

Klinické doporučené postupy II

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 978-80-244-3984-6

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

I	HODNOCENÍ KVALITY NOVÉ SADY KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ ČESKÉ NEUROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI	7
1	VÝZKUMNÁ OTÁZKA	8
2	MATERIÁL A METODY	8
2.1	Zdroje dat a vyhledávací strategie	8
2.2	Deskriptivní analýza hodnocených klinických doporučených postupů	13
2.3	Hodnocení kvality KDP	14
2.4	Syntéza dat	18
2.5	Analýza dat	18
2.6	Statistická analýza	19
2.7	Zpětná vazba od odborníků	19
3	VÝSLEDKY	20
3.1	Charakteristika hodnocených klinických doporučených postupů a procesu tvorby podle metodiky NRC	25
3.2	Kvalita hodnocených klinických doporučených postupů	84
3.3	Zpětná vazba od odborníků	94
3.4	Kvalita důkazů v doporučených postupech	94
4	DISKUSE	101
4.1	Hodnocení vlastních výsledků	101
4.2	Slabé stránky studie	111
4.3	Silné stránky studie	112
4.4	Potenciální dopady studie	112
4.5	Jiné studie hodnotící kvalitu klinických doporučených postupů	114
5	ZÁVĚR	118
	SEZNAM ZKRATEK	119
	SEZNAM TABULEK	121

SEZNAM GRAFŮ	124
SEZNAM OBRÁZKŮ	125
LITERATURA	126

I HODNOCENÍ KVALITY NOVÉ SADY KLINICKÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ ČESKÉ NEUROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

1 VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Jaká je kvalita nové sady klinických doporučených postupů České neurologické společnosti vytvořené podle metodiky Národního referenčního centra v letech 2010 až 2012?

2 MATERIÁL A METODY

2.1 Zdroje dat a vyhledávací strategie

V tomto oddíle je popsáno složení skupiny, která provedla hodnocení sady KDP a spolupracující odborníci a instituce. Dále je uveden časový postup a strategie práce se zdroji informací.

2.1.1 Pracovní skupina a spolupracující instituce

Pracovní skupinu tvořili pracovníci Centra pro klinické doporučené postupy Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Jsou odborníky na metodologii tvorby, adaptace, implementace a evaluace doporučených postupů a zároveň jsou specializovaní v různých klinických oborech. Na studii se účastnili jako hodnotitelé KDP (viz Tabulka 14).

Na studii spolupracovali i pracovníci Národního referenčního centra. MUDr. Miloš Suchý jako řešitel projektu IGA č. 10650-3/2009 „Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb“ a jeden z hlavních autorů

metodiky NRC se účastnil formou konzultací. Doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., vedoucí Ústavu ošetrovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity se na studii podílela formou externí odborné analýzy hodnocení kvality KDP.

2.1.2 Návrh a plán vyhledávání zdrojů

2.1.2.1 Zdroje dat

Neurologická sada klinických doporučených postupů zvolená pro hodnocení kvality byla publikována jako monografie¹, některé KDP vyšly časopisecky^{2,3} a všechny jsou také dostupné na internetových stránkách Národního registru standardů zdravotních služeb NRC⁴ a České neurologické společnosti⁵.

Metodologické materiály byly publikovány v obecné části monografie neurologické sady KDP⁶. Podrobná metodologická dokumentace byla publikována v Závěrečné zprávě o řešení projektu IGA č. 10650-3/2009 „Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb“ a především v jejích přílohách.⁷ Všechny tyto přílohy jsou dostupné na internetových stránkách NRC. Závěrečná zpráva má celkem 45 příloh o celkovém počtu stran 825 (viz Tabulka 13). Obecné informace o metodice tvorby KDP NRC byly publikovány v odborných časopisech⁸ a prezentovány na odborných konferencích⁹. Konkrétní údaje o tvorbě

¹Srov. SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF (ed.). Klinické doporučené postupy v neurologii I s.

²Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj. Klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2012, roč. 75, s. 93–101.

³Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV aj. Standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a plazmaferézou. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2010, roč. 73, s. 579–589.

⁴Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady standardů zdravotních služeb* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/>>.

⁵Srov. ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČOST. *Doporučené postupy* [online]. <<http://www.czech-neuro.cz/rubrika/37-Doporucene-postupy/index.htm>>.

⁶Srov. SUCHÝ, MILOŠ, LÍČENÍK, RADIM aj., "Obecná část."

⁷Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Závěrečná zpráva o řešení projektu č. NS 10650–3/2009 podpořeného Interní grantovou agenturou MZ ČR "Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb"* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/index.html>>.

⁸Srov. SUCHÝ, MILOŠ, TŮMA, PETR aj. Vývoj Národní sady klinických standardů a ukazatelů zdravotní péče, metodiky a první výsledky. *Zdravotnické noviny*. 2010, roč. s. 1–16.

⁹Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Vývoj a implementace klinických standardů a systému kvality a péče 2011* [online]. <<http://www.nrc.cz/o-nrc/konference-seminare/vyvoj-implementace-klinickyh-standardu-v-systemu-kvality-pece-2011>>.

neurologické sady KDP byly publikovány časopisecky^{10,11} i prezentovány na odborných konferencích.¹² Data o NRC byla získána ze stanov¹³ a výročních zpráv za roky 2003 až 2011^{14,15,16,17,18,19,20,21}.

Tabulka 1 Přílohy závěrečné zprávy IGA č. 10650-3/2009²²

Číslo	Název přílohy / Počet stran	
Východiska		
1A	Od principů k řešení v praxi	11
1B	Historie a současnost vývoje klinických doporučených postupů ve světě	20
1C	Potřeby českého zdravotnictví	16
1D	Zkušenosti s minulým vývojem klinických doporučených postupů v oborech chirurgie a neurologie	6
2	Koncept přenosu znalostí (Knowledge Translation) do praxe	17
Odborné metodiky vývoje KDP		
3A	Principy, forma a styl klinických doporučených postupů	6
3B	Klasifikace klinických doporučených postupů	13
3C	Klinické doporučené postupy a typologie služeb	3
3D	Klasifikační systémy klinických stavů a procedur	5
3E	Vymezení předmětu klinického standardu	6
3F	EBM, kvalita důkazu a síla doporučení	7
3G	Standardy struktury v rámci klinických standardů	26
3I	Aspekty vývoje více-oborových klinických doporučených postupů	6

¹⁰ Srov. BEDNAŘÍK JOSEF, SUCHÝ, MILOŠ aj. Klinické standardy v české neurologii - historie a současnost. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, s. S50.

¹¹ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF aj., "Vývoj Národní sady klinických standardů a ukazatelů zdravotní péče a první výsledky v oboru neurologie."

¹² Srov. SUCHÝ, MILOŠ, JOSEF, BEDNAŘÍK aj. Implementace klinických standardů do praxe neurologických pracovišť. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, s. S50.

¹³ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. Stanovy. *Národní referenční centrum* [online]. <http://nrc.cz/system/files/2011/05/stanovy_nrc_20120502_pdf_29949.pdf>.

¹⁴ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2003 - 2004* [online]. <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2003_2004_pdf_21744.pdf>.

¹⁵ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2005* [online]. <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2005_pdf_11740.pdf>.

¹⁶ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2006* [online]. <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2006_pdf_93284.pdf>.

¹⁷ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2007* [online]. <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2007_pdf_34254.pdf>.

¹⁸ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2008* [online]. <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2008_pdf_79574.pdf>.

¹⁹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2009* [online]. <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2009_pdf_12157.pdf>.

²⁰ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2010* [online]. <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2010_pdf_16175.pdf>.

²¹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2011* [online]. <http://nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2011_pdf_12052.pdf>.

²² Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Projekt IGA MZČR č. 10650-3. Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/index.html>>.

3J	Výklad různých forem prevence	12
3K	Využití algoritmů ve vývoji klinických doporučených postupů	32
3L	Vztah doporučení, kritérium, ukazatel	9
3M	Vyhodnocování klinického standardu	9
3N	Zpracování a vyhodnocení informací pro pacienty	13
3O	Metoda adaptace původních klinických doporučených postupů	7
Metodiky organizace vývoje KDP		
4A	Životní cyklus vývoje klinického standardu	27
4B	Orgány vývoje klinických standardů a proces plánování	10
4C	Proces komunikace se spolupracujícími osobami	10
4D	Příručka pro autory a oponenty klinického standardu	29
4E	Proces oponentury a akceptace	9
4F	Různé typy dokumentů klinických standardů a jejich použití	3
4G	Osnova klinického standardu, Odborná část	29
4H	Osnova klinického standardu, Technická část	16
4J	Osnova klinického standardu, Informace pro pacienty	4
4K	Osnova klinického standardu, Přehled doporučení	4
4L	Výklad používaných pojmů a zkratk pro vývoj klinických standardů	4
Metodiky vývoje UKE		
5A	Přehled metod vývoje ukazatelů kvality a efektivity péče	15
5A1	Metoda vyhodnocení ukazatele	15
5B	Rozšířená standardizace ukazatelů kvality a některé další způsoby úpravy ukazatelů zdravotní péče	45
5B1	Standardizovaná statistická analýza vlivu rizikových faktorů na výsledky sady ukazatelů u mozkového infarktu	106
5C	vývoj procesních ukazatelů odvozených z doporučení vydaných v klinických doporučených postupech	52
5D	Využití ukazatelů kvality a efektivity péče v implementaci klinických doporučených postupů	6
Metody implementace KS a UKE		
6A	Implementace klinických standardů do klinické praxe	35
6B	Ekonomické aspekty klinických standardů	11
Technická podpora vývoje KS a UKE		
7A	Vývoj Registru Národní sady klinických standardů zdravotních služeb	9
7B	Vývoj Registru Národní sady ukazatelů zdravotních služeb	11
7C	Uživatelský manuál pro Registr klinických standardů	11
7D	Uživatelský manuál pro Registr ukazatelů kvality a efektivity péče	17
Další výstupy		
8A	Programy onkologické prevence	6
8B	Centralizace a její vliv na krátkodobé výsledky péče	65
8C	Centralizace onkochirurgické péče a její dopad na přežívání	52

2.1.2.2 Vyhledávací strategie a časový plán

Všechny níže uvedené primární a sekundární zdroje byly systematicky sledovány od roku 2008. Zdroje dat pro analýzu tak byly udržovány aktuální. Poslední aktualizace všech primárních a sekundárních zdrojů byla provedena v únoru 2013. Konkrétní literární odkazy viz 11.1.2.1.

» Primární zdroje o metodologii NRC

Vznik a vývoj metodologie tvorby KDP NRC byl systematicky a pravidelně sledován od roku 2008 do současnosti. Od září 2012 byly několikrát prozkoumány zdroje informací na stránkách NRC, především RNSSZS a RNSUZS. Prohledány byly abstrakta z konferencí České neurologické společnosti, Guidelines International Network, 1. až 3. Národní konference o doporučených postupech, II. Celostátní konference Zvyšování kvality zdravotní péče, bezpečí pacientů a ekonomika v českých nemocnicích (2011) od ledna 2003 do února 2013 a také archiv GIN Newsletter od roku 2007 do 2013. Dále byly systematicky prohledány abstrakta a další dostupné materiály z konferencí a workshopů NRC – Vývoj a implementace klinických standardů a systému kvality a péče 2011, Dopady zavedení klinických doporučených postupů na sledování efektivity poskytované zdravotní péče 2011 a Kvalita péče v metodikách NRC 2010.

» Primární zdroje o neurologické sadě KDP NRC

Jako primární zdroj informací o tvorbě neurologické sady KDP NRC byly využity internetové stránky NRC a České neurologické společnosti. Dalším zdrojem byla monografie Miloše Suchého, Josefa Bednařika a dalších „Klinické doporučené postupy v neurologii I“. Česká neurologická společnost je vydavatelem časopisu Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, jejíž archiv byl systematicky prohledán s využitím nabídky „podrobného vyhledávání“. Vzhledem k tomu, že vyhledávání pomocí klíčových slov, např. doporučení, doporučené postupy, doporučené standardy, nebylo funkční, bylo použito vyhledávání pomocí jmen autorů všech KDP a metodologie NRC.

» Sekundární zdroje o metodologii NRC a neurologické sadě KDP NRC

Sekundárními zdroji informací byly seznamy použité literatury u všech primárních zdrojů

2.2 Deskriptivní analýza hodnocených klinických doporučených postupů

Deskriptivní analýza hodnocených KDP vychází z jednotlivých kroků procesu tvorby, implementace a evaluace.

TVORBA

- I.** Fáze plánování a přípravy
 1. Určení základního rámce, stanovení klinické otázky
 2. Časový plán
 3. Financování tvorby KDP a deklaráce konfliktu zájmů
 4. Skupina pro tvorbu KDP
- II.** Fáze tvorby doporučení
 1. Vyhledávání, přehled a kritické hodnocení důkazů
 2. Ekonomická analýza
 3. Tvorba doporučení
 4. Stanovení kritérií klinického auditu a tvorba ukazatelů péče
- III.** Fáze závěrečná
 1. Oponentury, schvalování a příprava konečné podoby
 2. Plán revize a aktualizace
 3. Diseminace

IMPLEMENTACE

EVALUACE

2.3 Hodnocení kvality KDP

K hodnocení kvality KDP bylo použito mezinárodního generického nástroje pro evaluaci kvality KDP AGREE II. Hodnotilé pracovali s originální verzí v anglickém jazyce, pro kterou byli speciálně vyškoleni.

2.3.1 Hodnotící nástroj

Nástroj AGREE II je generický mezinárodní nástroj pro hodnocení kvality KDP. Byl vyvinut skupinou odborníků sdružených v AGREE Next Steps Consortium, byl představen na workshopu v rámci vědecké konference Guidelines International Network v roce 2009^{23, 24} a publikován v roce 2010.²⁵ Před hodnocením si všichni hodnotilé přečetli sadu neurologických KDP a všechny dostupné metodologické dokumenty.

Nástroj AGREE II má 23 klíčových položek uspořádaných do 6 domén a 2 položky pro celkové hodnocení:

1. **Rámec a účel**
2. **Zapojení zainteresovaných osob**
3. **Přísnost tvorby**
4. **Srozumitelnost**
5. **Použitelnost**
6. **Redakční nezávislost**

Celkové hodnocení

AGREE II obsahuje Uživatelskou příručku, která obsahuje návod k hodnocení a vlastní hodnotící nástroj. V Uživatelské příručce jsou 3 oddíly:

²³ Srov. BROUWERS, MELISSA, MAKARSKI, JULIE aj. A training introduction to AGREE II. *Acta Med Port.* 2009, roč. 22, s. 61.

²⁴ Srov. BROUWERS, MELISSA, MAKARSKI, JULIE aj. AGREE II train the trainer. *Acta Med Port.* 2009, roč. 22, s. 62–63.

²⁵ Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

Popis

Zahrnuje definice, základní koncepty a příklady pro lepší pochopení.

Kde hledat

Uvádí doporučení, ve kterých oddílech najít příslušné informace.

Jak hodnotit

Uvádí podrobná kritéria pro hodnocení a další hlediska jako vodítko.

Každá položka je hodnocena sedmistupňovou Likertovou škálou. Předem bylo stanoveno, že v případě, že KDP neobsahuje některé části důležité pro hodnocení, bude položce přiřazeno skóre 1. Toto hodnocení pak bude uvedeno v komentáři. Pro každou doménu je spočítáno skóre kvality. Celkové skóre je podíl z maximálního možného skóre v doméně. Skóre z jednotlivých domén jsou na sobě nezávislá.

Vzorec pro výpočet celkového skóre:

$$\frac{\text{Získané skóre} - \text{Nejnižší možné skóre}}{\text{Nejvyšší možné skóre} - \text{Nejnižší možné skóre}}$$

Nejvyšší možné skóre = 7 (silně souhlasím) x počet položek x počet hodnotitelů

Nejnižší možné skóre = 1 (silně nesouhlasím) x počet položek x počet hodnotitelů

V závěrečném celkovém hodnocení je v první položce hodnocena kvalita KDP sedmistupňovou Likertovou škálou. Ve druhé položce hodnotitelé doporučují nebo nedoporučují použití KDP v praxi a komentují celkovou kvalitu.

2.3.2 Hodnotitelé

Hodnotiteli KDP bylo 5 pracovníků a spolupracovníků Centra pro klinické doporučené postupy LF UP. Nikdo z hodnotitelů nebyl autorem, spoluautorem nebo členem skupiny pro tvorbu neurologické sady KDP NRC. Všichni se zabývají tvorbou, adaptací, implementací nebo evaluací kvality KDP a mají předchozí zkušenost s evaluací KDP nástrojem AGREE I a II. Všichni mají medicínské vzdělání, dva (RL, SD) jsou také odborníci na obsah a dva (DO, JP) jsou odborníky na některé oblasti KDP, zasahující do jejich vlastní specializace.

Hodnotitelé byli proškoleni v používání nástroje AGREE II. Ke školení bylo využito e-learningových on-line nástrojů AGREE II Training Tools²⁶, které byly vytvořeny, hodnoceny a validovány pracovníky pracovní skupiny AGREE.²⁷ Někteří hodnotitelé se také aktivně účastnili workshopu CKDP o hodnocení kvality KDP a prezentací na Národních konferencích o doporučených postupech v letech 2010 až 2012. tři hodnotitelé se podíleli na překladu AGREE II nástroje do českého a slovenského jazyka (RL, DO, KK). Pro vlastní hodnocení bylo použito on-line hodnotícího nástroje AGREE II a všichni hodnotitelé se registrovali k jeho užívání v prosinci 2012, kdy byl zveřejněn na stránkách AGREE.²⁸ Hodnotitelé dostali e-mailem podrobné instrukce k hodnocení, všechny hodnocené KDP a metodologické materiály. Všechny technické nejasnosti byly vyřešeny před zahájením vlastního hodnocení. Po obdržení a přečtení všech KDP a metodologických materiálů pracoval každý hodnotitel sám, nezávisle a vedoucímu týmu byly průběžně zasílány hodnotící protokoly. Příprava na hodnocení probíhala průběžně v druhé polovině roku 2012 a vlastní hodnocení od prosince 2012 do ledna 2013.

