.95.

- BLOOM, NICHOLAS. The Impact of Uncertainty Shocks. *Econometrica*. 2009, roč. 77, č. 3, s. 623–685.
- BMJ PUBLISHING GROUP. *G-I-N Conference San Francisco 2013; BMJ Quality and safety - book of abstracts* [online]. [cit. 30/08/2013]. Dostupné na <[http://qualitysafety.bmj.com/content/22/Suppl\\_1.toc](http://qualitysafety.bmj.com/content/22/Suppl_1.toc)>.
- BOSSON, J. L., LABARERE, J. Determining indications for care common to competing guidelines by using classification tree analysis: application to the prevention of venous thromboembolism in medical inpatients. *Med Decis Making*. 2006, roč. 26, č. 1, s. 63–75.
- BOWLING, ANN. *Research methods in health : investigating health and health services*. 3rd ed. vyd. Maidenhead: Open University Press. 2009. 9780335233649 (pbk.) : '29.99 0335233643 (pbk.) : '29.99.
- BOYD, C. M., DARER, J., BOULT, C., FRIED, L. P., BOULT, L., WU, A. W. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. *JAMA*. 2005, roč. 294, č. 6, s. 716–724.
- BRISLIN, RICHARD W. Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1970, roč. 1, č. 3, s. 185–216.
- BROUWERS, M. C. Development of trustworthy practice guidelines. *JAMA*. 2013, roč. 309, č. 18, s. 1890–1891.
- BROUWERS, M. C., KHO, M. E., BROWMAN, G. P., BURGERS, J. S., CLUZEAU, F., FEDER, G., FERVERS, B., GRAHAM, I. D., GRIMSHAW, J., HANNA, S. E., LITTLEJOHNS, P., MAKARSKI, J., ZITZELSBERGER, L., CONSORTIUM, AGREE NEXT STEPS. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *CMAJ*. 2010, roč. 182, č. 18, s. E839–842.
- BROUWERS, M. C., KHO, M. E., BROWMAN, G. P., BURGERS, J. S., CLUZEAU, F., FEDER, G., FERVERS, B., GRAHAM, I. D., GRIMSHAW, J., HANNA, S. E., LITTLEJOHNS, P., MAKARSKI, J., ZITZELSBERGER, L., CONSORTIUM, AGREE NEXT STEPS. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol*. 2010, roč. 63, č. 12, s. 1308–1311.
- BROUWERS, M. C., KHO, M. E., BROWMAN, G. P., BURGERS, J. S., CLUZEAU, F., FEDER, G., FERVERS, B., GRAHAM, I. D., GRIMSHAW, J., HANNA, S. E., LITTLEJOHNS, P., MAKARSKI, J., ZITZELSBERGER, L., CONSORTIUM, AGREE NEXT STEPS. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Prev Med*. 2010, roč. 51, č. 5, s. 421–424.
- BROUWERS, M., RAWSKI, E., BAHIRATHAN, L., WALDRON, T., SPITHOFF, K., ZWAAL, C. SAGE directory of cancer guidelines. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.
- BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E., BROWMAN, GEORGE P., BURGERS, JAKO S., CLUZEAU, FRANCOISE, FEDER, GENE, FERVERS, BÉATRICE, GRAHAM, IAN D., GRIMSHAW, JEREMY, HANNA, STEVEN E., LITTLEJOHNS, PETER, MAKARSKI, JULIE, ZITZELSBERGER, LOUISE. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012, roč. 65, č. 5, s. 526–534.
- BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E., BROWMAN, GEORGE P., BURGERS, JAKO S., CLUZEAU, FRANCOISE, FEDER, GENE, FERVERS, BÉATRICE, GRAHAM, IAN D., GRIMSHAW, JEREMY, HANNA, STEVEN E., LITTLEJOHNS, PETER, MAKARSKI, JULIE, ZITZELSBERGER, LOUISE, CONSORTIUM, FOR THE AGREE NEXT STEPS. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2010, roč. 182, č. 18, s. E839–E842.

- BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E., BROWMAN, GEORGE P., BURGERS, JAKO S., CLUZEAU, FRANÇOISE, FEDER, GENE, FERVERS, BÉATRICE, GRAHAM, IAN D., HANNA, STEVEN E., MAKARSKI, JULIE, CONSORTIUM, FOR THE AGREE NEXT STEPS. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Canadian Medical Association Journal*. 2010, roč. 182, č. 10, s. 1045–1052.
- BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E., BROWMAN, GEORGE P., BURGERS, JAKO S., CLUZEAU, FRANÇOISE, FEDER, GENE, FERVERS, BÉATRICE, GRAHAM, IAN D., HANNA, STEVEN E., MAKARSKI, JULIE, CONSORTIUM, FOR THE AGREE NEXT STEPS. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Canadian Medical Association Journal*. 2010, roč. 182, č. 10, s. E472–E478.
- BROUWERS, MELISSA, MAKARSKI, JULIE, BROWMAN, GEORGE P., BURGERS, JAKO, CLUZEAU, FRANÇOISE, DAVIS, DAVE, FEDER, GENE, FERVERS, BEATRICE, GRAHAM, IAN D., GRIMSHAW, JEREMY, HANNA, STEVEN E., KHO, MICHELLE E., LITTLEJOHNS, PETER, ZITZELSBERGER, LOUISE. AGREE II train the trainer. *Acta Med Port*. 2009, roč. 22, č. 5, s. 62–63.
- BROUWERS, MELISSA, MAKARSKI, JULIE, BROWMAN, GEORGE P., BURGERS, JAKO, CLUZEAU, FRANÇOISE, DAVIS, DAVE, FEDER, GENE, FERVERS, BEATRICE, GRAHAM, IAN D., GRIMSHAW, JEREMY, HANNA, STEVEN E., KHO, MICHELLE E., LITTLEJOHNS, PETER, ZITZELSBERGER, LOUISE. A training introduction to AGREE II. *Acta Med Port*. 2009, roč. 22, č. 5, s. 61.
- BROUWERS, MELISSA, MAKARSKI, JULIE, LEVINSON, ANTHONY. A randomized trial to evaluate e-learning interventions designed to improve learner's performance, satisfaction, and self-efficacy with the AGREE II. *Implementation Science*. 2010, roč. 5, č. 1, s.86–87
- BURGERS, J. S., CLUZEAU, F. A., HANNA, S. E., HUNT, C., GROU, R. Characteristics of high-quality guidelines: evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. Evaluation Studie Research Support, Non-U.S. Gov't. *Int J Technol Assess Health Care*. 2003, roč. 19, č. 1, s. 148–157.
- BURGERS, JAKO S. Guideline Quality and Guideline Content: Are They Related? *Clinical Chemistry*. 2006, roč. 52, č. 1, s. 3–4.
- BURLS, A. AGREE II-improving the quality of clinical care. *Lancet*. 2010, roč. 376, č. 9747, s. 1128–1129.
- CARTHEY, J., WALKER, S., DEELCHAND, V., VINCENT, C., GRIFFITHS, W. H. Breaking the rules: understanding non-compliance with policies and guidelines. Research Support, Non-U.S. Gov't. *BMJ*. 2011, roč. 343, č. s. d5283.
- CARVETH, S. Standards for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *JAMA*. 1974, roč. 227, č. 7, s. 796–797.
- CLUZEAU, F., LITTLEJOHNS, P., GRIMSHAW, J. M. Appraising clinical guidelines: towards a "which" guide for purchasers. Editorial. *Qual Health Care*. 1994, roč. 3, č. 3, s. 121-122.
- CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P, GRIMSHAW, JM, FEDER, G, MORAN, SE. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999, roč. 11, č. 1, s. 21–28.
- CLUZEAU, FRANÇOISE, LITTLEJOHNS, PETER, GRIMSHAW, JEREMY, HOPKINS, ANTHONY. Appraising clinical guidelines and the development of criteria—a pilot study. *Journal of Interprofessional Care*. 1995, roč. 9, č. 3, s. 227–235.
- CUTCHIE, W. A., CHEUNG, N. W., SIMMONS, D. Comparison of international and New Zealand guidelines for the care of pregnant women with diabetes. Comparative Study Review. *Diabet Med*. 2006, roč. 23, č. 5, s. 460–468.

- DAVIS, M. H., HARDEN, R. M. Problem-based learning : a practical guide. vyd. Association for Medical Education in Europe. 1999. 1903934168.
- DAWES, JOHN. Do data characteristics change according to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales. *International Journal of Market Research*. 2008, roč. 50, č. 1, s. 61.
- DE MAESENEER, JAN, DERESE, ANSELM. Editorial: European general practice guidelines: a step too far? *European Journal of General Practice*. 1999, roč. 5, č. 3, s. 86–87.
- DENT, JOHN A. MMEDED, HARDEN, RONALD M. A practical guide for medical teachers. 3rd ed. vyd. Edinburgh: Elsevier. 2009. 9780702031236 (pbk.) : '44.99 0702031232 (pbk.) : '44.99.
- DILLMAN, D. A., REDLINE, C. D. Testing paper self-administered questionnaires: Cognitive interview and field test comparisons. In PRESSER, STANLEY (ed.). Methods for testing and evaluating survey questionnaires. vyd. Hoboken, NJ: [Great Britain] : John Wiley & Sons, Inc., 2004. 0471458414, s.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. Review. *Milbank Mem Fund Q*. 1966, roč. 44, č. 3, s. Suppl:166–206.
- DORMONT, BRIGITTE, GRIGNON, MICHEL, HUBER, HÉLÈNE. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*. 2006, roč. 15, č. 9, s. 947–963.
- DRÁBKOVÁ, JARMILA. Kardiopulmonální resuscitace z pohledu roku 2012. *Urgentní medicína*. 2012, roč. 15, č. 2, s. 3–12.
- ECCLES, MARTIN, MITTMAN, BRIAN. Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*. 2006, roč. 1, č. 1, s. 1.
- EDDY, D. M. Practice policies — guidelines for methods. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1990, roč. 263, č. 13, s. 1839–1841.
- EIKERMANN, MICHAELA, HASENBEIN, UWE, HAUSNER, ELKE, HOLZMANN, NICOLE, RÜTHER, ALRIC. Is there an international standard for appraisal of content quality of clinical practice guidelines? Guidelines International Network Conference. Lisbon. 1/11-4/11/2009.
- ELO, S., KYNGAS, H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008, roč. 62, č. 1, s. 107–115.
- FEDER, G., ECCLES, M., GROL, R., GRIFFITHS, C., GRIMSHAW, J. Clinical guidelines: using clinical guidelines. Review. *BMJ*. 1999, roč. 318, č. 7185, s. 728–730.
- FERKET, B. S., COLKESEN, E. B., VISSER, J. J., SPRONK, S., KRAAIJENHAGEN, R. A., STEYERBERG, E. W., HUNINK, M. G. Systematic review of guidelines on cardiovascular risk assessment: Which recommendations should clinicians follow for a cardiovascular health check? Review. *Arch Intern Med*. 2010, roč. 170, č. 1, s. 27–40.
- FERVERS, B., BURGERS, J. S., HAUGH, M. C., LATREILLE, J., MLIKA-CABANNE, N., PAQUET, L., COULOMBE, M., POIRIER, M., BURNAND, B. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Int J Qual Health Care*. 2006, roč. 18, č. 3, s. 167–176.
- FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N., INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.). COMMITTEE TO ADVISE THE PUBLIC HEALTH SERVICE ON CLINICAL PRACTICE GUIDELINES., UNITED STATES. DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Clinical practice guidelines : directions for a new program. vyd. Washington, D.C.: National Academy Press. 1990. 0309043468.