²⁶ THE AGREE RESEARCH TRUST, "AGREE II Training Tools."

²⁷ 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."

²⁸ THE AGREE RESEARCH TRUST. *My AGREE* [online].
<http://www.agreetrust.org/mod_product/agree/myagree.aspx>.

Tabulka 2 Hodnotilé kvality doporučených postupů

1.	Jméno, Příjmení
2.	Tituly
3.	Úloha ve studii
4.	Zaměření v oblasti doporučených postupů
5.	Klinické pracoviště
6.	Klinická specializace
7.	Další vzdělání
8.	Téma závěrečné práce
1.	Radim Líčeník
2.	MUDr., Mgr.
3.	Vedoucí výzkumného týmu, hodnotitel, autor publikací
4.	Tvorba, adaptace, implementace, evaluace, etické aspekty
5.	Hyper Acute Stroke Unit, Northwick Park Hospital, Londýn, Velká Británie
6.	Vnitřní lékařství, neurologie – cerebrovaskulární onemocnění
7.	Magisterské studium, obor Ekonomika a řízení zdravotnictví, LF UP v Olomouci
8.	Téma: Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů
	Doktorské studium, obor Sociální lékařství
	Téma: Implementace a evaluace klinických doporučených postupů
1.	Silvie Doubravská
2.	MUDr.
3.	Hodnotitelka
4.	Evaluace kvality
5.	Hyper Acute Stroke Unit, Northwick Park Hospital, Londýn, Velká Británie
6.	Vnitřní lékařství, neurologie – cerebrovaskulární onemocnění
1.	Katarina Kliková
2.	MUDr.
3.	Hodnotitelka
4.	Tvorba, adaptace, evaluace kvality
5.	Dětské oddělení, Nemocnice Vsetín
6.	Dětské lékařství
7.	Doktorské studium, obor Dětské lékařství, LF UP v Olomouci
8.	Téma: Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů v pediatrii
1.	Denisa Osinová
2.	MUDr.
3.	Hodnotitelka
4.	Tvorba, adaptace, implementace, evaluace kvality
5.	Klinika anesteziologie a resuscitace, Univerzitná nemocnica Martin, Slovenská republika
6.	Anesteziologie a resuscitace, Urgentní medicína a medicína katastrof
7.	Doktorské studium, obor Anesteziologie a resuscitace, Jesseniova LF v Martine

1.	Jan Přeček
2.	MUDr.
3.	Hodnotitel
4.	Tvorba, adaptace, implementace, evaluace kvality
5.	1. Interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc
6.	Vnitřní lékařství, kardiologie
7.	Doktorské studium, obor Vnitřní lékařství, LF UP v Olomouci

2.4 Syntéza dat

Protokoly hodnocení jednotlivých KDP byly průběžně zasílány vedoucímu týmu. Skóre byly zpracovány do přehledných tabulek a připraveny pro analýzu dat. Z pěti hodnotitelů pouze tři (RL, KK, DO) odevzdali všechny hodnotící protokoly v požadovaném čase, dva (SD, JP) odevzdali pouze část protokolů. Do analýzy dat proto byly zařazeny pouze kompletní výstupy od tří hodnotitelů.

2.5 Analýza dat

V rámci analýzy byla zkoumána kvantitativní i kvalitativní data. V prvním kroku byly posouzeny rozdíly v hodnocení mezi jednotlivými hodnotiteli a všechny diskrepance byly diskutovány a odstraněny konsenzem v panelové diskusi. Hodnotitelé však měli možnost opravy jejich skóre pouze v případě, že přehlídli relevantní informace obsažené v KDP nebo metodologických materiálech. V jednotlivých KDP bylo pro každou doménu spočítáno skóre a dále pak skóre celkové. Pro každý hodnocený KDP pak bylo spočítáno průměrné skóre kvality a hodnocené KDP byly srovnány mezi sebou. Komentáře v hodnocených položkách od všech hodnotitelů byly shrnuty a vyhodnoceny.

2.6 Statistická analýza

Pro každý hodnocený KDP byl spočítán průměr a medián celkových skóre v každé doméně, prezentovaných v procentech. Vzhledem k obecné shodě při hodnocení KDP a minimálním rozdílům ve skóre, nebylo relevantní provádět další statistickou analýzu a počítat Kappa koeficient.

2.7 Zpětná vazba od odborníků

Hodnocení neurologické sady KDP nástrojem AGREE II bylo odesláno vybraným odborníkům na metodologii KDP se žádostí o nezávislou oponenturu.

3 VÝSLEDKY

Národní referenční centrum ve spolupráci s osmi odbornými společnostmi vytvořilo, schválilo k tvorbě či rozpracovalo celkem 31 KDP (viz Tabulka 15, Tabulka 19, Tabulka 20, Tabulka 21, Tabulka 21). Z nich 17 již bylo pěti odbornými společnostmi dokončeno a publikováno (viz Tabulka 15). První KDP byl publikován 01/09/2010 a tři dosud poslední KDP 13/08/2012.

Pro hodnocení kvality doporučených postupů byla zvolena sada šesti KDP České neurologické společnosti, vytvořených v letech 2010 až 2012. Hodnoceny byly čtyři Komplexní klinické standardy a dva Technické klinické standardy vytvořené standardní metodikou NRC (viz Tabulka 15). Tyto KDP jsou součástí Národní sady klinických standardů zdravotních služeb. Jejich tvorba probíhala společně s vývojem ukazatelů zdravotních služeb, které jsou součástí Národní sady ukazatelů zdravotních služeb (viz Tabulka 16, Tabulka 18). Obě tyto národní sady jsou dostupné ve vzájemně propojených registrech NSSZS²⁹ a NSUZS³⁰.

Tabulka 3 Seznam dokončených doporučených postupů České neurologické společnosti

Kód	Název	Účinnost od
KKNEU0031	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a neuromyelitis optica ³¹ (RS)	01. 03. 2012
KKNEU0030	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu myasthenia gravis ³² (MG)	01. 12. 2011
TKNEU0029	Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti ³³ (NB)	01. 10. 2011
KKNEU0028	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu narkolepsie ³⁴ (NARKO)	01. 11. 2011
KKNEU0003	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou ³⁵ (CMP)	01. 12. 2011

²⁹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, "Registr národní sady standardů zdravotních služeb."

³⁰ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady ukazatelů zdravotních služeb* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/ukazatele/>>.

³¹ Srov. HAVRDOVÁ, EVA, PIŤHA, JIŘÍ aj. *Klinické doporučené postupy v neurologii I s.*

³² Srov. PIŤHA, JIŘÍ, BEDNAŘÍK, JOSEF aj. *Klinické doporučené postupy v neurologii I s.*

³³ Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj. *Klinické doporučené postupy v neurologii I s.*

³⁴ Srov. ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA aj. *Klinické doporučené postupy v neurologii I s.*

³⁵ Srov. ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID,

TKNEU0001	Klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitními nervosvalovými onemocněními intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou ³⁶ (AINSO)	01. 09. 2010
-----------	--	--------------

Tabulka 4 Propojení KDP a ukazatelů zdravotních služeb

Kód	Název	Ukazatelé
KKNEU0031	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a neuromyelitis optica	ANO
KKNEU0030	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu mysthenia gravis	ANO
TKNEU0029	Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti	ANO
KKNEU0028	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu narkolepsie	NE
KKNEU0003	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou	ANO
TKNEU0001	Klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitními nervosvalovými onemocněními intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou	ANO

Tabulka 5 Seznam dokončených doporučených postupů dalších odborných společností

Kód	Název	Účinnost od
KKPFT0037	Klinický standard komplexní péče o pacienty s bronchogenním malobuněčným karcinomem plic	13. 08. 2012
KKPFT0036	Klinický standard komplexní péče o pacienty s maligním pleurálním mezoteliomem	13. 08. 2012
KKPFT0016	Klinický standard komplexní péče o pacienty s bronchogenním nemalobuněčným karcinomem plic	13. 08. 2012
TKUFY0034	Klinický standard fyzioterapie stresové inkontinence moči žen	04. 05. 2012
KKCHI0024	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění prsu	04. 05. 2012
TKCHI0027	Technologický klinický standard ošetření tříselné kýly	04. 05. 2012
KKCHI0009	Klinický standard pro ošetření pacientů se sekundárním zhoubným onemocněním jater,	20. 01. 2012

SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. *Klinické doporučené postupy v neurologii I s.*

³⁶ Srov. BEDNAŘÍK JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV, EHLER, EDVARD, AMBLER, ZDENĚK, PÍTHA, JIŘÍ, VENCOVSKÝ, JIŘÍ, LITZMAN, JIŘÍ, KOŘÍSTEK, ZDENĚK, PÁTÁ, MARTINA. *Klinické doporučené postupy v neurologii I s.*

	především u kolorektálního karcinomu	
KKCHI0008	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním anu	20. 01. 2012
KKCHI0007	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním pankreatu	20. 01. 2012
KKUCR0012	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zlomeninami horního konce kosti stehenní	20. 01. 2012
KKUCR0011	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zlomeninou dolního konce kosti vřetenní	16. 01. 2012

Tabulka 6 Propojení KDP a ukazatelů zdravotních služeb

Kód	Název	Ukazatelé
KKPFT0037	Klinický standard komplexní péče o pacienty s bronchogenním malobuněčným karcinomem plic	NE
KKPFT0036	Klinický standard komplexní péče o pacienty s maligním pleurálním mezoteliomem	NE
KKPFT0016	Klinický standard komplexní péče o pacienty s bronchogenním nemalobuněčným karcinomem plic	NE
TKUFY0034	Klinický standard fyzioterapie stresové inkontinence moči žen	NE
KKCHI0024	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění prsu	ANO
TKCHI0027	Technologický klinický standard ošetření tříselné kýly	ANO
KKCHI0009	Klinický standard pro ošetření pacientů se sekundárním zhoubným onemocněním jater, především u kolorektálního karcinomu	ANO
KKCHI0008	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním anu	ANO
KKCHI0007	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním pankreatu	ANO
KKUCR0012	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zlomeninami horního konce kosti stehenní	ANO
KKUCR0011	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zlomeninou dolního konce kosti vřetenní	NE

Tabulka 7 Seznam schválených návrhů doporučených postupů NRC

Kód	Název	Datum založení
KKOFT0033	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu katarakty dospělých	10. 06. 2010
KKCHI0026	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění jícnu	03. 03. 2010
KKCHI0018	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění žaludku	25. 02. 2010
KKCHI0006	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním rekta	03. 08. 2009

Tabulka 8 Seznam rozpracovaných návrhů doporučených postupů NRC

Kód	Název	Datum založení
KKGAE0038	Klinický standard komplexního ošetření dospělých s Crohnovou nemocí	06. 12. 2011
TKGAE0022	Klinický standard chirurgického ošetření dospělých Crohnovou nemocí	25. 02. 2010
KKOFT0032	Klinický standard akutní vitreoretinální péče	10. 06. 2010
KKCHI0025	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění štítné žlázy	03. 03. 2010
KKCHI0023	Klinický standard pro prevenci žilní trombózy a plicní embolizace v chirurgických oborech	03. 03. 2010
TKCHI0015	Klinický standard prevence infekce v místě operační rány	25. 02. 2010
KKCHI0021	Klinický standard komplexního ošetření primárního zhoubného onemocnění jater – hepatocelulárního karcinomu	25. 02. 2010
KKCHI0019	Klinický standard komplexního ošetření jater a žlučových cest pro cholangiogenní karcinom	25. 02. 2010
KKCHI0013	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění kolon	23. 02. 2010
TKVLE0002	Prevence onkologických onemocnění v primární péči	26. 05. 2009

Tabulka 9 Odborné společnosti tvořící doporučené postupy pod vedením NRC

Název společnosti (Zkratka)	Počet doporučených postupů			
	dokončené	schválené návrhy	rozpracované	celkem
Česká chirurgická společnost (KKCHI)	5	3	6	14
Česká gastroenterologická společnost (KKGAE)	0	0	2	2
Česká neurologická společnost (KKNEU)	6	0	0	6
Česká oftalmologická společnost (KKOFT)	0	1	1	2
Česká pneumologická a ftizeologická společnost (KKPFT)	3	0	0	3
Česká společnost pro úrazovou chirurgii (KKUCR)	2	0	0	2
Společnost všeobecného lékařství (TKVLE)	0	0	1	1
Unie fyzioterapeutů (TKUFY)	1	0	0	1
Celkem	8	4	10	31

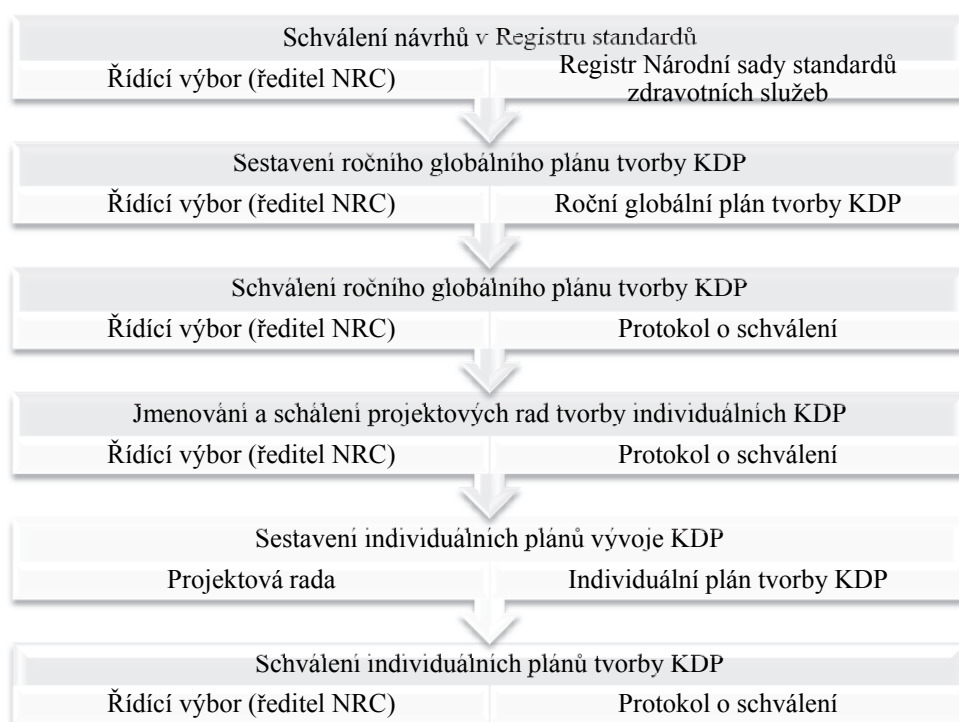
3.1 Charakteristika hodnocených klinických doporučených postupů a procesu tvorby podle metodiky NRC

TVORBA – FÁZE PLÁNOVÁNÍ A PŘÍPRAVY

3.1.1 Určení základního rámce, stanovení klinické otázky

Plánování tvorby KDP probíhá podle standardní formalizované metodiky v jasně definovaných krocích (viz Obrázek 14).³⁷ Jednotlivé KDP NRC jsou tvořeny na základě ročního **globálního plánu** a **individuálních plánů**. Za strategické plánování je odpovědný řídicí výbor (viz 12.1.4).

Obrázek 1 Schéma procesu plánování tvorby doporučených postupů podle metodiky NRC³⁸



³⁷ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Orgány vývoje klinických standardů a proces plánování* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4b_Organy_vyvoje_KS_a_proces_planovani.pdf>. s. 6.

³⁸ Tamtéž. s. 6.

3.1.1.1 Globální plán

Globální plán obsahuje přehled všech KDP, které se budou tvořit v daném roce. Cílem globálního plánu je volba odborných témat, stanovení rámce pro tvorbu KDP a určení konkrétních KDP, které se pak začnou tvořit podle individuálních plánů. Globální plán obsahuje kromě přehledů témat, konkrétních KDP i časový plán tvorby, návrh interních členů skupiny pro tvorbu KDP a návrh rozpočtu. Za globální plán je odpovědný řídicí výbor.³⁹

3.1.1.2 Individuální plán

Jeho součástí je plán konkrétních kroků tvorby jednotlivých KDP. Cílem je naplnění globálního plánu, stanovení jednotlivých kroků tvorby KDP a zajištění návaznosti tvorby KDP a ukazatelů. Individuální plán obsahuje časový harmonogram a stanovuje odpovědnost za jednotlivé kroky tvorby. Za plnění individuálního plánu jsou odpovědné příslušné projektové týmy.⁴⁰

3.1.1.3 Navrhovatelé doporučených postupů

Údaje o konkrétních navrhovatelích KDP a jednotlivých tématech KDP nejsou veřejně dostupné. Podle metodiky NRC jimi mohou být samotní hlavní autoři po konzultacích a konsensu v odborné společnosti. Dalšími navrhovateli mohou být zástupci NRC, poskytovatelů péče a pojišťoven. Externí a interní podněty shromažďuje projektový manažer (viz 12.1.4).⁴¹

3.1.1.4 Cíle doporučených postupů

Mezi deklarovanými cíly doporučených postupů je poskytování přiměřené a omezení nepřiměřené a zbytečné zdravotní péče, omezení nákladů a měření a zajišťování kvality zdravotní péče. Jedním ze způsobů, jak dosáhnout těchto cílů je koncentrace vysoce specializované péče. Každý KDP v kapitole Využitelnost klinického standardu pro koncentraci péče uvádí doporučení. Žádné další cíle nejsou explicitně uvedeny.