- FISH, DELLA, COLES, COLIN. Medical education : developing a curriculum for practice. vyd. Maidenhead: Open University Press. 2005. 9780335216239 (hbk.) : '65.00 0335216234 (hbk.) : '65.00 9780335216222 (pbk.) : '22.99 0335216226 (pbk.) : '22.99.
- FLAHERTY, JOSEPH A., GAVIRIA, F. MOISES, PATHAK, DEV, MITCHELL, TIMOTHY, WINTROB, RONALD, RICHMAN, JUDITH A., BIRZ, SUSAN. Developing Instruments for Cross-Cultural Psychiatric Research. *J Nerv Ment Dis.* 1988, roč. 176, č. 5, s. 260–263.
- FORLAND, FRODE, SÁNCHEZ, ALEX, MCCALLUM, JOHN. Development of public health guidance in settings with lack of evidence and lck of time. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.
- GAGLIARDI, A. R., BROUWERS, M. C., PALDA, V. A., LEMIEUX-CHARLES, L., GRIMSHAW, J. M. An exploration of how guideline developer capacity and guideline implementability influence implementation and adoption: study protocol. *Implement Sci.* 2009, roč. 4, č. s. 36.
- GAITAN, HERNANDO. Adapting or de novo development of clinical practice guidelines: Colombian experience. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.
- GIGNON, M., BRAILLON, A., CHAINE, F. X., DUBOIS, G. Le dépistage du cancer de la prostate : heterogeneites des recommandations. Une exception francaise? *Can J Public Health.* 2007, roč. 98, č. 3, s. 212–216.
- GILLHAM, BILL. The research interview. vyd. London: Continuum. 2000. 082644797X (pbk.).
- GILLHAM, BILL. Developing a questionnaire. 2nd ed. vyd. London: Continuum. 2008. 9780826496317 (pbk.) : '14.99 0826496318 (pbk.) : '14.99.
- GILLHAM, BILL. Small-scale social survey methods. vyd. London: Continuum. 2008. 9780826496300.
- GRAHAM, I. D., CALDER, L. A., HEBERT, P. C., CARTER, A. O., TETROE, J. M. A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments. Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Int J Technol Assess Health Care.* 2000, roč. 16, č. 4, s. 1024–1038.
- GRAHAM, NANCY O. Quality in health care : theory, application, and evolution. vyd. Gaithersburg, Md.: Aspen Publishers. 1995. 0834206250.
- GRANT, JANET. Principles of curriculum design. vyd. Edinburgh: ASME. 2006. 9780904473360 (pbk.) 0904473368 (pbk.).
- GRAY, J. A. MUIR. How to get better value healthcare. 2nd ed. vyd. Oxford: Offox. 2011. 9781904202066 (pbk.) : '9.99 1904202063 (pbk.) : '9.99.
- GRAY, J. A. MUIR, GRAY, J. A. MUIR EVIDENCE-BASED HEALTHCARE. Evidence-based healthcare and public health : how to make decisions about health services and public health. 3rd ed. vyd. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2009. 9780443101236 (pbk.) : '34.99 044310123X (pbk.) : '34.99.
- GRILLI, R. [Toward the efficacy of clinical appropriateness: national program for guidelines]. Editorial. *Epidemiol Prev.* 2000, roč. 24, č. 2, s. 54–56.
- GRIMSHAW, J. M., HUTCHINSON, A. Clinical practice guidelines - do they enhance value for money in health care? Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Br Med Bull.* 1995, roč. 51, č. 4, s. 927–940.
- GRIMSHAW, J. M., RUSSELL, I. T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Lancet.* 1993, roč. 342, č. 8883, s. 1317–1322.

- GRIMSHAW, J., RUSSELL, I. Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Qual Health Care*. 1993, roč. 2, č. 4, s. 243–248.
- GROL, R. Improving the quality of medical care: Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2001, roč. 286, č. 20, s. 2578–2585.
- GROL, R. Has guideline development gone astray? Yes. *BMJ*. 2010, roč. 340, č. s. c306.
- GROL, R., CLUZEAU, F. A., BURGERS, J. S. Clinical practice guidelines: towards better quality guidelines and increased international collaboration. Editorial. *Br J Cancer*. 2003, roč. 89 Suppl 1, č. s. S4–S8.
- GROL, R., CLUZEAU, F. A., BURGERS, J. S. Clinical practice guidelines: towards better quality guidelines and increased international collaboration. *Br J Cancer*. 2003, roč. 89, č. S1, s. S4–S8.
- GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK. *Introduction* [online]. Guidelines International Network. [cit. 11/09]. Dostupné na <<http://www.g-i-n.net/about-g-i-n>>.
- GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C., BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *J Clin Epidemiol*. 1993, roč. 46, č. 12, s. 1417–1432.
- SCHUNEMANN, H. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Ann Intern Med*. 2010, roč. 152, č. 11, s. 738–741.
- HAMMICK, MARILYN, OLCKERS, LORNA, CAMPION-SMITH, CHARLES. Learning in interprofessional teams. vyd. Dundee: Association for Medical Education in Europe. 2010. 9781903934524 (pbk.).
- HARDEN, R. M., CROSBY, J. R., DAVIS, M. H. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education. *Med Teach*. 1999, roč. 21, č. 1, s. 7–14.
- HARDEN, R. M., CROSBY, J. R., DAVIS, M. H., FIEDMAN, M. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Med Teach*. 1999, roč. 21, č. 6, s. 546–552.
- HARDEN, RONALD M., LAIDLAW, JENNIFER M. Essential skills for a medical teacher : an introduction to teaching and learning in medicine. vyd. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2012. 9780702045820.
- HARKNESS, JANET, PENNELL, BETH-ELLEN, SCHOUA-GLUSBERG, ALISÚ. Survey questionnaire translation and assessment. In PRESSER, STANLEY, ROTHGEB, JENNIFER M., COUPER, MICK P., LESSLER, JUDITH T., MARTIN, ELIZABETH, MARTIN, JEAN, SINGER, ELEANOR (ed.). *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. vyd. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2004. 0471458414, s.
- HARSTALL, CHRISTA, TAENZER, PAUL, MOGA, CARMEN, ANGUS, DONNA, SCOTT, ANN. Adapting the ADAPTE Framework. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2010, roč. 143, č. 1 suppl, s. 25–26.
- HAYWARD, J. Purchasing clinically effective care. Editorial. *BMJ*. 1994, roč. 309, č. 6958, s. 823–824.
- HAYWARD, R. S., LAUPACIS, A. Initiating, conducting and maintaining guidelines development programs. *Canadian Medical Association Journal*. 1993, roč. 148, č. 4, s. 507–512.
- HAYWARD, R. S., WILSON, M. C., TUNIS, S. R., BASS, E. B., RUBIN, H. R., HAYNES, R. B. More informative abstracts of articles describing clinical practice guidelines. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Ann Intern Med*. 1993, roč. 118, č. 9, s. 731–737.

- HILL, K M, LALOR, E E. How useful is an online tool to facilitate guideline implementation? Feasibility study of using eGLIA by stroke clinicians in Australia. *Quality and Safety in Health Care*. 2009, roč. 18, č. 2, s. 157–159.
- HIRSCH, J. E. An index to quantify an individual's scientific research output. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2005, roč. 102, č. 46, s. 16569–16572.
- HSIEH, HF, SHANNON, SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005, roč. 15, č. s. 1277–1288.
- HUNT, S. M., BHOPAL, R. Self report in clinical and epidemiological studies with non-English speakers: the challenge of language and culture. *J Epidemiol Community Health*. 2004, roč. 58, č. 7, s. 618–622.
- HUNT, SONJA M., ALONSO, JORDI, BUCQUET, DENIS, NIERO, MAURO, WIKLUND, INGELA, MCKENNA, STEPHEN. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy*. 1991, roč. 19, č. 1, s. 33–44.
- HUTCHISON, G. Guidelines can harm patients too. *BMJ*. 2012, roč. 344, č. s. e2685.
- CHA, EUN-SEOK, KIM, KEVIN H., ERLÉN, JUDITH A. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, roč. 58, č. 4, s. 386–395.
- CHASSIN, M. R. Standards of care in medicine. *Inquiry*. 1988, roč. 25, č. 4, s. 437–453.
- CHEN, YAOLONG, YUNG, KEHU, WANG, ZEHAO, YAO, LIANG, LIANG, HUI, XU, HUI, WANG, QI, LIANG, FUXIANG. How many evidence based guidelines in China? Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.
- INSTITUTE OF MEDICINE, (ed.). Guidelines for clinical practice: from development to use. vyd. Washington, D.C.: National Academy Press, 1992. 0309045894 (alk. paper), s. xi, 426 p.
- INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE, GUIDELINES. Clinical practice guidelines we can trust. vyd. Washington, D.C.: National Academies Press. 2011. 9780309164221 (pbk.) 0309164222 (pbk.) 9780309164238 (pdf) 0309164230 (pdf).
- JACKSON, RODNEY, FEDER, GENE. Guidelines for clinical guidelines. *BMJ*. 1998, roč. 317, č. 7156, s. 427–428.
- JERAK, TEUN ZUIDERENT, ZUIDERENT, SONJA JERAK, DRESSENS, DUNJA, VAN EVERDINGEN, JANNES. Safety (norms) in guidelines: handle with care? Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.
- KERN, DAVID E., THOMAS, PATRICIA A., HUGHES, MARK T. Curriculum development for medical education : a six-step approach. 2nd ed. vyd. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2009. 9780801893667 (cased) 0801893666 (cased) 9780801893674 (pbk.) 0801893674 (pbk.).
- KESICKI, FABIAN. The third oil price surge – What's different this time? *Energy Policy*. 2010, roč. 38, č. 3, s. 1596–1606.
- KETOLA, E., TOROPAINEN, E., KAILA, M., LUOTO, R., MAKELA, M. Prioritizing guideline topics: development and evaluation of a practical tool. *J Eval Clin Pract*. 2007, roč. 13, č. 4, s. 627–631.
- KOLLER, M., KANTZER, V., MEAR, I., ZARZAR, K., MARTIN, M., GREIMEL, E., BOTTOMLEY, A., ARNOTT, M., KULIS, D., ISOQOL, TCA-SIG. The process of reconciliation: evaluation of guidelines for translating quality-of-life questionnaires. Review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012, roč. 12, č. 2, s. 189–197.