³⁹ Srov. Tamtéž. s. 4.

⁴⁰ Srov. Tamtéž. s. 5.

⁴¹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>. s. 7.

Základní rámec KDP je vymezen:

1. Klinickým stavem

- a. hlavní a ostatní obory
- b. úroveň péče
- c. skupina pacientů
- d. klinické klasifikace
 - » diagnózy (kódování podle MKN-10)
 - » výkony (kódování podle Seznamu výkonů)
 - » materiál (kódování podle ATC skupin)
 - » materiál (kódování podle ZULP a ZUM)
- e. negativní klinické vymezení
- f. jiné používané klasifikace

2. Vstupy do procesu zdravotní péče, které jsou definovány

- a. institucionálními kvalifikačními požadavky
- b. technickými požadavky
- c. personálními požadavky na poskytovatele

Požadavky na poskytovatele se vztahují na všechny úrovně zdravotní péče, tedy přednemocniční, nemocniční a následnou.

3. Procesem péče

- a. kritéria vymezující zahájení hlavního procesu péče
- b. kritéria vymezující ukončení hlavního procesu péče
- c. diagnostika
- d. terapie
- e. prevence

4. Výstupy péče

3.1.1.5 Vymezení základního rámce klinickým stavem

a. Hlavní a ostatní obory

Hodnocené doporučené postupy jsou primárně zaměřeny na obor neurologie a sekundárně také na 23 dalších oborů (viz Tabulka 22).

Tabulka 10 Sekundární specializace doporučených postupů

KDP	Odbornost
AINSO	vnitřní lékařství, revmatologie alergologie a klinická imunologie
CMP	všeobecné praktické lékařství pro dospělé vnitřní lékařství, angiologie, kardiologie rehabilitační a fyzikální medicína, klinická logopedie cévní chirurgie, neurochirurgie, radiologie anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína
NARKO	praktické lékařství pro dospělé, praktické lékařství pro děti a dorost, tuberkulóza a plicní lékařství psychiatrie, dětská neurologie, dětská psychiatrie
NB	všeobecné praktické lékařství pro dospělé vnitřní lékařství, diabetologie anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína, algeziologie a léčba bolesti
MG	všeobecné praktické lékařství pro dospělé revmatologie, alergologie a klinická imunologie dětská neurologie, klinická onkologie, radiační onkologie, hrudní chirurgie, anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína, patologická anatomie
RS	všeobecné praktické lékařství pro dospělé, oftalmologie

b. Úroveň péče

KDP se týkají různé úrovně zdravotní péče, od primární (praktičtí lékaři, zdravotnická záchranná služba), sekundární (specializovaná ambulantní či nemocniční péče) až po péči terciární (vysoce specializovaná komplexní péče), (viz Tabulka 23). Pro určitá onemocnění je vzhledem ke komplexnosti péče o pacienty vhodná diagnostika, léčba a následná péče v terciárních centrech. Některá tato centra již existují (např. Iktová centra), vznik jiných je v různých stádiích plánování a realizace, např. Centra pro poruchy spánku a bdění (viz Tabulka 24). Každý KDP obsahuje kapitoly Využitelnost klinického standardu pro koncentraci péče s příslušnými doporučeními (viz Tabulka 25). Tato sada KDP není zaměřena na oblast veřejného zdravotnictví. Výjimkou je CMP, kde je oddíl zaměřený na primární prevenci ischemického iktu.

Tabulka 11 Úroveň péče, pro kterou jsou doporučené postupy určeny

KDP	Primární	Sekundární	Terciární	Veřejné zdravotnictví
AINSO	ne	ne	ano	ne
CMP	ano	ano	ano	ano
NARKO	ano	ano	ano	ne
NB	ne	ano	ano	ne
MG	ne	ano	ano	ne
RS	ano	ano	ano	ne

Tabulka 12 Centra specializované péče popsané v doporučených postupech

KDP	Specializovaná terciární centra
AINSO	Centra pro diagnostiku a léčbu nervosvalových onemocnění ⁴²
CMP	Iktová centra Komplexní cerebrovaskulární centra ⁴³
NARKO	Plánovaná Centra pro poruchu spánku a bdění: Centrum pro poruchu spánku a bdění 1. LF UK a VFN Praha Centrum pro poruchy spánku Nemocnice Na Homolce Praha Centrum pro poruchy spánku Nemocnice České Budějovice Centrum pro poruchu spánku a bdění FN Ostrava Centrum pro léčbu a diagnostiku poruch spánku a bdění FN Brno Bohunice ⁴⁴
NB	Centra pro léčbu bolesti ⁴⁵

⁴² Srov. BEDNAŘÍK JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV, EHLER, EDVARD, AMBLER, ZDENĚK, PÍTHA, JIŘÍ, VENCOVSKÝ, JIŘÍ, LITZMAN, JIŘÍ, KOŘÍSTEK, ZDENĚK, PÁTÁ, MARTINA, "Technologický klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou." 242, s. 258–259.

⁴³ Srov. ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. 129.

⁴⁴ ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA aj. s. 98–99.

⁴⁵ BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti." s. 193.

MG	Centra pro diagnostiku a léčbu nervosvalových chorob: ⁴⁶ Centrum MG Praha Centra schválená výborem ČNS 17/09/2010: CIT s 75-76 Praha: FN Motol, VFN, FTN FN Plzeň, FN Hradec Králové, Nemocnice Pardubice FN Ostrava, FN Brno, FN Olomouc
RS	Centra pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění ⁴⁷

Tabulka 13 Příklad doporučení pro kapitolu Využitelnost klinického standardu pro koncentraci péče

Pořadí	Doporučení	Klasifikace	Odkaz na literaturu
24.	Geograficky definovaný spád minimálně 200 000 obyvatel pro Iktové centrum a 500 000 obyvatel pro Komplexní cerebrovaskulární centrum	neuvedeno	[2, 3]

c. Skupina pacientů

Cílová populace je ve všech KDP definována na základě diagnostické klasifikace. V AINSO je populace pacientů definována širěji. Kromě splnění diagnostických kritérií jsou pro zahájení léčby intravenózním lidským imunoglobulinem nebo výměnnou plazmaferézou stanovena další kritéria, „vycházející z tíže postižení, efektu standardní léčby, přítomnosti kontraindikací a materiálních a technických předpokladů.“⁴⁸

d. Klinické klasifikace

» Diagnózy

Základní rámec je vymezen diagnózou podle MKN-10 a soubor KDP obsahuje 61 diagnostických kódů podle MKN-10 (viz Tabulka 26). U CMP a NB je vzhledem k rozsahu uvedena klasifikace zestručněna u diagnóz I63 a G45 pouze na základní

⁴⁶ PIŤHA, JIŘÍ, BEDNAŘÍK, JOSEF aj. s. 75–76.

⁴⁷ HAVRDOVÁ, EVA, PIŤHA, JIŘÍ aj. s. 180–181.

⁴⁸ Srov. BEDNAŘÍK JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV, EHLER, EDVARD, AMBLER, ZDENĚK, PIŤHA, JIŘÍ, VENCOVSKÝ, JIŘÍ, LITZMAN, JIŘÍ, KOŘÍSTEK, ZDENĚK, PÁTÁ, MARTINA, "Technologický klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou." s. 238.

diagnózu s poznámkou „včetně všech diagnóz, jejichž kód začíná uvedeným způsobem“.⁴⁹

Tabulka 14 Vymezení základního rámce diagnózou

KDP	Kód MKN-10	Název diagnózy podle MKN-10
AINSO	G61.0	Guillain Barréův syndrom
	G31.8	Jiná zánětlivá polyneuropatie (CIDP, MMN)
	G70.0	Myasthenia gravis
	M33.0	Juvenilní dermatomyozitida
	M33.1	Jiná deratomyozitida
	M33.2	Polymyozitida
CMP	I63	Mozkový infarkt
	I64	Cévní příhoda mozková (mrtvice) neurčená jako krvácení nebo infarkt
	R47	Poruchy řeči nezařazené jinde
	G45	Přechodné mozkové ischemické záchvaty a příbuzné syndromy
NARKO	G47.4	Narkolepsie
NB	36 kódů ⁵⁰	Syndrom periferní neuropatické bolesti 36 diagnostických jednotek
		Syndrom centrální neuropatické bolesti
	G35	Roztroušená skleróza
	S14.0 S24.0 S34.0	Otřes a edém krční, hrudní, bederní míchy
	S14.1 S24.1 S34.1	Jiná a neurčená poranění krční, hrudní, bederní míchy
	G95.1	Syringomyelie a syringobulbie
	I63	Mozkový infarkt
	I61	Nitromozkové krvácení
MG	G70	Myasthenia gravis a jiné myoneurální poruchy
	G700	Myasthenia gravis
RS	G35	Roztroušená skleróza – sclerosis multiplex
	G36	Neuromyelitis optica

⁴⁹ Srov. ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. s. 110.

⁵⁰ Pro rozsáhlost diagnostických jednotek syndromu periferní neuropatické bolesti uvádím pouze jejich počet.

Dále jsou uvedeny příklady ostatních klinických klasifikací.

» **Výkony** (kódování podle Seznamu výkonů)⁵¹

Kód seznamu výkonů	Název ze Seznamu výkonů
29310	Duplexní sonografie extrakraniálních tepen

» **Materiál** (kódování podle ATC skupin)⁵²

Kód ATC skupiny	Název	ATC skupina
N03AX16	Pregabalin	Jiná antiepileptika

» **Materiál** (kódování podle ZULP a ZUM)⁵³

Kód	Název
ZULP	Trombolýza: Actilyse

e. Negativní klinické vymezení

„TS se netýká farmakoterapie bolestí jiného typu (mechanismu) než je bolest neuropatická, tedy bolesti nociceptivní (zánětlivé) a psychogenní.“⁵⁴

f. Jiné používané klasifikace

Kromě výše uvedených klinických klasifikačních systémů je v různých KDP používáno mnoho dalších systémů. Na příklad v CMP uvedený National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), Rankin Scale nebo Bartel Index.⁵⁵

⁵¹ Srov. ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. s. 111.

⁵² Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti." s. 190.

⁵³ Srov. ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. s. 111.

⁵⁴ Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti." s. 189.

⁵⁵ Srov. ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. s. 111.

3.1.1.6 Vymezení základního rámce vstupy do procesu zdravotní péče

a. institucionálními kvalifikačními požadavky

Personální a institucionální požadavky vycházejí z platné legislativy. V KDP NRC je používána klasifikace nemocnic podle druhu a rozsahu poskytované péče (typ A-D a S). Cílem je standardizovat klasifikaci a omezit nejasnosti vzniklé používáním různých systémů, jako například nemocnice okresní, krajské či nemocnice prvního až třetího typu a podobně (viz Tabulka 27).⁵⁶

Tabulka 15 Klasifikace nemocnic v doporučených postupech NRC

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

Příklad institucionálního kvalifikačního požadavku: „Léčbu intravenózním lidským imunoglobulinem nebo výměnnou plazmaferézou je doporučeno provádět v Centrech pro diagnostiku a léčbu nervosvalových onemocnění.“⁵⁷

b. technickými požadavky

Požadavky na technické a materiální vybavení na pracoviště vychází z Vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami⁵⁸

⁵⁶Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Osnova klinického standardu, Odborná část* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4g_Osnova_KS_odborna_cast.pdf>. s. 14.

⁵⁷BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti." 242.

⁵⁸Srov. Vyhláška č. 134/1998 Sb.

a Vyhlášky č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení.⁵⁹

Příklad požadavku na technické vybavení v AINSO: „Nezbytné technické vybavení pro plazmaferézu jsou separátor krevních elementů a přístroj pro extrakorporální imunoadsorpci“⁶⁰

c. personálními požadavky na poskytovatele

Personální požadavky na lékaře vycházejí ze Zákona č. 95/2004 Sb.⁶¹ a Vyhlášky 185/2009 Sb.⁶² Personální požadavky na nelékařské zdravotnické pracovníky vycházejí ze Zákona č. 96/2004 Sb.^{63,64}

Příklad personálního požadavku: „Vedoucím iktového centra je lékař se specializovanou způsobilostí v oboru neurologie a s kurzem intenzivní medicíny v oboru neurologie, získaném na akreditovaném pracovišti a s erudicí v diagnostice a léčbě cévních mozkových příhod.“⁶⁵ Požadavky na poskytovatele se vztahují na všechny úrovně zdravotní péče, tedy přednemocniční, nemocniční a následnou. Zvláštní oddíl je v KDP věnován koncentraci péče pro danou klinickou jednotku ve specializovaných centrech.

Tabulka 16 Příklad doporučení pro kapitolu Kvalifikační a technické požadavky na poskytovatele⁶⁶

Pořadí	Doporučení	Klasifikace	Odkaz na literaturu
1.	Pacienti s cévní mozkovou příhodou mají být přijati a léčeni a specializovaných iktových jednotkách	I/A	[2, 12, 13, 16]

⁵⁹ Srov. Vyhláška č. 221/2010 Sb.

⁶⁰ BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti." 242.

⁶¹ Srov. Zákon č. 95/2004 Sb.

⁶² Srov. Vyhláška č. 185/2009 Sb.

⁶³ Srov. Zákon č. 96/2004 Sb.

⁶⁴ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Osnova klinického standardu, Odborná část* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4g_Osnova_KS_odborna_cast.pdf>. s. 17.

⁶⁵ ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA.

⁶⁶ Srov. Tamtéž. s. 116.

Cílovými uživateli KDP jsou lékaři a pacienti. Součástí každého KDP je kromě části odborné i verze pro pacienty. Žádní jiní cíloví uživatelé nejsou explicitně uvedeni.

3.1.1.7 Vymezení základního rámce procesem péče

KDP doporučují různé druhy intervencí, kterými jsou diagnostika, léčba a prevence (viz Tabulka 29). MG, RS obsahuje doporučení pouze pro sekundární prevenci. CMP uvádí doporučení pro prevenci primární i sekundární. Žádný z KDP se netýká screeningu.

Tabulka 17 Druhy intervencí v jednotlivých KDP

KDP	Diagnostika	Léčba	Prevence
AINSO	ano	ano	ne
CMP	ano	ano	ano
NARKO	ano	ano	ne
NB	ano	ano	ne
MG	ano	ano	ano
RS	ano	ano	ano

Níže jsou uvedeny příklady kritérií a klíčových doporučení pro proces péče

Tabulka 18 Příklad kritéria vymežujícího zahájení hlavního procesu péče⁶⁷

Pořadí	Popis kritéria
1.	Přítomnost neuropatické bolesti stanovená na základě klinického vyšetření lékařem – bez specializace v problematice bolesti (všeobecný praktický lékař, neurolog, specialista jiného oboru) nebo optimálně, zejména u komplikovaných případů, na základě splnění platných diagnostických kritérií neuropatické bolesti posouzených lékařem – specialitou na problematiku bolesti (neurolog, algeziolog).
2.	Intenzita, charakter a trvání neuropatické bolesti či přítomnost komorbidit způsobující utrpení pacienta nebo snižující kvalitu jeho života a tak opodstatňující zahájení farmakoterapie neuropatické bolesti.

⁶⁷ Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti." s. 191.

Tabulka 19 Příklad kritéria vymezení ukončení hlavního procesu péče⁶⁸

Pořadí	Popis kritéria
1.	Ústup neuropatické bolesti v důsledku spontánní remise primárního onemocnění či léze nebo účinné farmakoterapie a jejího následného ukončení.
2.	Volba nefarmakologického postupu léčby neuropatické bolesti umožňujícího ukončení farmakoterapie.

Tabulka 20 Příklad klíčového doporučení pro diagnostiku⁶⁹

Pořadí	Doporučení	Klasifikace	Odkaz na literaturu
6.	Test mnohočetné latence usnutí: Průměrná latence usnutí 8 minut potvrzuje nadměrnou denní spavost a je jedním z diagnostických kritérií narkolepsie s kataplexií.	II/B	[2]

Tabulka 21 Příklad klíčového doporučení pro terapii⁷⁰

Pořadí	Doporučení	Klasifikace	Odkaz na literaturu
10.	Specifická léčba je intravenózní trombolýza aplikací rtPA 0,9 mg/kg, maximálně 90 mg, do 4,5 hodin od nástupu ischemické mozkové příhody.	I/A	[1, 18, 29, 30, 34]

Tabulka 22 Příklad klíčového doporučení pro primární prevenci⁷¹

Pořadí	Doporučení	Klasifikace	Odkaz na literaturu
1.	Primární prevence může snížit pravděpodobnost rozvoje mozkového infarktu. Zahrnuje především režimová a léčebná opatření k eliminaci vaskulárních rizikových faktorů – korekci arteriální hypertenze, diabetu mellitu a hypercholesterolemie, varování	III/B	[6, 17, 32, 36]

⁶⁸ Srov. Tamtéž. s. 191.

⁶⁹ Srov. ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA aj. s. 94.

⁷⁰ Srov. ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. s. 126.