- KOTTER, THOMAS, BLOZIK, EVA, SCHERER, MARTIN. Methods for the guideline-based development of quality indicators--a systematic review. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, č. 1, s. 21.
- KUNG, J., MILLER, R. R., MACKOWIAK, P. A. Failure of clinical practice guidelines to meet institute of medicine standards: Two more decades of little, if any, progress. *Arch Intern Med*. 2012, roč. 172, č. 21, s. 1628–1633.
- LANGER, B. Declaration of conflicts of interest in German clinical practice guidelines. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.
- LEE, Y. K., SHIN, E., SHIM, E., MIN, K. J., KIM, J. M., LEE, S. Developing scoring guide for AGREE II instrument in Korea: a modified Delphi approach. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8–22/8/2012.
- LEE, YOU KYOUNG, SEO, JU-HYUN, SHIM, JAE-YONG, PARK, JONG-IK, KIM, JUN-MO, LEE, SUNHEE. Development and implementation of K-AGREE evaluation tool in Korea. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.
- LENG, G., CHRISP, P., BIRTLES, S., KUNNAMMO, I. What makes a good guideline? Evidence from NICE accreditation. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8–22/8/2012.
- LICENIK, R., KLIKOVA, K., OSINOVA, D., DOUBRAVSKA, S., IVANOVA, K. Ethical principles in guidelines, it is never ending story. *BMJ Quality & Safety*. 2013, roč. 22, č. Suppl 1, s. A14.
- LÍČENÍK, RADIM. Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 2009. 9788024422657.
- LÍČENÍK, RADIM. Ethical aspects of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*. 2010, roč. č. s.
- LÍČENÍK, RADIM, KURFÜRST, PAVEL, IVANOVÁ, KATEŘINA. AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci. vyd. Univerzita Palackého v Olomouci. 2013.
- LIGHTER, DONALD E., FAIR, DOUGLAS C. Principles and methods of quality management in health care. vyd. Gaithersburg, Md.: Aspen Publishers. 2000. 0834218615.
- LISHCHYSHYNA, O., KRAVETS, O. Training in AGREE instrument using for multidisciplinary groups members. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8–22/8/2012.
- LOKE, J. F., YAP, E. Z. Development of an integrated care pathway for acute stroke management in Singapore. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.
- LUGTENBERG, M., BURGERS, J. S., WESTERT, G. P. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. Review. *Qual Saf Health Care*. 2009, roč. 18, č. 5, s. 385–392.
- MACDERMID, J. C., BROOKS, D., SOLWAY, S., SWITZER-MCINTYRE, S., BROSSEAU, L., GRAHAM, I. D. Reliability and validity of the AGREE instrument used by physical therapists in assessment of clinical practice guidelines. Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies. *BMC Health Serv Res*. 2005, roč. 5, č. 1, s. 18.
- MAKOVER, HENRY B. The Quality of Medical Care: Methodology of Survey of the Medical Groups Associated with the Health Insurance Plan of New York\*. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 1951, roč. 41, č. 7, s. 824–832.