⁷¹ Srov. Tamtéž. s. 120.

	před kouřením, nadměrnou konzumací alkoholu a nedostatkem pohybu, dietu s omezením soli a nasycených tuků, bohatou na ovoce, zeleninu a vlákninu a u obézních jedinců dietu redukční.		
--	---	--	--

Tabulka 23 Příklad klíčového doporučení pro sekundární prevenci⁷²

Pořadí	Doporučení	Klasifikace	Odkaz na literaturu
17.	Sekundární prevence zahrnuje specifické medikamentózní postupy – antitrombotickou terapii: antiagregační (pokud možno kombinací ASA 25 mg + dypiridamolu 200 mg 2x denně nebo klopidogrelem 75 g denně, alternativně samostatnou ASA v dávce 50-325 mg denně) či antiakoagulační (především u pacientů s cévní mozkovou příhodou kardioembolické etiologie, zejména s fibrilací síní, s cílovým INR 2,0 – 3,0)	I/A	[17, 25, 26, 31]

3.1.1.8 Vymezení základního rámce výstupy péče

Tabulka 24 Příklad klíčového doporučení pro kapitolu Výsledky⁷³

Pořadí	Doporučení	Klasifikace	Odkaz na literaturu
19.	Pro zajištění efektivní léčby je vhodné sledovat doporučené ukazatele kvality a výkonnosti.	II/B	[2, 13, 16, 17,21]

3.1.2 Časový plán

V metodice NRC jsou uvedeny doby trvání jednotlivých kroků procesu tvorby KDP (např. viz 12.1.10). Konkrétní časové údaje, vztahující se k tvorbě neurologických KDP nejsou dostupné.

⁷² Srov. Tamtéž. s. 127.

⁷³ Srov. Tamtéž. s. 128.

3.1.3 Financování tvorby KDP a deklaráce konfliktu zájmů

Vývoj metodologie a vlastní tvorba NSSZS, tedy včetně KDP pro neurologii, byla předmětem grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR (IGA č. 10650-3/2009) „Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj Národní sady standardů zdravotních služeb“. Řešiteli projektu bylo Národní referenční centrum a Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity Brno.⁷⁴ V rámci tohoto grantu byla financována i sada neurologických KDP.⁷⁵ Závěrečná zpráva o řešení projektu IGA v ekonomické části uvádí celkové uznané náklady ve výši 7 940 279,- Kč.⁷⁶

3.1.4 Skupina pro tvorbu KDP

Na tvorbě KDP NRC se podílejí jednak pracovníci NRC, kterým je v metodice NRC přisvojena **interní role**, tak zástupci jmenovaní spolupracujícími odbornými společnostmi. Ti mají **roli externí**.⁷⁷

⁷⁴ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Závěrečná zpráva o řešení projektu č. NS 10650-3/2009 podpořeného Interní grantovou agenturou MZ ČR "Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb"* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/index.html>

⁷⁵ Srov. Suchý, Miloš, Josef Bednařík, Ondřej Škoda, Stanislav Vohánka, Edvard Ehler, Martina Pátá, Pavel Kožený, Petr Klika, and Ladislav Dušek. "Vývoj Národní sady klinických standardů a ukazatelů zdravotní péče a první výsledky v oboru neurologie. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* 73, č. 5 (2010): s. 569–77.

⁷⁶ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Závěrečná zpráva o řešení projektu č. NS 10650-3/2009 podpořeného Interní grantovou agenturou MZ ČR "Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb"* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/index.html> s. 56.

⁷⁷ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>. s. 7–10.

3.1.4.1 Interní role

V této části skupiny pro tvorbu KDP jsou pracovníci NRC.⁷⁸

a. Projektový manažer

Je odborník na metodiku vedení projektů. Odpovídá za projektové řízení tvorby KDP NRC.

b. Interní garant

Je zdravotnický pracovník specializovaný na problematiku tvorby KDP. Jeho hlavním úkolem je komunikace s navrhovateli, autory, oponenty a konzultanty. Je členem řídicího výboru a projektové rady. Zodpovídá za tvorbu jednotlivých KDP a za konsenzus mezi autorskými a oponentními týmy.

c. Operátor

Je odborník na metodiku tvorby KDP NRC a správu RNSSZS. Zodpovídá za koordinaci procesů využívajících RNSSZS.

d. Editor

Zodpovídá především za technologické procesy správy a standardizace dokumentů. Zajišťuje diseminaci, především publikaci KDP.

e. Administrátor RNSSZS

Pracovník odpovědný za správu RNSSZS.

3.1.4.2 Externí role

Tato role je určená pro zástupce spolupracujících odborných společností.⁷⁹

a. Navrhovatel KDP

Navrhovatelem KDP může být zástupce odborné společnosti, NRC, poskytovatelů péče či pojišťoven. Navrhuje téma, autora, oponenta, případně konzultanta. Navrhovatel KDP může být zároveň jeho autor.

b. Externí garant KDP

Je odborníkem na obsah tvořeného KDP se znalostí metod tvorby KDP NRC. Je zodpovědný za aktualizaci.

c. Autor

⁷⁸ Tamtéž. s. 7–8.

⁷⁹ Tamtéž. s. 9–10.

Je odborníkem na obsah tvořeného KDP se znalostí metod tvorby KDP NRC. Členů autorského týmu může být i více. Tvoří obsah KDP. Autor může být zároveň navrhovatelem, případně externím garantem.

d. Konzultant

Je odborníkem v relevantní specializaci (např. fyzioterapie, psychologie, ošetřovatelství) a poskytuje odbornou podporu autorům.

e. Oponent

Odborník na danou oblast nebo specialista z jiného relevantního oboru. Členů oponentního týmu může být i více. Je odpovědný za odbornou oponenturu, kterou provádí ve spolupráci a za podpory interního garanta (viz 12.1.10).

Ve fázi plánování a přípravy tvorby KDP je podle metodiky NRC po navržení KDP **navrhovatelem** vytvořen **řídící výbor** složený ze zástupců NRC, odborných společností a dalších (viz Tabulka 37, Tabulka 38). Řídící výbor pak ustanoví tzv. **globální a individuální plány** (viz 12.1.1). Za přípravu individuálního plánu a vytvoření skupiny pro tvorbu KDP, tedy **vývojového týmu**, je **odpovědná projektová rada** (viz Tabulka 39, Tabulka 40).^{80,81}

Tabulka 25 Personální složení řídicího výboru⁸²

Ředitel NRC
Hlavní řešitelé aktuálních projektů vývoje KDP
Vedoucí projektu (projektový manažer)
Interní garanti vývoje KDP
Zástupce zdravotních pojišťoven
Zástupce poskytovatelů zdravotní péče
Zástupce Ministerstva zdravotnictví ČR
Zástupce České lékařské komory

Tabulka 26 Úkoly řídicího výboru⁸³

Hlavní úkol řídicího výboru:
Zpracování ročního globálního plánu vývoje KDP

⁸⁰ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>. s. 7–8.

⁸¹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Orgány vývoje klinických standardů a proces plánování* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4b_Organy_vyvoje_KS_a_proces_planovani.pdf>. s. 6.

⁸² Tamtéž. s. 3.

⁸³ Tamtéž. s. 3.

Další úkoly řídicího výboru:
Schvalování personálního obsazení jednotlivých projektových rad
Schvalování individuálních plánů vývoje KDP
Personální zajištění interních a externích členů vývojových týmů (jmenování interních garantů jednotlivých KDP, ostatních členů vývojových týmů navržených interními guaranty)
Návrhy rozpočtu prostředků na vývoj KDP v rámci globálního plánu
Řešení závažných incidentů vývoje jednotlivých KDP, které se nepodařilo vyřešit v rámci v rámci projektové rady
Řešení problému neplnění termínů z důvodu nečinnosti externích členů vývojových týmů
Řešení problému neplnění termínů z důvodu neúspěšnosti v dosažení konsenzu mezi autory a oponenty v plánovaných termínech
Změny v personálním obsazení vývojových týmů
Schvalování publikace hotových dokumentů navržených projektovými radami jednotlivých KDP
Schvalování výsledků testování KDP předložených projektovými radami jednotlivých KDP

Tabulka 27 Personální složení projektové rady⁸⁴

Interní garant vývoje KDP
Editor vývoje KDP
Zástupce autorského týmu KDP (např. hlavní autor, externí garant či jím pověřená osoba)

Tabulka 28 Úkoly projektové rady⁸⁵

Vytvoření vývojového týmu individuálního KDP (složený z interních – NRC a externích členů)
Zpracování individuálního plánu vývoje KDP
Řešení méně závažných incidentů v rámci vývoje KDP
Řešení problému neplnění termínů z důvodu nečinnosti externích členů vývojových týmů
Řešení problému neplnění termínů z důvodu neúspěšnosti v dosažení konsenzu mezi autory a oponenty v plánovaných termínech
Změny v personálním obsazení vývojových týmů
Schvalování podkladu pro publikace hotových dokumentů KDP, které jsou předávány ke schválení řídicímu výboru
Schvalování podkladů výsledků testování KDP, které jsou předávány ke schválení řídicímu výboru

⁸⁴ Tamtéž. s. 4.

⁸⁵ Tamtéž. s. 3–4.

Na tvorbě KDP České neurologické společnosti se účastnilo celkem šest autorů, 16 spoluautorů, osm konzultantů, 11 oponentů a jeden stálý interní garant (viz Tabulka 41). Hlavní autor je vždy také garantem aktualizace KDP podle stanoveného časového plánu. Průměrný počet členů skupiny pro tvorbu jednoho KDP je osm, nejméně čtyři u NARKO a nejvíce 12 u CMP.

Průměrný počet odborností skupiny pro tvorbu KDP je dva, nejméně jeden u NARKO a RS a nejvíce tři u AINSO, NB a MG (viz Tabulka 42).

Tabulka 29 Členové skupiny pro tvorbu doporučených postupů ČNS

Příjmení, jméno	Titul	Odborná společnost	Autor	Spoluautor	Konzultant	Oponent
Ambler Zdeněk	prof. MUDr. CSc.	ČNS		NB	AINSO	MG
Bar Michal	MUDr. Ph.D.	ČNS		CMP		
Bauer Jiří	doc. MUDr. CSc.	ČNS		CMP		
Bednařík Josef	prof. MUDr. CSc.	ČNS	AINSO NB	MG		
Ehler Edvard	doc. MUDr. CSc.	ČNS		AINSO		
Havrdová Eva	prof. MUDr. CSc.	ČNS	RS			
Herzig Roman	prof. MUDr. Ph.D.	ČNS		CMP		
Kalina Miroslav	MUDr.	ČNS				CMP
Kalita Zbyněk	doc. MUDr. CSc.	ČNS		CMP		
Keller Otakar	Doc. MUDr. CSc.	ČNS		NB		
Kořístek Zdeněk	MUDr. Ph.D.	ČIS				AINSO

Kozák Jiří	MUDr. Ph.D.	SSLB				NB
Lejčko Jan	MUDr.	SSLB				NB
Litzman Jiří	prof. MUDr. CSc.	ČSAKI				AINSO
Mareš Jan	doc. MUDr. CSc.	ČNS				RS
Mazanec Radim	MUDr. Ph.D.	ČNS			NB	
Mikulík Robert	doc. MUDr. Ph.D.	ČNS		CMP		
Moráň Miroslav	MUDr.	SKN			NARKO	NARKO
Neumann Jiří	MUDr.	ČNS		CMP		
Nevšimalová Soňa	Prof. MUDr. DrSc.	ČNS		NARKO		
Opavský Jaroslav	prof. MUDr. CSc.	SSLB		NB		
Pátá, Martina	Bc.	NRC	stálý interní garant			
Piřha Jiří	MUDr.	ČNS	MG	RS	AINSO	
Richard Rokyta	prof. MUDr. DrSc.	SSLB			NB	
Schützner Jan	prof. MUDr. CSc.	ČCHS			MG	
Smrčka Martin	prof. MUDr. Ph.D. MBA	ČNCHS				CMP
Škoda Ondřej	MUDr.	ČNS	CMP			
Školoudík David	doc. MUDr. Ph.D.	ČNS				CMP
Šonka Karel	Prof. MUDr. DrSc.	ČNS	NARKO			
Václavík	MUDr.	ČNS		CMP		

Daniel						
Vencovský Jiří	prof. MUDr. DrSc.	ČRS			AINSO	
Vohánka Stanislav	MUDr. CSc. MBA	ČNS		AINSO		
Zámečník Josef	doc. MUDr. CSc.	SČP			MG	
Zapletalová Olga	MUDr.	ČNS		MG		RS

Tabulka 30 Skupina pro tvorbu doporučených postupů pro jednotlivé KDP

KDP	Počet členů	Počet odborností	Odborníci na obsah	Odborníci na metodologii
AINSO	9	3	neurologie imunologie revmatologie	projektový management bioinformatika
CMP	12	2	neurologie neurochirurgie	
NARKO	4	1	neurologie	
NB	9	3	neurologie algeziologie patofyziologie	
MG	7	3	neurologie hrudní chirurgie patologie	
RS	5	1	neurologie	

3.1.5 Zapojení pacientů a veřejnosti

Pacienti, veřejnost a jiné zainteresované osoby nejsou přímo zapojeni do procesu tvorby KDP jako členové skupiny pro jeho tvorbu. Nejsou také systematicky zjišťovány postoje a preference pacientů ani jiných cílových uživatelů. Zapojení pacientů, veřejnosti a jiných zainteresovaných osob je realizován formou veřejné oponentury (viz 12.1.10).

Pacienti jsou zapojeni do procesu oponentury Informací pro pacienty. Jednotliví autoři KDP oslovují na svých pracovištích pacienty se žádostí o dotazníkové hodnocení srozumitelnosti a užitečnosti této verze KDP. Hodnocení proběhlo v roce 2011 v Nemocnici Jihlava (CMP), ve Fakultní nemocnici Brno (CMP, NB, MG, AINSO) a v Ústřední vojenské nemocnici v Praze (KDP pro péči o pacienty s tříselnou kýlou a KDP pro péči o pacienty se zhoubným nádorem slinivky břišní). Pacientům byly předány doporučené postupy ve formě Informace pro pacienty spolu s příloženým dotazníkem a ofrankovanou obálkou, kterou měli po vyplnění odeslat ke zpracování do NRC. Osloveno bylo celkem 110 pacientů, návratnost otazníků byla 68 %. 81,3 % označila příslušné Informace pro pacienty jako dostatečně srozumitelné a 77,3 % respondentů je označila za velmi užitečné. Za zpracování dotazníků a připomínek je odpovědný projektový manažer NRC. Ten komunikuje s autory a interním garantem stejným způsobem jako při oponentuře odborné části KDP.⁸⁶

⁸⁶ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Zpracování vyhodnocení informací pro pacienty* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3n_Zpracovani_a_vyhodnoceni_informaci_pro_pacienty.pdf>.

TVORBA – FÁZE TVORBY DOPORUČENÍ

3.1.6 Vyhledávání, přehled a kritické hodnocení důkazů

Systematické vyhledávání a přehledy důkazů provádějí autoři a konzultanti KDP, ve spolupráci s interním garantem a operátorem.⁸⁷

3.1.6.1 Vyhledávání důkazů

Vyhledávání důkazů probíhalo v rámci procesu adaptace KDP (viz Tabulka 43). Vzhledem k nedostatku zkušeností a odborníků, kteří by v České republice byli schopni udělat systematický přehled nebo meta-analýzu, prováděli autoři nesystematický přehled zahraničních zdrojů. Důvodem bylo ušetřit zdroje při zachování optimální kvality procesu.

Tabulka 31 Popis vyhledávací strategie a práce s důkazy při tvorbě jednotlivých KDP

MG
„Autorský tým provedl výběr vhodného „vzorového“ zahraničního klinického doporučeného postupu a využil jeho „major recommendations“ jak základ pro adaptaci do českých podmínek. Literární vědecké důkazy, které vycházejí s dalších publikovaných klinických postupů, a také vlastních prací členů autorského týmu považuje za dostatečné.“ ⁸⁸
NARKO
„Při tvorbě dokumentu autoři vycházeli zejména z posledního doporučeného postupu léčení narkolepsie Evropské federace neurologických společností ⁸⁹ ..., z „parametrů praxe“ (practice parameters) léčby narkolepsie a dalších hypersomnií centrální příčiny Americké akademie spánkové medicíny ⁹⁰ a z 2. vydání Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění ⁹¹ ...“ ⁹²

⁸⁷Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>. *Průručka pro autory a oponenty a oponenty klinického standardu*. s. 8.

⁸⁸PÍTHA, JIŘÍ, BEDNAŘÍK, JOSEF aj. 48.

⁸⁹Srov. BILLIARD, M., BASSETTI, C. aj. EFNS guidelines on management of narcolepsy. *European Journal of Neurology*. 2006, roč. 13, s. 1035–1048.

⁹⁰Srov. MORGENTHALER, T. I., KAPUR, V. K. aj. Practice parameters for the treatment of narcolepsy and other hypersomnias of central origin. *Sleep*. 2007, roč. 30, s. 1705–1711.

⁹¹Srov. MEDICINE, AMERICAN ACADEMY OF SLEEP. *The international classification of sleep disorders. Diagnostic and Coding Manual* [online]. <<http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>>.

⁹²ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA aj. 79.

„Stanovení diagnózy narkolepsie, resp. jejich diagnostických kritérií, bylo zcela přijato z 2. vydání Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění, které ... vzniklo konsenzem nejvýznamnějších světových představitelů oboru.“⁹³

CMP

„KS byl vytvořen na základě inspirace standardů vyvinutých organizací European Stroke Organisation, vydaných pod názvem Standardy pro diagnostiku a léčbu mozkových příhod, verze 2003 a 2008.“^{94,95,96}

„Tým při vývoji KS považoval za dostatečné převzetí vědeckých důkazů, které vycházejí z recommendation for stroke therapy (ESO) 2008 a z vlastních prací členů autorského týmu“^{97,98,99,100,101,102,103}

RS

„Autorský tým provedl výběr ze zahraničních klinických doporučených postupů tam, kde jsou k jednotlivým oddílům KS vypracovány,¹⁰⁴ a využil je jako základ pro adaptaci na české podmínky. Literární vědecké důkazy, které jsou základem zahraničních „major recommendations“, a také vlastní práce členů autorského týmu považuje za dostatečné.“¹⁰⁵

⁹³ Tamtéž. s. 79.