- MANDYSOVÁ, PETRA , HLAVÁČKOVÁ, EVA. Translating foreign-developed instruments to guide nursing practice in the czech republic: do they encourage evidence-based nursing? *Profese on-line* [online]. 2010, roč. 3, č. 3 [cit. 30/08/2013]. Dostupné na <<http://profeseonline.upol.cz/translating-foreign-developed-instruments-to-guide-nursing-practice-in-the-czech-republic-do-they-encourage-evidence-based-nursing/>>.
- MANEESRIWONGUL, WANTANA, DIXON, JANE K. Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, roč. 48, č. 2, s. 175-186.
- MCMURDO, MARION ET Remedy for Guideline Fatigue Syndrome. Rapid response. *Br Med J*. 2010, roč. č. s.
- MEDICINE, AMERICAN ACADEMY OF SLEEP. *The international classification of sleep disorders. Diagnostic and Coding Manual* [online]. American Academy of Sleep Medicine, 2005. [cit. 02/02/2013]. Dostupné na <<http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>>. ISBN 0-9657220-1-5.
- MEDICINE, U.S. NATIONAL LIBRARY OF. *Fact Sheet MEDLINE®* [online]. U.S. National Library of Medicine. [cit. 11/09/2013]. Dostupné n <<http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>>.
- MILLER, DELBERT C., SALKIND, NEIL J., MILLER, DELBERT C. HANDBOOK OF RESEARCH DESIGN, SOCIAL MEASUREMENT. 5TH, ED. Handbook of research design and social measurement. 6th ed. / edited by Delbert C. Miller (deceased), Neil J. Salkind. vyd. Thousand Oaks, CA ; London: Sage Publications, Inc. 2002. 0761920463 (pbk.) : No price 0761920455 (cased) : No price.
- MINISTRY OF DEFENCE. *Clinical Guidelines for Operations. Joint Service Publication JSP 999* [online]. Ministry of Defence. [cit. 10/09/2013]. Dostupné na <[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/79106/20121204-8-AVB-CGO\\_Online\\_2012.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/79106/20121204-8-AVB-CGO_Online_2012.pdf)>.
- MOHER, DAVID, SCHULZ, KENNETH F., SIMERA, IVETA, ALTMAN, DOUGLAS G. Guidance for Developers of Health Research Reporting Guidelines. *PLoS Med*. 2010, roč. 7, č. 2, s. e1000217.
- NAGY, E., WATINE, J., BUNTING, P. S., ONODY, R., OOSTERHUIS, W. P., ROGIC, D., SANDBERG, S., BODA, K., HORVATH, A. R., MELLITUS, IFCC TASK FORCE ON THE GLOBAL CAMPAIGN FOR DIABETES. Do guidelines for the diagnosis and monitoring of diabetes mellitus fulfill the criteria of evidence-based guideline development? *Clinical Chemistry*. 2008, roč. 54, č. 11, s. 1872-1882.
- OPPENHEIM, A. N. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement. 2nd ed. vyd. Pinter Publr. 1992. 1855670437 1855670445 (pbk).
- OXMAN, A. D., GLASZIOU, P., WILLIAMS, J. W., JR. What should clinicians do when faced with conflicting recommendations? Editorial. *BMJ*. 2008, roč. 337, č. s. a2530.
- OXMAN, A. D., SCHUNEMANN, H. J., FRETHEIM, A. Improving the use of research evidence in guideline development: 16. Evaluation. *Health Res Policy Syst*. 2006, roč. 4, č. s. 28.
- PALA, KAREL, VŠIANSKÝ, JAN. Slovník českých synonym. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 2000. 8071064505.
- PANTOFLÍČEK, JAROSLAV, RYSKA, MIROSLAV, SUCHÝ, MILOŠ, BĚLINA, FRANTIŠEK , NOVÁKOVÁ, JANA. Aspekty tvorby klinických doporučených postupů onkochirurgické péče – praktické zkušenosti. 3. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 11/11/2011.
- PATKAR, V., HURT, C., STEELE, R., LOVE, S., PURUSHOTHAM, A., WILLIAMS, M., THOMSON, R., FOX, J. Evidence-based guidelines and decision support services: A discussion and evaluation in triple assessment of suspected breast cancer. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Br J Cancer*. 2006, roč. 95, č. 11, s. 1490–1496.

- PEÑA, ELIZABETH D. Lost in Translation: Methodological Considerations in Cross-Cultural Research. *Child Development*. 2007, roč. 78, č. 4, s. 1255–1264.
- PENTHEROUDAKIS, G., STAHEL, R., HANSEN, H., PAVLIDIS, N. Heterogeneity in cancer guidelines: should we eradicate or tolerate? *Ann Oncol*. 2008, roč. 19, č. 12, s. 2067–2078.
- PETRÁČKOVÁ, VĚRA, KRAUS, JIŘÍ, BUCHTELOVÁ, RŮŽENA, CONFORTIOVÁ, HELENA, ČERVENÁ, VLASTA, HOVORKOVÁ, MARTINA, CHURAVÝ, MILOSLAV, KRAUS, JIŘÍ, KROUPOVÁ, LIBUŠE, LUDVÍKOVÁ, MARIE, MACHAČ, JAROSLAV, MEJSTŘÍK, VLADIMÍR, POŠTOLKOVÁ, BĚLA, ROUDNÝ, MIROSLAV, SCHMIEDTOVÁ, VĚRA, ŠROUFKOVÁ, MILOSLAVA, UNGERMANN, VLADIMÍR. Akademický slovník cizích slov. I. díl A-K. vyd. Praha: Academia. 1995. 8020005234.
- PHILIP, T., FERVERS, B., HAUGH, M., OTTER, R., BROWMAN, G. European cooperation for clinical practice guidelines in cancer. Comment Editorial. *Br J Cancer*. 2003, roč. 89 Suppl 1, č. s. S1-3.
- POOLMAN, R. W., VERHEYEN, C. C., KERKHOFFS, G. M., BHANDARI, M., SCHUNEMANN, H. J., INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED ORTHOPEDIC SURGERY WORKING, GROUP. From evidence to action: Understanding clinical practice guidelines. *Acta Orthop*. 2009, roč. 80, č. 1, s. 113–118.
- QASEEM, AMIR, FORLAND, FRODE, MACBETH, FERGUS, OLLENSCHLÄGER, GÜNTER, PHILLIPS, SUE, VAN DER WEES, PHILIP. Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med*. 2012, roč. 156, č. 7, s. 525–531.
- RANSOHOFF, D. F., PIGNONE, M., SOX, H. C. Development of trustworthy practice guidelines—reply. *JAMA*. 2013, roč. 309, č. 18, s. 1890–1891.
- RANSOHOFF, D. F., PIGNONE, M., SOX, H. C. How to decide whether a clinical practice guideline is trustworthy. *JAMA*. 2013, roč. 309, č. 2, s. 139–140.
- RASHIDIAN, ARASH, YOUSEFI, REZA. Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.
- RICHMOND, T. K., FREED, G. L., CLARK, S. J., CABANA, M. D., AMERICAN ACADEMY OF, PEDIATRICS, AMERICAN ACADEMY OF FAMILY, PRACTICE, MATERNAL CHILD HEALTH, BUREAU, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION -- GUIDELINES FOR ADOLESCENT PREVENTIVE, SERVICES, UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK, FORCE, EARLY, PERIODIC SCREENING, DIAGNOSIS, TREATMENT, NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY, ASSURANCE. Guidelines for adolescent well care: is there consensus? Practice Guideline Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review. *Curr Opin Pediatr*. 2006, roč. 18, č. 4, s. 365–370.
- SACKETT, D. L. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002, roč. 167, č. 4, s. 363–364.
- SAVEDOFF, WILLIAM D., DE FERRANTI, DAVID, SMITH, AMY L., FAN, VICTORIA. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*. 2012, roč. 380, č. 9845, s. 924–932.
- SCOTT, N. A., MOGA, C., HARSTALL, C. Making the AGREE tool more user-friendly: the feasibility of a user guide based on Boolean operators. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *J Eval Clin Pract*. 2009, roč. 15, č. 6, s. 1061–1073.
- SHANEYFELT, T. In guidelines we cannot trust. Comment. *Arch Intern Med*. 2012, roč. 172, č. 21, s. 1633–1634.