⁹⁴ Srov. EUROPEAN STROKE ORGANISATION EXECUTIVE, COMMITTEE, COMMITTEE, E. S. O. WRITING. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis.* 2008, roč. 25, s. 457–507.

⁹⁵ Srov. EUROPEAN STROKE ORGANISATION EXECUTIVE, COMMITTEE, COMMITTEE, E. S. O. WRITING. *Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. Update 2009* [online]. <http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO_Extended_Thrombolysis_KSU.pdf>.

⁹⁶ ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. 109.

⁹⁷ Tamtéž. s. 110.

⁹⁸ Srov. KALITA, ZBYNĚK, KELLER, O. aj. Sekundární prevence recidivy po akutní cévní mozkové příhodě - mozkovém infarktu, tranzitorní ischemické atace a hemoragické CMP.

⁹⁹ Srov. MIKULÍK, ROBERT, NEUMANN, JIŘÍ aj. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie.* 2006, roč. 69, s. 320–325.

¹⁰⁰ Srov. NEUMANN, JIŘÍ, MIKULÍK, ROBERT aj. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů po tranzitorní ischemické atace. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie.* 2006, roč. 69, s. 326–330.

¹⁰¹ Srov. ŠKOLOUDÍK, DAVID, VÁCLAVÍK, DANIEL aj. Riziko vaskulární příhody u pacientů se stenózou intrakraniální tepny. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie.* 2006, roč. 69, s. 355–359.

¹⁰² Srov. ŠKOLOUDÍK, DAVID, BAR, MICHAL aj. Standard pro podání systémové trombolýzy pacientům s akutním mozkovým infarktem. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie.* 2006, roč. 69, s. 151–156.

¹⁰³ Srov. ŠKOLOUDÍK, D., BAR, M. aj. Safety and efficacy of the sonographic acceleration of the middle cerebral artery recanalization: results of the pilot thrombotripsy study. *Ultrasound Med Biol.* 2008, roč. 34, s. 1775–1782.

¹⁰⁴ Srov. ŠKOLOUDÍK, DAVID, BAR, MICHAL aj. Účinnost sonotrombotripse a sonotrombolýzy v rekanalizaci střední mozkové tepny. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie.* 2007, roč. 69, s. 248–252.

¹⁰⁵ HAVRDOVÁ, EVA, PÍŤHA, JIŘÍ aj. 134.

NB
<p>„Autorský tým provedl výběr vhodných „vzorových“ zahraničních klinických doporučených postupů a využil jejich „major recommendations“ jako základ pro adaptaci tohoto TS do českých podmínek. Jako základ byly použity:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Doporučení European Federation Nerological Societies pro farmakoterapii neuropatické bolesti¹⁰⁶ » Doporučení Neuropathic Pain Special Interest Group, součásti The International Association for the Study of Pain pro farmakoterapii neuropatické bolesti¹⁰⁷ » Doporučení European Federation Nerological Societies pro hodnocení neuropatické bolesti¹⁰⁸ » Doporučení NICE pro farmakoterapii neuropatické bolesti nespecialisty <p>Dále byly použity vědecké důkazy z dalších doporučení, meta-analýz publikovaných v Cochrane Library a odborných periodicích, jednotlivých studií a přehledných článků a přihlédnuto bylo k dosavadní klinické praxi v ČR v oblasti farmakoterapie neuropatické bolesti a jejímu organizačnímu, ekonomickému a legislativnímu rámci.“¹⁰⁹</p>
AINSO
<p>„Tým při vývoji považoval za dostatečné převzetí vědeckých důkazů, které vycházejí z klinických doporučených postupů European Federation Nerological Societies a Peripheral Nerve Society a z vlastních prací členů autorského týmu.“¹¹⁰</p>

Interní garant v úvodu provedl tzv. Podpůrnou rešerši, která je nesystematickým přehledem vybraných databází KDP. Cílem je získat především rámcový přehled klíčových doporučení k danému tématu a poskytnout pomoc autorskému týmu. V metodické materiálu NRC se uvádí, že podpůrná rešerše je „současně i určitou nenásilnou interní oponenturou práce autora.“¹¹¹ Proces je formalizován a výsledky jsou předány spolu s metodologickými materiály autorům, případně konzultantům. Stejný

¹⁰⁶ Srov. ATTAL, N., CRUCCU, G. aj. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European Journal of Neurology*. 2010, roč. 17, s. 1113–e1188.

¹⁰⁷ Srov. DWORKIN, R. H., O'CONNOR, A. B. aj. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain*. 2007, roč. 132, s. 237–251.

¹⁰⁸ Srov. CRUCCU, G., SOMMER, C. aj. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. *European Journal of Neurology*. 2010, roč. 17, s. 1010–1018.

¹⁰⁹ BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti." 187.

¹¹⁰ BEDNAŘÍK JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV, EHLER, EDVARD, AMBLER, ZDENĚK, PIŤHA, JIŘÍ, VENCOVSKÝ, JIŘÍ, LITZMAN, JIŘÍ, KOŘÍSTEK, ZDENĚK, PÁTÁ, MARTINA, "Technologický klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou." 238.

¹¹¹ NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online].

<https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>. s. 12.

proces proběhl i pro ukazatele kvality.¹¹² Interní garant jako primárních informačních zdrojů využil databázi KDP AHRQ, NGC, SIGN a NICE.

Klíčová doporučení z vyhledaných KDP byla „převzata a podrobena zkoumání, do jaké míry vyhovují našim národním podmínkám. Po jejich nezbytné modifikaci proběhla první (předběžná) oponentura.“¹¹³ Po zapracování připomínek pak byla zahájena další fáze adaptace KDP (viz 12.1.10). Nebyl proveden systematický přehled či meta-analýza. Podle stejné metodiky byla provedena Podpůrná rešerše ukazatelů kvality.¹¹⁴

Průměrný počet literárních odkazů v hodnocených KDP je 66, nejméně 36 u CMP a nejvíce 88 u NARKO.

Tabulka 32 Počet literárních odkazů u jednotlivých KDP

KDP	AINSO	CMP	NARKO	NB	MG	RS
počet	95	36	88	60	53	65

3.1.6.2 Kritické hodnocení a klasifikace důkazů

Klasifikace důkazů v KDP NRC je standardizovaná a provádějí ji autoři a konzultanti jednotlivých KDP ve spolupráci s interním garantem. Klasifikace NRC je adaptací systému z publikace Davida Sacketta a dalších *Evidence-based medicine How to practice and teach EBM* (viz Tabulka 45, Tabulka 46).^{115,116}

¹¹²Srov. Tamtéž.

¹¹³NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Metoda adaptace původních klinických doporučených postupů* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3o_Metody_adaptace_puvodnich_KDP.pdf>. s. 4.

¹¹⁴Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>. s.23.

¹¹⁵Srov. SACKETT, DAVID L., STRAUS, SHARON E. aj. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. s. 173–177.

¹¹⁶Srov. SUCHÝ, MILOŠ, LÍČENÍK, RADIM aj. *Klinické doporučené postupy v neurologii I*. s.

Tabulka 33 Klasifikace kvality důkazů¹¹⁷

Třída	Kvalita vědeckého důkazu
I	Nejvyšší úroveň evidence a) Primární výstup RCT b) Meta-analýza nejlepších RCT
II	Střední úroveň evidence a) Randomizované studie menšího rozsahu či významu b) Předefinované sekundární poznatky významných RCT
III	Nižší úroveň evidence a) Prospektivní případové studie se skupinou souběžných nebo retrospektivních kontrol b) Následně provedené analýzy významných RCT
IV	Neurčená úroveň evidence a) Méně významné nekontrolované příkladové studie b) Všeobecná odborná shoda (konsenzus) i přes neexistující důkazy

Tabulka 34 Klasifikace síly doporučení¹¹⁸

Úroveň	Síla doporučení
A	Nejvyšší doporučení na podkladě meta-analýz nejlepších RCT a výsledků RCT s adekvátní velikostí vzorku
B	Střední doporučení na podkladě RCT menšího rozsahu či významu
C	Nižší stupeň doporučení na podkladě prospektivních, retrospektivních a případových studií se skupinou souběžných nebo retrospektivních kontrol
D	Velmi nízká až neurčitá úroveň doporučení na podkladě všeobecné shody (konsenzus) nebo tzv. doporučení expertů

V hodnocené sadě neurologických KDP byl použit klasifikační systém doporučený EFNS Task Force¹¹⁹ s modifikací podle SIGN¹²⁰ (viz Tabulka 47, Tabulka 48).

¹¹⁷NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Osnova klinického standardu, Odborná část* [online].

<[https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-](https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4g_Osnova_KS_odborna_cast.pdf)

[3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4g_Osnova_KS_odborna_cast.pdf](https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4g_Osnova_KS_odborna_cast.pdf)>. s. 8–9.

¹¹⁸ Tamtéž.

¹¹⁹ BRAININ, M., BARNES, M. aj. Guidance for the preparation of neurological management guidelines by EFNS scientific task forces--revised recommendations 2004. *Eur J Neurol.* 2004, roč. 11, s. 577–581.

¹²⁰ SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF, ed. *Klinické doporučené postupy v neurologii I* 44.

Tabulka 35 Klasifikace kvality důkazů v KDP ČNS¹²¹

Třída	Kvalita vědeckého důkazu
I	<p>Prospektivní, randomizovaná, kontrolovaná klinická studie s dostatečným počtem pacientů se skrytým hodnocením cílového parametru (outcome) provedená na reprezentativním vzorku populace nebo systematický přehled (review) prospektivních randomizovaných kontrolovaných studií se skrytým hodnocením cílového parametru reprezentativní populaci.</p> <p>Požadavky vyžadované u provedených studií:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) skrytá randomizace b) jasná definice primárního cíle (outcome) c) jasná definice vylučujících a vstupních kritérií d) přihlídnutí ke ztrátám (dropouts) a výměnám mezi skupinami (crossover) včetně nízkého počtu takto postižených případů, který by snížil potenciál pro zkreslení (bias) e) základní charakteristiky porovnaných souborů jsou uvedeny, přibližně ekvivalentní nebo jsou případně rozdíly adekvátně statisticky korigovány
II	<p>Prospektivní kohortová párovaná studie v reprezentativní populaci se skrytým hodnocením cílového parametru, které splňují požadavky a-e nebo randomizované, kontrolované studie v reprezentativní populaci, které nesplňují kritéria a-e.</p>
III	<p>Všechny další kontrolované studie (včetně dobře definovaných kontrol přirozeného průběhu či pacientů sloužících jako vlastní kontroly) v reprezentativní populaci, kde hodnocení cílového parametru je nezávislé na léčbě pacienta.</p>
IV	<p>Průkaz z nekontrolovaných studií, případových studií či názoru expertů.</p>

Tabulka 36 Klasifikace síly doporučení

Úroveň	Síla doporučení
A	(zhodnocené jako efektivní, neefektivní či škodlivý postup) vyžaduje nejméně jednu přesvědčivou studii třídy I nebo dvě konzistentní a přesvědčivé studie třídy II
B	(pravděpodobně efektivní, neefektivní či škodlivý postup) vyžaduje nejméně jednu přesvědčivou studii třídy II nebo přesvědčivý průkaz pomocí studií třídy III
C	(možná efektivní, neefektivní nebo škodlivý postup) vyžaduje nejméně dvě přesvědčivé studie třídy III
D	úroveň správné klinické práce „Good practice point“, průkaz třídy IV

¹²¹ Tamtéž. s. 44.

3.1.7 Ekonomická analýza

V metodice NRC jsou explicitně uvedeny důvody ekonomické analýzy KDP:¹²²

1. Uzpůsobení KDP jako nástroje zvyšování efektivity péče.
2. Řízení nákladů na péči, především eliminaci nadbytečných nákladů způsobených nežádoucími nestandardními postupy.
3. Odhadování celkových populačních nákladů na daný typ péče jako nástroj zdravotní politiky a nástroj na hledání co nejefektivnějších forem financování.

Pro splnění těchto cílů KDP je nutno analyzovat předpokládaný vliv tvořeného KDP na efektivitu zdravotní péče a jeho účinnost na zdravotní péči po implementaci. Efektivita zdravotní péče je posuzována z hlediska její **kvality a nákladů**. Pro ekonomickou analýzu KDP NRC byly stanoveny definice klinické (klinický stav) a procesní (popis vstupu, procesu a výstupu péče).¹²³ Toto vymezení je součástí procesu určení základního rámce (viz 12.1.1). Po definování stavů a procesů byla provedena příslušná analýza dat z databáze NRC a jiných zdrojů. Na základě analýzy nákladů a kvality péče je možné posuzovat efektivitu zdravotní péče.

Tato analýza umožňuje určit:¹²⁴

1. Celkovou incidenci stavu popsaného KDP
2. Strukturu tzv. cost driverů (míra aktivity ovlivňující náklady). Sleduje se průměrný počet bodů a zvláště účtovaných položek (ZUP), což jsou zvláště účtovaný materiál (ZUM) a zvláště účtované léčebné přípravky (ZULP). Ty umožňují odhadnout průměrné náklady na jeden případ. Za využití dalších prvků (např. počet akutních hospitalizací za rok) lze odhadnout celkové roční náklady na klinický stav.
3. Ekonomickou náročnost KDP.
4. Vliv různých prvků KDP na náklady zdravotní péče a srovnat náklady na různé postupy.
5. Vztah nákladů a kvality péče

¹²² NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Ekonomické aspekty klinických standardů* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA106503/02_Prilohy/Priloha_6/Priloha_6b_Ekonomicke_aspekty_KS.pdf>. s. 3.

¹²³ Srov. Tamtéž. s. 11.

¹²⁴ Tamtéž. s. 11.

Data použitá pro stanovení nákladů zdravotní péče v metodice NRC:¹²⁵

1. Samostatné administrativní datové zdroje

Dlouhodobě sledovaná data na národní úrovni, např. výkazy zdravotních pojišťoven (tzv. k-dávky), data shromažďovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky (Národní registr hospitalizovaných a jiné), data Českého statistického úřadu, Národního onkologického registru a další národní registry.

2. Fúzované administrativní datové zdroje

Vznikají spojením více administrativních datových zdrojů, např. k-dávky a Národní onkologický registr.

3. Klinicky specifické datové zdroje

Vznikají sběrem klinicky specifických dat, na základě nově navržených metodik NRC.

Údaje z databáze NRC jsou základem pro ukazatele v NSUZS. Tato data lze použít pro analýzu nákladů (viz Tabulka 49, Tabulka 50, Tabulka 51). Například následující analýza nákladů pro cévní mozkové příhody v roce 2010:¹²⁶

» průměrný počet vykázaných bodů na 1 případ	=	45 893
» průměrný počet vykázaných ZUP na 1 případ	=	4597,- Kč
» náklady na 1 případ akutní lůžkové péče o CMP při nominální hodnotě bodu 1,- Kč	=	50 490,- Kč
» počet případů akutní hospitalizace v roce 2010	=	29 287
» odhadované celkové roční náklady na nemocniční péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou	=	1. 478 700 630,- Kč

¹²⁵Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Ekonomické aspekty klinických standardů* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA106503/02_Prilohy/Priloha_6/Priloha_6b_Ekonomicke_aspekty_KS.pdf>, s. 5–7.

¹²⁶Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Nemocniční mortalita u CMP způsobených mozkovým krvácením* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/ukazatele/?jinesady=0&postfix=0&razeni=1&idfaze=0&odbornost=34#rozpracovane>>.

V metodice NRC je např. uvedeno, že při průměrných nákladech na jeden případ akutní lůžkové péče o pacienty s CMP 33 000,- Kč jsou „náklady na lidskou práci a technologie 30 000,- Kč a náklady na materiál (léky) 3 000,- Kč.“¹²⁷

Významným faktorem, který ovlivňuje náklady na péči je typ nemocnice (viz Tabulka 49, Tabulka 50, Tabulka 51). Referenční hodnoty jsou vypočítány pro jednotlivé druhy nemocnic (RVA, RVB, RVC, RVD). Celková referenční hodnota je pak stanovena bez ohledu na typ zdravotnického zařízení (RV#). Přehled typů nemocnic viz Tabulka 27. Součástí analýzy je i sledování mortality jako výsledkového ukazatele kvality a struktury spotřeby, která odráží způsob léčby.