- SHANEYFELT, T. M., MAYO-SMITH, M. F., ROTHWANGL, J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA*. 1999, roč. 281, č. 20, s. 1900–1905.
- SHEKELLE, P. G., KRAVITZ, R. L., BEART, J., MARGER, M., WANG, M., LEE, M. Are nonspecific practice guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. *Health Serv Res*. 2000, roč. 34, č. 7, s. 1429–1448.
- SHEKELLE, PAUL, WOOLF, STEVEN, GRIMSHAW, JEREMY, SCHUNEMANN, HOLGER, ECCLES, MARTIN. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, č. 1, s. 62.
- SHIFFMAN, RN, DIXON, J, BRANDT, C, ESSAIHI, A, HSIAO, A, MICHEL, G, O'CONNELL, R. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2005, roč. 5, č. s. 23.
- SHIN, E. S., LEE, S. H., JUNG, Y. M., JANG, J. E., KIM, M. J. Development of web-based guideline evaluation and reporting system using AGREE II. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8–22/8/2012.
- SCHUNEMANN, H. J., FRETHEIM, A., OXMAN, A. D., RESEARCH, W. H. O. ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Res Policy Syst*. 2006, roč. 4, č. s. 13.
- SCHWARTZ, PETER, MENNIN, STEWART, WEBB, GRAHAM. Problem-based learning : case studies, experience and practice. vyd. London: Kogan Page. 2001. 0749434929 (pbk.) : '19.99 0749435305 (cased).
- SOLANO-FLORES, WILLY , HURTADO, MARGARITA. *CAHPS Guidelines for Assessing and Selecting Translators and Reviewers* [online]. Agency for Healthcare Research and Quality [cit. 30/08/2013]. Dostupné na [http://www.cahps.ahrq.gov/resources/translator\\_selection\\_guidelines.pdf](http://www.cahps.ahrq.gov/resources/translator_selection_guidelines.pdf).
- SQUIRES, A., AIKEN, L. H., VAN DEN HEEDE, K., SERMEUS, W., BRUYNEEL, L., LINDQVIST, R., SCHOONHOVEN, L., STROMSENG, I., BUSSE, R., BRZOSTEK, T., ENSIO, A., MORENO-CASBAS, M., RAFFERTY, A. M., SCHUBERT, M., ZIKOS, D., MATTHEWS, A. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies. *Int J Nurs Stud*. 2013, roč. 50, č. 2, s. 264–273.
- STREINER, DAVID L., NORMAN, GEOFFREY R. Health measurement scales : a practical guide to their development and use. 4th ed. vyd. Oxford: Oxford University Press. 2008. 9780199231881.
- SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF, ŠKODA, ONDŘEJ, VOHÁŇKA, STANISLAV, EHLER, EDVARD, PÁTÁ, MARTINA, KOŽENÝ, PAVEL, KLIKA, PETR, DUŠEK, LADISLAV. Vývoj Národní sady klinických standardů a ukazatelů zdravotní péče a první výsledky v oboru neurologie. Article. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2010, roč. 73, č. 5, s. 569–577.
- SUCHÝ, MILOŠ, NOVÁKOVÁ, JANA, PÁTÁ, MARTINA. Vývoj klinických doporučených postupů dle metodiky Národního referenčního centra. 3. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 11/11/2011.
- SWANWICK, TIM. Understanding medical education : evidence, theory and practice. vyd. Oxford: Wiley-Blackwell. 2010. 9781405196802 (pbk.) : '39.99 1405196807 (pbk.) : '39.99.