Tabulka 37 Referenční hodnoty ukazatele QM0054 Nemocniční mortalita u CMP¹²⁸

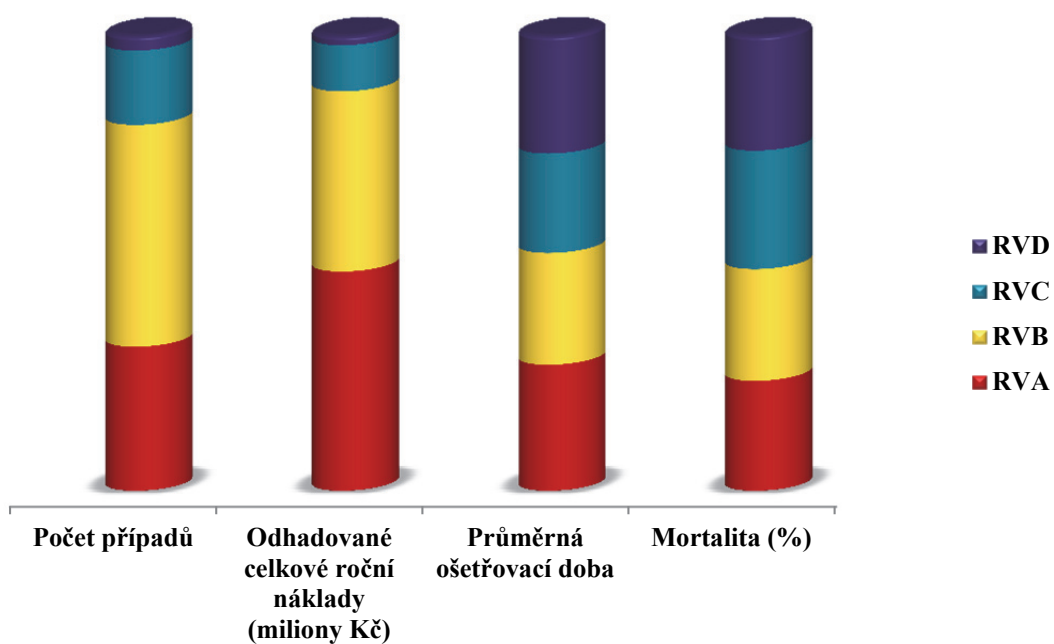
Ukazatel	Typ nemocnice	2008	2009	2010
Mortalita (%)	RV#	11,8	12,0	11,7
	RVA	11,6	11,7	11,4
	RVB	11,7	11,9	11,7
	RVC	12,2	12,5	12,8
	RVD	12,0	14,5	9,7
Počet případů	RV#	33145	32041	29287
	RVA	10181	10148	9556
	RVB	15934	15619	14451
	RVC	5719	5211	4505
	RVD	1277	1033	705
Průměrný věk případů	RV#	71,1	71,3	71,5
	RVA	69,5	69,8	69,9
	RVB	71,3	71,6	71,7
	RVC	72,8	72,8	73,4
	RVD	74,3	74,6	74,4
Průměrný věk při úmrtí	RV#	76,5	77,0	76,9
	RVA	74,8	76,1	75,2
	RVB	76,7	77,0	76,9
	RVC	78,2	78,1	79,6
	RVD	79,6	80,2	80,4
Průměrná ošetrovací doba případu	RV#	12,3	12,2	11,8
	RVA	13,6	13,3	13,0
	RVB	11,9	12,0	11,6
	RVC	10,7	10,6	10,1
	RVD	13,7	11,8	11,6

¹²⁷ NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Ekonomické aspekty klinických standardů* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_6/Priloha_6b_Ekonomicke_aspekty_KS.pdf>. s. 10.

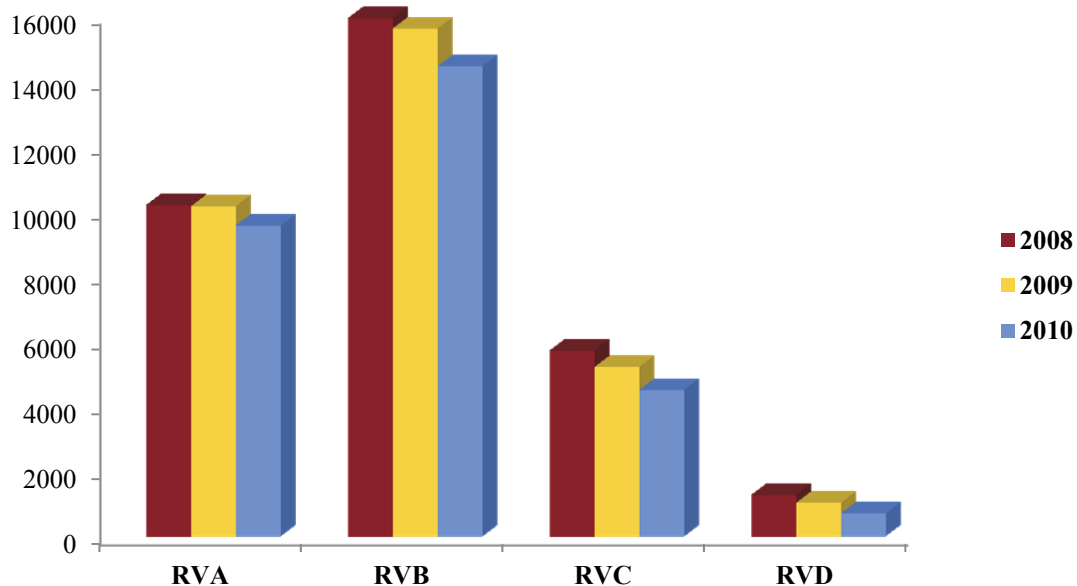
¹²⁸ NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, "Registr národní sady ukazatelů zdravotních služeb."

Odhadované celkové roční náklady na případ (Kč)	RV#	1485697048	1608522282	1478700630
	RVA	712313665	751976948	734206592
	RVB	558040548	653483341	595366749
	RVC	163883664	171186561	128284380
	RVD	45255603	27942650	18900750

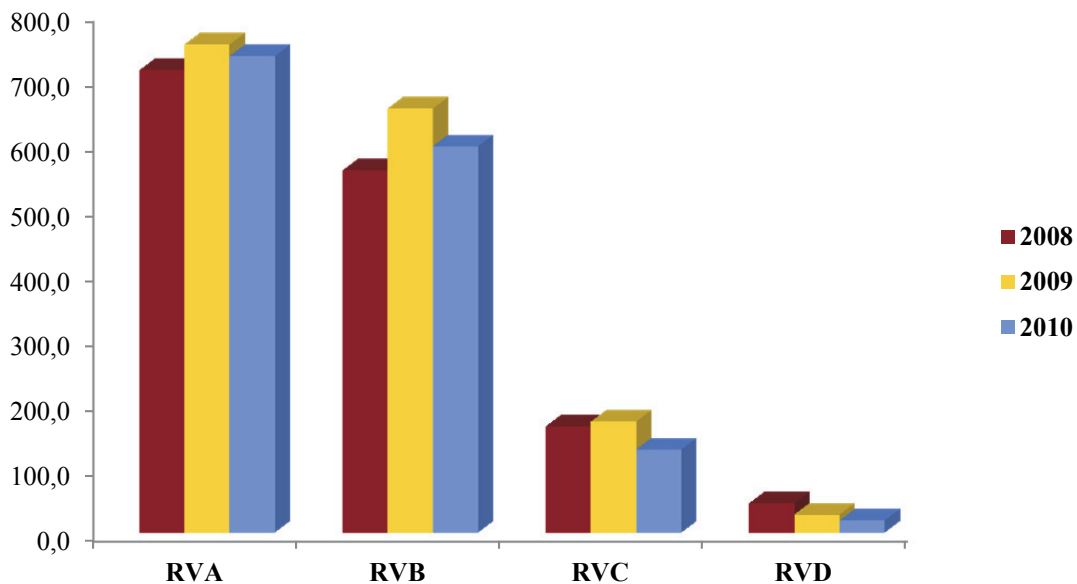
Graf 1 Průměrné referenční hodnoty ukazatele QM0054 Nemocniční mortalita u CMP 2008-2010



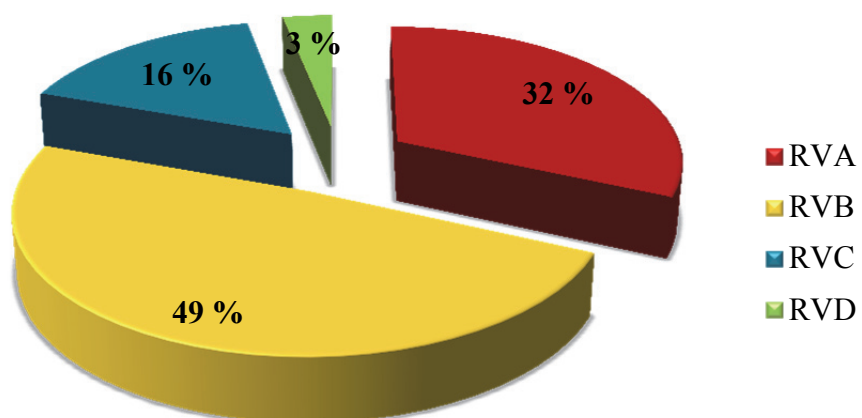
Graf 2 Počet případů CMP v letech 2008–2010 podle typu nemocnice



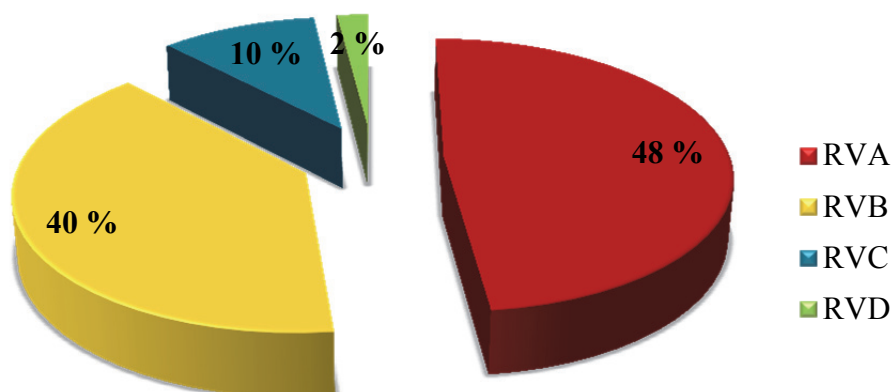
Graf 3 Odhadované celkové roční náklady na péči o pacienty s CMP v letech 2008–2010 podle typu nemocnice (milióny Kč)



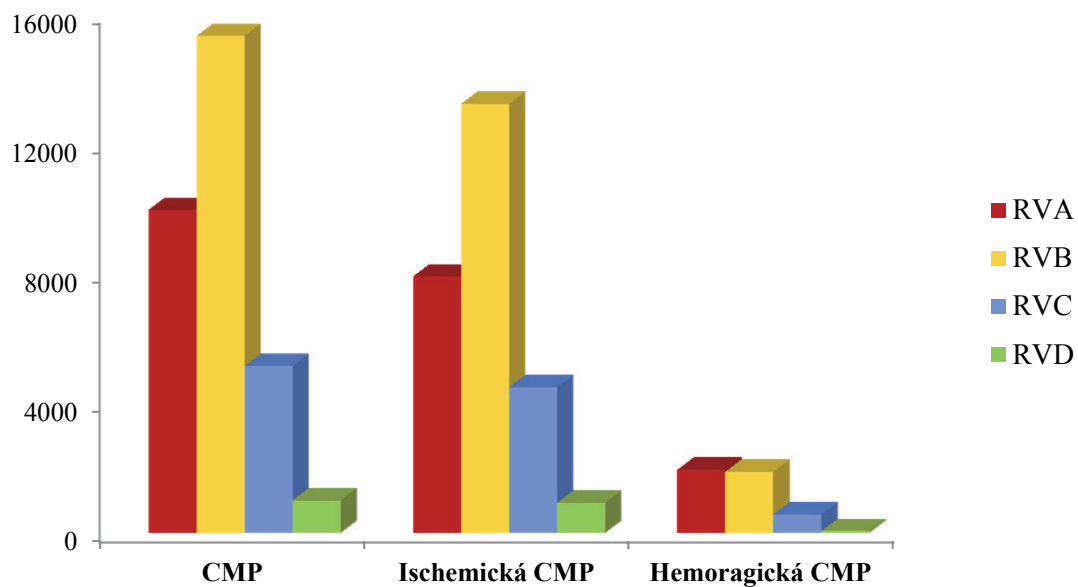
Graf 4 Rozložení počtu případů CMP v letech 2008–2010 podle typu nemocnice



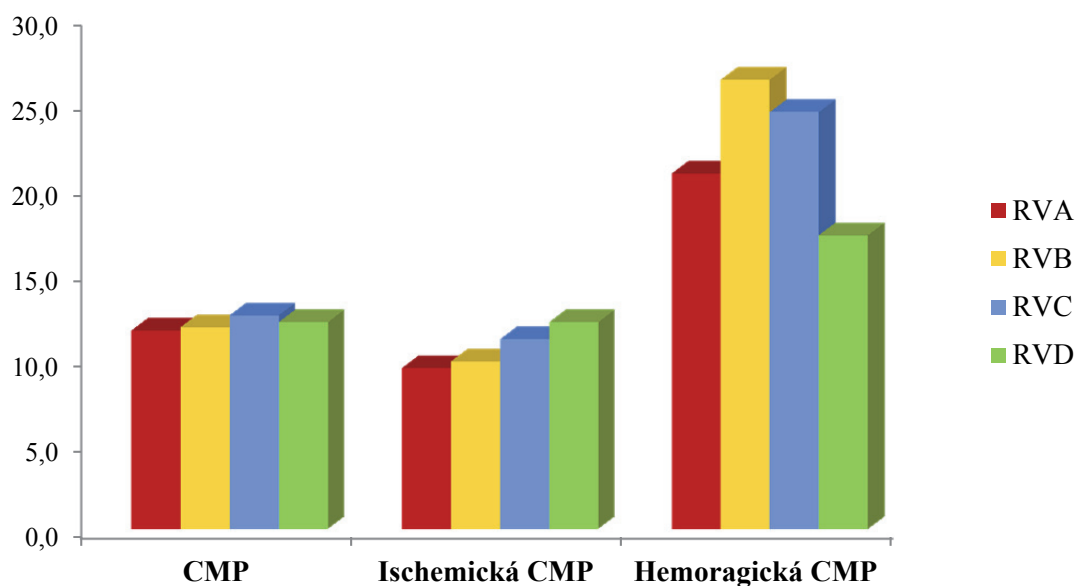
Graf 5 Rozložení odhadovaných celkových ročních nákladů na péči o pacienty s CMP v letech 2007–2010 podle typu nemocnice



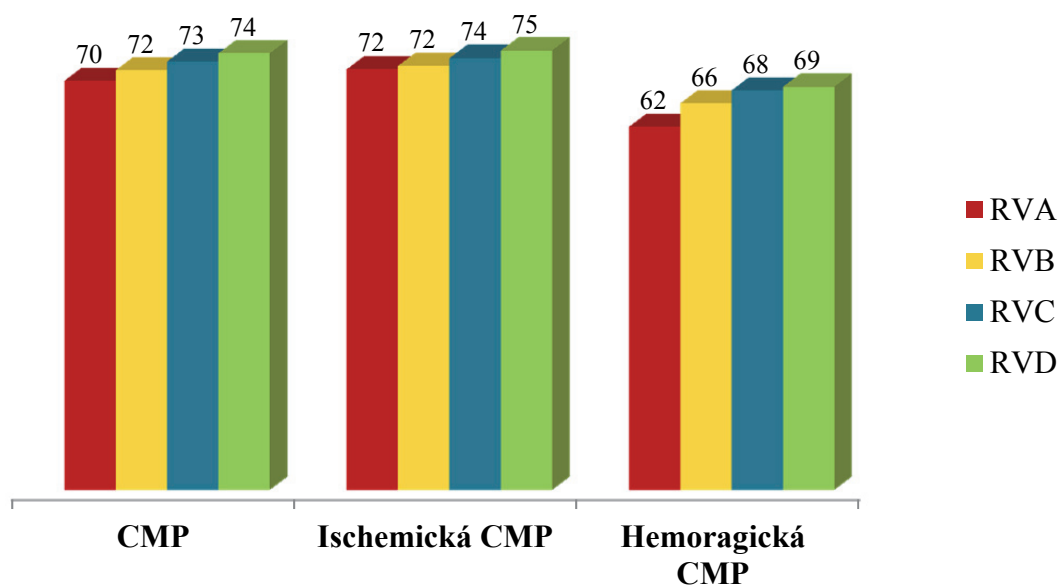
Graf 6 Počet případů u různých CMP podle typu nemocnice v letech 2007–2010



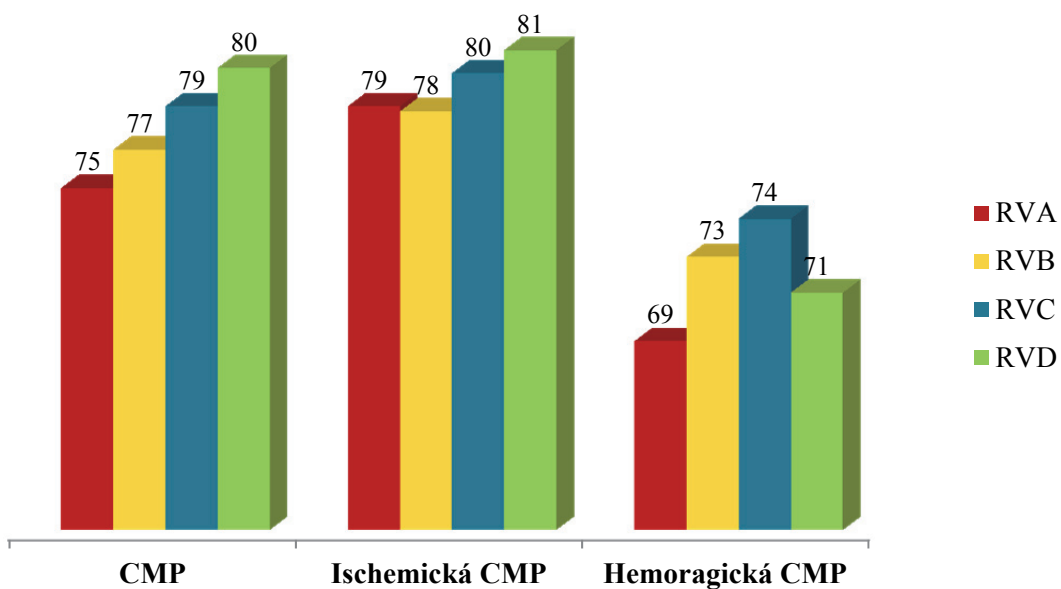
Graf 7 Mortalita u různých CMP podle typu nemocnice v letech 2007–2010 (v %)