- ŠVEJDA, JAN. *Citační analýza* [online]. Národní knihovna ČR. [cit. 04/09]. Dostupné na <[http://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc\\_number=000000347&local\\_base=KTD](http://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc_number=000000347&local_base=KTD)>.
- TAN, SIOK SWAN, DREESENS, DUNJA, VAN EVERDINGEN, JANNES, BROUWER, WERNER, ZUIDERENT, TEUN. Guidelines and cost effectiveness: a happy marriage? Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08–31/08/2011.
- TAYLOR, DAVID C. M., MIFLIN, BARBARA. Problem-based learning : where are we now? vyd. Dundee: Association for Medical Education in Europe. 2010. 9781903934456 (pbk.).
- 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, č. 1, s. 18–23.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE Collaboration* [online]. AGREE [cit. 01/05]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-research-teams/agree-collaboration/>>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE Next Steps Consortium* [online]. AGREE [cit. 01/05]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-research-teams/agree-next-steps-consortium/>>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument* [online]. [cit. 01/05]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/resource-centre/the-original-agree-instrument/>>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *The AGREE A3 research team* [online]. AGREE [cit. 21/08]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-research-teams/the-agree-a3-research-team/>>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *The AGREE Research Trust* [online]. [cit. 21/08]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/about-the-agree-research-trust/>>.
- TOPINKOVÁ, EVA, JIRÁK, ROMAN, KOŽENÝ, JIŘÍ. Krátká neurokognitivní baterie pro screening demence v klinické praxi: sedmiminutový screeningový test. *Neurologie pro praxi*. 2002, roč. 4, č. 6, s. 323–328.
- TRIANDIS, HARRY C., BRISLIN, RICHARD W. Cross-cultural psychology. *American Psychologist*. 1984, roč. 39, č. 9, s. 1006–1016.
- VLAYEN, JOAN, AERTGEERTS, BERT, HANNES, KARIN, SERMEUS, WALTER, RAMAEKERS, DIRK. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005, roč. 17, č. 3, s. 235–242.
- VON ELM, E., ALTMAN, D. G., EGGER, M., POCOCK, S. J., GOTZSCHE, P. C., VANDENBROUCKE, J. P., INITIATIVE, STROBE. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Practice Guideline Research Support, Non-U.S. Gov't. *BMJ*. 2007, roč. 335, č. 7624, s. 806–808.
- WAN, THOMAS T. H. Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče. Integrovaný přístup k manažerskému rozhodování. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. 1998. 80-7067-834–8.
- WATINE, JOSEPH, FRIEDBERG, BRUNO, NAGY, EVA, ONODY, RITA, OOSTERHUIS, WYTZE, BUNTING, PETER S., CHARET, JEAN-CHRISTOPHE, HORVATH, ANDREA RITA. Conflict between Guideline Methodologic Quality and Recommendation Validity: A Potential Problem for Practitioners. *Clinical Chemistry*. 2006, roč. 52, č. 1, s. 65–72.

- WEISZ, GEORGE, CAMBROSIO, ALBERTO, KEATING, PETER, KNAAPEN, LOES, SCHLICH, THOMAS, TOURNAY, VIRGINIE J. The Emergence of Clinical Practice Guidelines. *The Milbank Quarterly*. 2007, roč. 85, č. 4, s. 691–727.
- WENSING, M., GRIMSHAW, J. M., ECCLES, M. P. Does the world need a scientific society for research on how to improve healthcare? Editorial. *Implement Sci*. 2012, roč. 7, č. s. 1–4.
- WILLIS, G. B. Cognitive interviewing revisited: A useful technique, in theory? In PRESSER, STANLEY (ed.). *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. vyd. Hoboken, NJ: [Great Britain] : John Wiley & Sons, Inc., 2004. 0471458414, s.23
- WILTSEY STIRMAN, SHANNON, KIMBERLY, JOHN, COOK, NATASHA, CALLOWAY, AMBER, CASTRO, FRANK, CHARNS, MARTIN. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, č. 1, s. 17.
- WOOLF, STEVEN, SCHUNEMANN, HOLGER, ECCLES, MARTIN, GRIMSHAW, JEREMY, SHEKELLE, PAUL. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, č. 1, s. 61.
- WORRALL, G., CHAULK, P., FRAKE, D. The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ*. 1997, roč. 156, č. 12, s. 1705–1712.
- YUSOF, MOHD AMINUDDIN MOHD., BAKRI, RUGAYAH, SARIMIN, ROZA, KRISHNASAMY, MARIAMMAH, AH MOI, LOONG, THYE, SIN LIAN. S23– An experience using AGREE. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*. 2010, roč. 143, č. 1 suppl, s. 21–22.
- ZAPLETALOVÁ, OLGA, PÍTHA, JIŘÍ, JOSEF, BEDNAŘÍK, AMBLER, ZDENĚK, SCHÜTZNER, JAN, ZÁMEČNÍK, JOSEF, SUCHÝ, MILOŠ, PÁTÁ, MARTINA. Vývoj klinického standardu pro diagnostiku a terapii myasthenia gravis. 25. Český a slovenský neurologický sjezd. Brno. 23-26/11/2011. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, č. Suppl., s. S50.
- ZHANG, W., DOHERTY, M. EULAR recommendations for knee and hip osteoarthritis: a critique of the methodology. Review. *Br J Sports Med*. 2006, roč. 40, č. 8, s. 664–669.



KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Líčeník, Radim

Klinicky doporučené postupy I / Radim Líčeník. – 1. vyd. – Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2013. – 136 s. – (Monografie)

Anglické resumé

ISBN 978-80-244-3983-9 (brož.)

616 \* 614.2 \* 616-08 \* 303.094.5

- klinické lékařství
- zdravotní péče
- terapeutické postupy – metodologie
- evaluace
- monografie

616 – Patologie. Klinická medicína [14]

Mgr. MUDr. Radim Líčeník

## Klinicky doporučené postupy I

Výkonný redaktor prof. RNDr. Hana Kolářová, CSc.

Odpovědný redaktor Mgr. Jana Kopečková

Technická redakce Jan Svoboda

Grafické zpracování obálky Jan Svoboda

„Publikace ve vydavatelství neprošla redakční jazykovou úpravou.“

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

[www.vydavatelstvi.upol.cz](http://www.vydavatelstvi.upol.cz)

[www.e-shop.upol.cz](http://www.e-shop.upol.cz) "

[vup@upol.cz](mailto:vup@upol.cz)

1. vydání

Olomouc 2013

Ediční řada – Monografie

ISBN 978-80-244-3983-9

Neprodejná publikace

VUP 2013/934