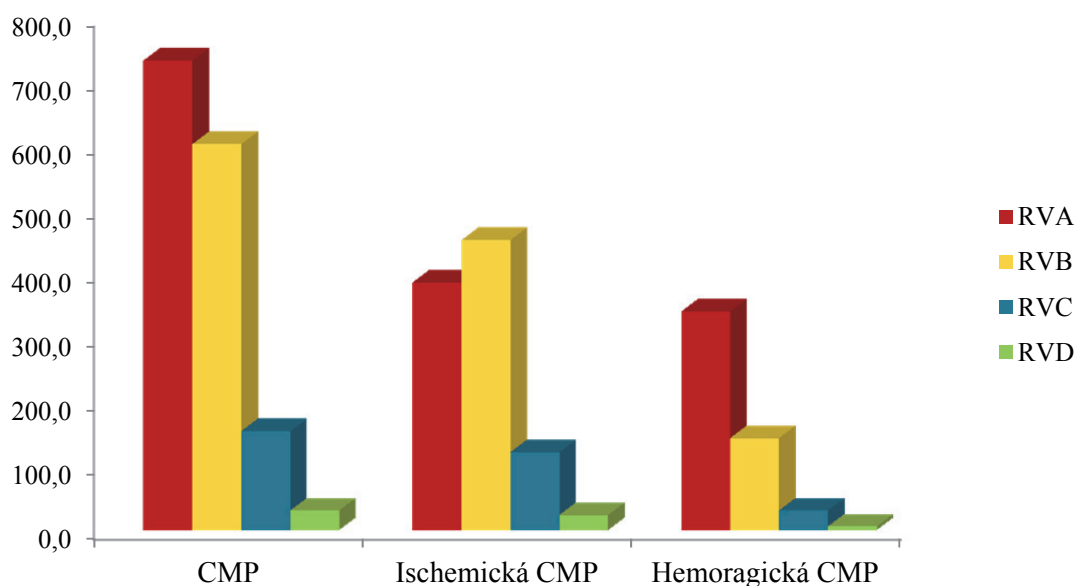
Graf 8 Průměrný věk případů u různých CMP podle typu nemocnice v letech 2007–2010



Graf 9 Průměrný věk při úmrtí u různých CMP podle typu nemocnice v letech 2007–2010



Graf 10 Odhadované celoroční náklady na případ u různých CMP podle typu nemocnice v letech 2007–2010 (miliony Kč)



Tabulka 38 Referenční hodnoty ukazatele QM0208 Nemocniční mortalita u ischemické CMP¹²⁹

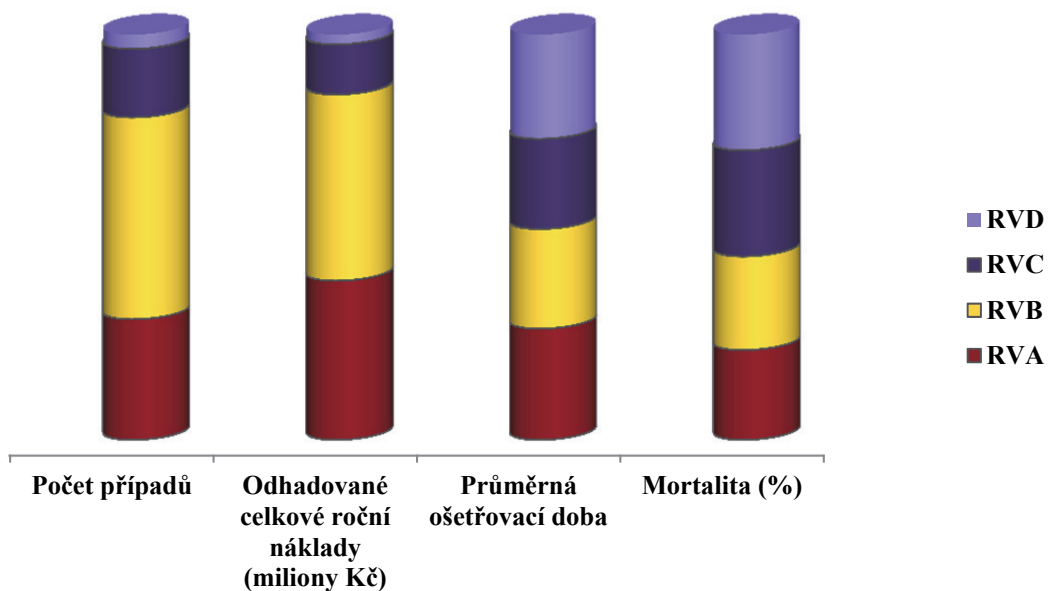
Ukazatel	Typ nemocnice	2008	2009	2010
Mortalita (%)	RV#	9,9	10,3	9,8
	RVA	9,3	9,8	9,1
	RVB	9,8	9,9	9,7
	RVC	11,0	11,1	11,3
	RVD	12,2	14,7	9,3
Počet případů	RV#	27234	27513	25043
	RVA	7831	8201	7692
	RVB	13412	13702	12609
	RVC	4880	4603	4015
	RVD	1091	980	710

Průměrný věk případů	RV#	72,5	72,3	72,5
	RVA	71,7	71,7	71,7
	RVB	72,3	72,2	72,5
	RVC	73,5	73,3	73,9
	RVD	75,2	75,0	74,5
Průměrný věk při úmrtí	RV#	79,0	78,8	78,7
	RVA	78,9	78,9	78,1
	RVB	78,6	78,4	78,3

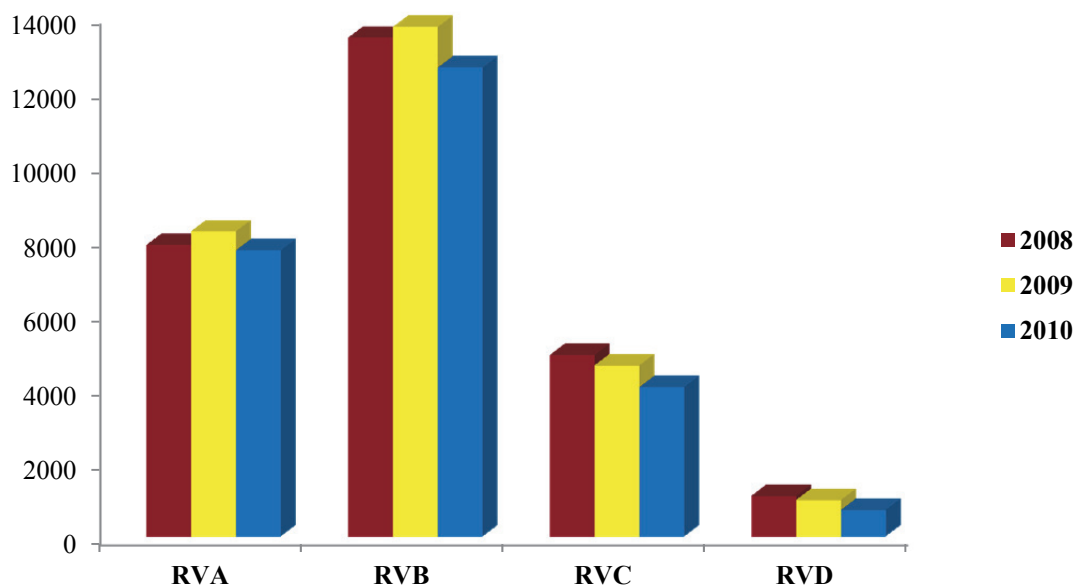
¹²⁹ Tamtéž.

	RVC	79,8	79,3	80,5
	RVD	80,7	80,8	80,8
Průměrná ošetrovací doba případu	RV#	11,8	11,8	11,3
	RVA	13,0	12,8	12,3
	RVB	11,5	11,6	11,1
	RVC	10,4	10,5	10,0
	RVD	12,4	11,6	11,7
Odhadované celkové roční náklady na případ (Kč)	RV#	897768810	1087808994	976677000
	RVA	337829340	421711822	400022460
	RVB	403432960	501931664	452776581
	RVC	123044320	136745924	105562380
	RVD	29952314	23788520	17261520

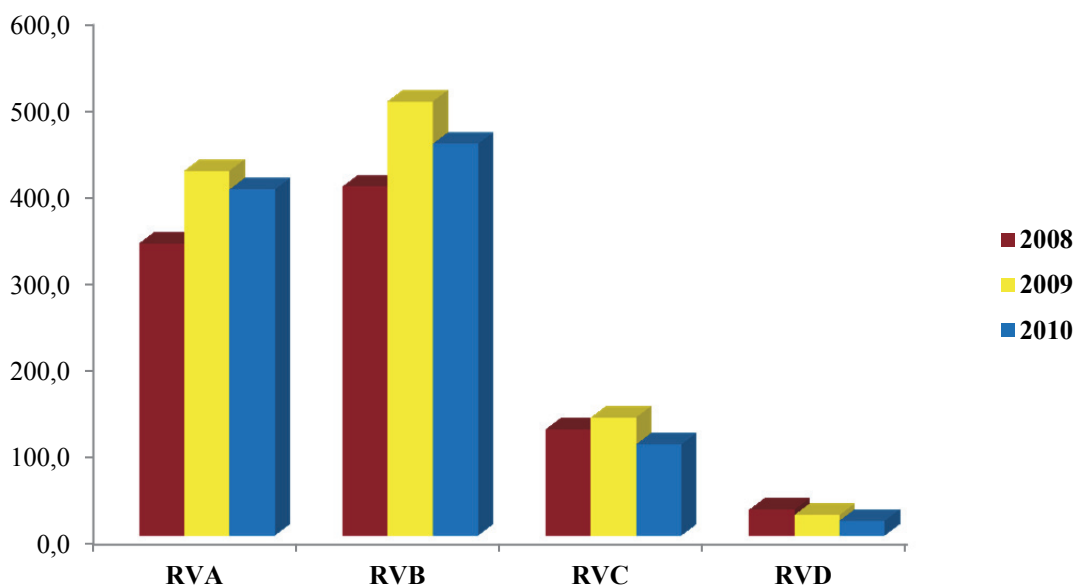
Graf 11 Průměrné referenční hodnoty ukazatele QM0208 Nemocniční mortalita u ischemické CMP 2008–2010



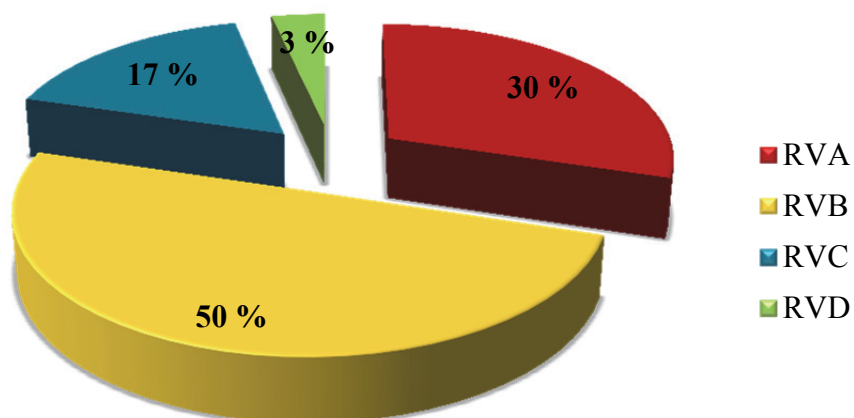
Graf 12 Počet případů ischemické CMP v letech 2008–2010 podle typu nemocnice



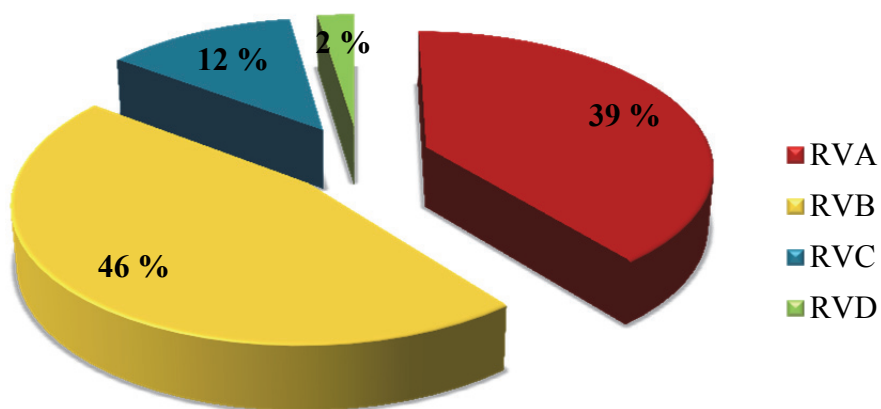
Graf 13 Odhadované celkové roční náklady na péči o pacienty s ischemickou CMP v letech 2008–2010 podle typu nemocnice (miliony Kč)



Graf 14 Rozložení počtu případů ischemické CMP v letech 2008–2010 podle typu nemocnice



Graf 15 Rozložení odhadovaných celkových ročních nákladů na péči o pacienty s ischemickou CMP v letech 2008–2010 podle typu nemocnice



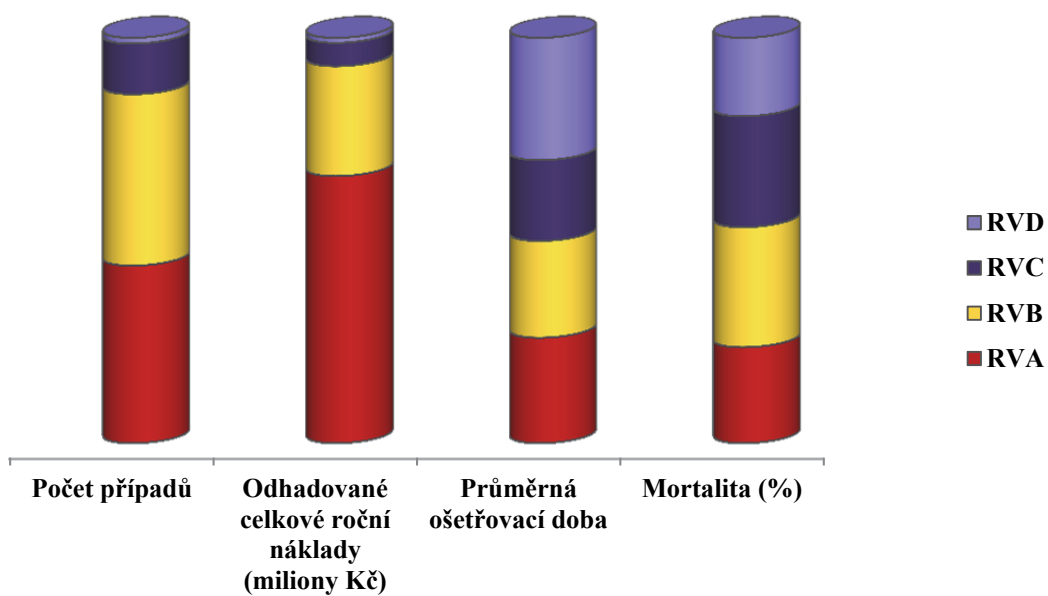
Tabulka 39 Referenční hodnoty ukazatele QM0356 Nemocniční mortalita u CMP způsobených mozkovým krvácením¹³⁰

Ukazatel	Typ nemocnice	2007	2008	2009	2010
Mortalita (%)	RV#	24,3	24,6	22,9	23,2
	RVA	22,2	21,8	19,6	20,9
	RVB	26,6	27,4	26,3	25,1
	RVC	24,6	24,9	23,5	24,7
	RVD	17,1	22,7	11,3	17,5
Počet případů	RV#	4536	4607	4528	4244
	RVA	2004	2023	1947	1864
	RVB	1909	1896	1917	1842
	RVC	536	602	608	490
	RVD	82	75	53	40

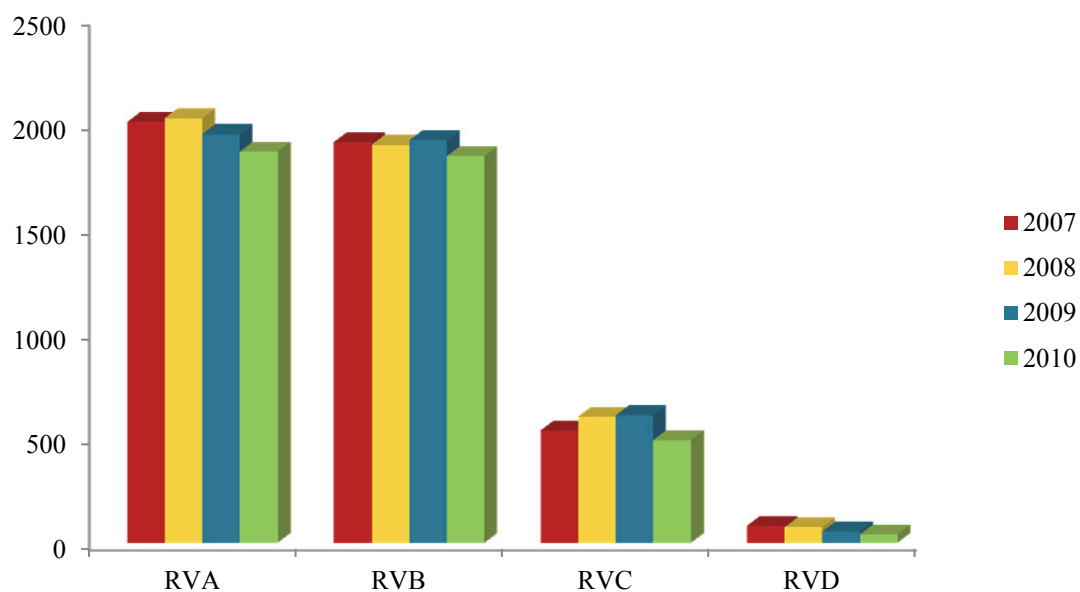
Průměrný věk případů	RV#	63,7	64,1	65,1	65,0
	RVA	61,2	61,7	62,2	62,3
	RVB	65,3	65,3	66,7	66,4
	RVC	67,0	67,3	68,8	69,4
	RVD	64,1	70,3	68,0	72,3
Průměrný věk při úmrtí	RV#	70,1	70,4	72,0	72,3
	RVA	67,2	68,1	70,0	70,0
	RVB	71,9	71,9	73,1	73,1
	RVC	73,3	72,6	74,0	76,0
	RVD	68,3	71,0	66,3	76,7
Průměrná ošetrovací doba případu	RV#	15,1	15,1	14,6	14,6
	RVA	16,1	16,0	15,3	15,8
	RVB	14,4	14,4	14,8	14,5
	RVC	12,9	12,8	11,9	10,9
	RVD	19,7	27,9	14,8	10,6
Odhadované celkové roční náklady na případ (Kč)	RV#	509478984	545501049	520751696	502018516
	RVA	342663960	359300984	330271557	334190968
	RVB	131148300	137300736	151558020	142576326
	RVC	27530032	34891318	34443200	22722280
	RVD	7709722	11726400	4154405	1639040

¹³⁰ Tamtéž.

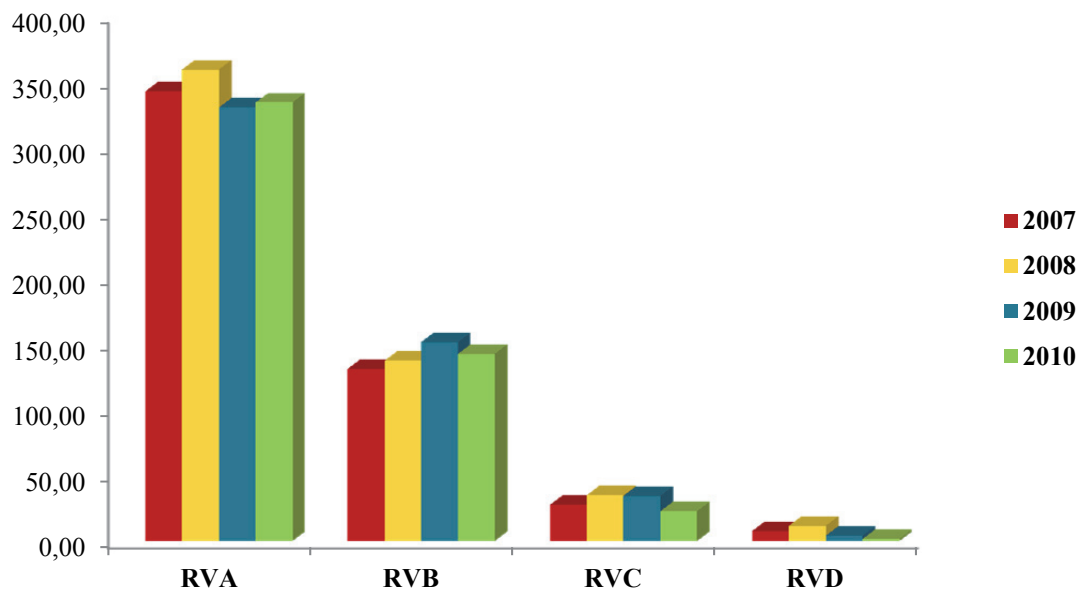
Graf 16 Průměrné referenční hodnoty ukazatele QM0356 Nemocniční mortalita u CMP způsobených mozkovým krvácením v letech 2007–2010



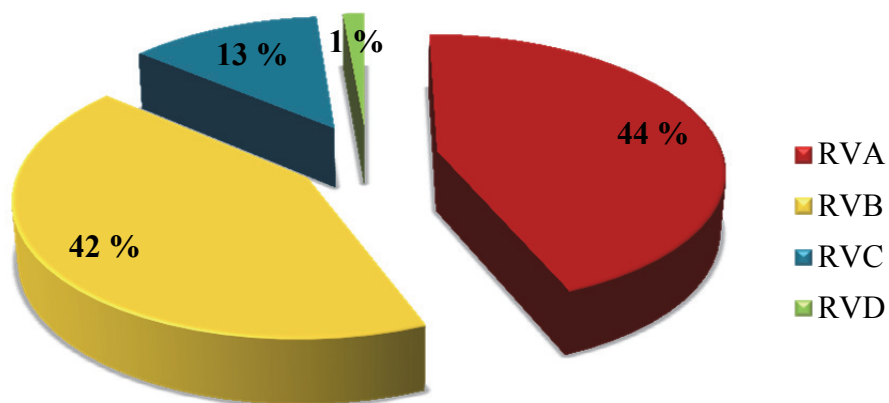
Graf 17 Počet případů CMP způsobených mozkovým krvácením v letech 2007–2010 podle typu nemocnice



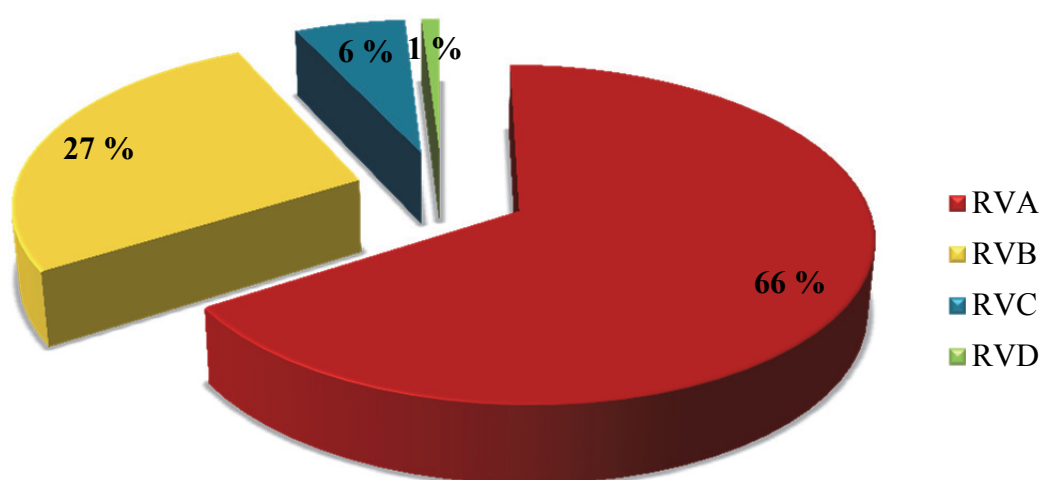
Graf 18 Odhadované celkové roční náklady na péči o pacienty s CMP způsobených mozkovým krvácením v letech 2007–2010 podle typu nemocnice (milióny Kč)



Graf 19 Rozložení počtu případů CMP způsobených mozkovým krvácením v letech 2007–2010 podle typu nemocnice



Graf 20 Rozložení odhadovaných celkových ročních nákladů na péči o pacienty s CMP způsobených mozkovým krvácením v letech 2007–2010 podle typu nemocnice



Všechny hodnocené KDP obsahují ekonomickou analýzu v kapitole Statistické informace, v oddílu Epidemiologické informace a ekonomické aspekty klinického standardu. Součástí jsou informace o incidenci a nákladech na péči (viz Tabulka 52). Zvláštní oddíl Údaje NRC obsahuje ekonomickou analýzu NRC (viz. Tabulka 53).

Myasthenia gravis je relativně vzácné onemocnění, pro které v České republice nejsou relevantní epidemiologická data. Proto autoři v MG uvádějí údaje z mezinárodních publikací. Incidence myasthenia gravis je podle jedné metaanalýzy 0,53/100 000 obyvatel¹³¹, podle jiného systematického přehledu 3/100 000 obyvatel¹³² a například celkové roční náklady na léky byly 9,4 milionů USD.¹³³ Pro narkolepsii v NARKO nejsou žádná relevantní data.

Autoři NARKO uvádějí, že aktuální ekonomická data v České republice nemají potřebnou vypovídací hodnotu, protože většina péče probíhá ambulantně. Prevalenční

¹³¹ Srov. CARR, A. S., CARDWELL, C. R. aj. A systematic review of population based epidemiological studies in Myasthenia Gravis. *BMC Neurol.* 2010, roč. 10, s. 46.

¹³² Srov. MCGROGAN, A., SNEDDON, S. aj. The incidence of myasthenia gravis: a systematic literature review. *Neuroepidemiology.* 2010, roč. 34, s. 171–183.

¹³³ Srov. PIŤHA, JIŘÍ, BEDNAŘÍK, JOSEF aj. 60.

studie v České republice také nebyla dosud provedena. Je proto nutné začít se sběrem a vyhodnocováním relevantních ukazatelů.¹³⁴ Další ze vzácných onemocnění je neuromyelitis optica, pro které není v České republice známá prevalence ani incidence. Autoři uvádějí, že v současnosti je v ČR známo pouze 35 případů.¹³⁵ Syndrom neuropatické bolesti je naopak tak různorodý, že pro každou diagnostickou jednotku autoři údaje uvádějí zvlášť. V NB a AINSO čerpají ze zahraničních literárních zdrojů. Data pro Českou republiku nejsou uvedena a informace týkající se nákladů nejsou pro analýzu dostupné.^{136,137}

Tabulka 40 Incidence a náklady v jednotlivých doporučených postupech

KDP	Incidence (počet případů/100 000 obyvatel)	Celkové roční náklady na nemocniční péči (miliardy Kč)
AINSO	údaje za Českou republiku nejsou dostupné	
CMP	250	0,95
NARKO	údaje za Českou republiku nejsou dostupné	
NB	neuveďeno	
MG	údaje za Českou republiku nejsou dostupné	
RS	11,7	5,3

Tabulka 41 Ekonomická analýza NRC pro jednotlivé doporučené postupy (údaje za rok 2009)

KDP	Počet akutních hospitalizací	Nemocniční mortalita (%)	Průměrné náklady na případ (Kč)	Celkové populační náklady (Kč)	Míra centralizace (%)
AINSO	1131	neuveďeno	78 211	88 456 109	50,57
CMP	27 513	10,25	39 538	1 087 797 439	46,95
NARKO	údaje za Českou republiku nejsou dostupné				
NB	1380	neuveďeno	33 394	46 083 899	neuveďeno
MG	75	neuveďeno	53 539	4 014 712	28
RS	6615	neuveďeno	26326	174 147 879	40

¹³⁴ Srov. ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA aj. 98.

¹³⁵ Srov. HAVRDOVÁ, EVA, PÍŤHA, JIŘÍ aj. 146.

¹³⁶ Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti." 203–204.

¹³⁷ Srov. BEDNAŘÍK JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV, EHLER, EDVARD, AMBLER, ZDENĚK, PÍŤHA, JIŘÍ, VENCOVSKÝ, JIŘÍ, LITZMAN, JIŘÍ, KOŘÍSTEK, ZDENĚK, PÁTÁ, MARTINA, "Technologický klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou." 251–252.

Hodnocení ekonomických dopadů KDP

V rámci procesu tvorby KDP bylo provedeno hodnocení ekonomických dopadů implementovaných KDP.¹³⁸

Sledovány byly následující výzkumné otázky:¹³⁹

1. Riziko dopadu do veřejných rozpočtů

Jak vysoké je riziko, že implementací KDP dojde ke zvýšení nákladů na péči?

2. Rozpor se současnými podmínkami úhrady

Jsou doporučované intervence v rozporu s podmínkami úhrady z veřejného zdravotního pojištění?

3. Nákladová efektivita vědecky dokázána

Je hodnocení efektivity nákladů součástí důkazů, na kterých jsou doporučení založena?

4. Pozitivní vliv na úspory prostředků v doporučení

Mohou mít doporučení po implementaci vliv na případné snížení nákladů na péči?

V metodice KDP je uvedeno, že šetření bylo provedeno v rámci evaluace KDP. Je konstruováno pro rutinní hodnocení. Má charakter měření postojů. U každého klíčového doporučení jsou zodpovězeny výše uvedené výzkumné otázky. Použita je čtyřstupňová hodnotící škála (viz Tabulka 54).¹⁴⁰ Bližší informace, konkrétní data ani závěry nejsou veřejně dostupné.

¹³⁸Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Vyhodnocování klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3m_Vyhodnoceni_KS.pdf>. s. 3.

¹³⁹ Tamtéž. s. 4.

¹⁴⁰Srov. Tamtéž. s. 4.

Tabulka 42 Příklad hodnocení ekonomických dopadů doporučených postupů¹⁴¹

Pořadí	Doporučení	Klasifikace	Odkaz na literaturu	Riziko pro rozpočet	Rozpor s podmínkami úhrady	Nákladová efektivita v důkazech	Pozitivní vliv na úspory
1.	Text klíčového doporučení	I/A	[5, 7]	1	2	1	1
2.	Text klíčového doporučení	III/C	[11]	1	1	4	3

Hodnocení	1 vysoké	2 nízké	3 žádné	4 neznámé	N/A nelze aplikovat
-----------	----------	---------	---------	-----------	---------------------

3.1.8 Tvorba doporučení

Metodou tvorby KDP byla adaptace. Při ní došlo po vyhledání původních KDP pro adaptaci a jiných literárních zdrojů nejprve k extrakci klíčových doporučení a jejich zpracování pro proces odborné oponentury I. stupně podle standardního vzoru. Za tyto kroky byli odpovědní autoři, konzultanti spolupracující s interním garantem a operátorem.¹⁴² „Cílem je dosáhnout konsenzu koncepce KDP ještě před samotným započítáním prací na dokumentu.“¹⁴³ Po dosažení konsenzu autorského týmu ve spolupráci s interním garantem byl přehled klíčových doporučení zaslán oponentům. Po vypořádání všech připomínek pak proces tvorby KDP pokračoval další odbornou a veřejnou oponenturou (viz 12.1.10).

Při tvorbě doporučení jsou dodržena metodická doporučení NRC a proces je tak standardizován:¹⁴⁴

- » z formulace a větné stavby doporučení má být zřejmé, že se jedná o doporučení (např. „doporučuje se ...“)

¹⁴¹ Tamtéž. s. 6–9.

¹⁴² Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Metoda adaptace původních klinických doporučených postupů* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3o_Metody_adaptace_puvodnich_KDP.pdf>. s. 3.

¹⁴³ NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>. s. 4.

¹⁴⁴ NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Metoda adaptace původních klinických doporučených postupů* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3o_Metody_adaptace_puvodnich_KDP.pdf>; tamtéž. s. 4.

- » klíčová doporučení jsou podle oblastí standardně řazena takto:¹⁴⁵
 - Klasifikační a technické požadavky na poskytovatele
 - Popis nemoci a její začátek
 - Proces péče
 - Výsledky
 - Koncentrace péče
- » klíčová doporučení pro proces péče jsou standardně řazena takto: prevence, příznaky onemocnění, diagnostika, základní léčba a následná péče)
- » součástí doporučení je klasifikace kvality důkazů a síly doporučení
- » součástí doporučení je literární odkaz na relevantní důkazy

Zpracování klíčových doporučení pro kapitolu Proces péče je povinné. Pravidla pro bibliografické citace jsou standardně vyžadována a jsou v souladu s ČSN ISO 690.¹⁴⁶

Průměrný počet klíčových doporučení v neurologické sadě KDP je 28, nejméně 22 u CMP a nejvíce 41 u NARKO. Nejvyšší počet klíčových doporučení pro primární a sekundární prevenci je 6 v CMP, pro diagnostiku 16 v NARKO a terapii 24 v AINSO a MG.

Tabulka 43 Počet klíčových doporučení u jednotlivých KDP

KDP	AINSO	CMP	NARKO	NB	MG	RS
Kvalifikační a technické požadavky	3	2	3	2	2	2
Proces	Prevence	0	6	0	0	0
	Diagnostika	0	2	16	0	8
	Terapie	24	5	15	16	24
Výsledky	2	5	3	2	1	2
Využitelnost	0	2	4	0	1	2
počet	29	22	41	20	36	20

¹⁴⁵Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>. s. 27.

¹⁴⁶Srov. Tamtéž. s. 20.

3.1.9 Stanovení kritérií klinického auditu a tvorba ukazatelů péče

KDP obsahují v kapitole výsledky oddíl Doporučení pro sběr dat za účelem vyhodnocování struktury, procesu a výsledků péče.¹⁴⁷ Sběr a analýza těchto dat je nezbytná pro klinický audit. Metodika klinického auditu není explicitně uvedena. Při tvorbě KDP probíhala u většiny z nich společně i tvorba ukazatelů zdravotních služeb. Registr Národní sady standardů zdravotních služeb¹⁴⁸ je vzájemně propojen s Registrem národní sady ukazatelů zdravotních služeb¹⁴⁹. Bylo vytvořeno několik typů ukazatelů: strukturální, objemové, procesní, výsledkové a ukazatele utilizace.¹⁵⁰ Každý ukazatel v registru NSUZS obsahuje jeho název, definice, popis významu a údaje o interním garantovi, historii vývoje (datum doporučení pro tvorbu, schválení a vložení konečné verze do registru). Součástí záznamu v registru jsou také podpůrné dokumenty s referenčními hodnotami od roku 2008 po současnost a hypertextový odkaz na odpovídající KDP. Vztah mezi klíčovými doporučeními, klinickými kritérii a ukazateli je explicitní.¹⁵¹

Celkem bylo od roku 2008 vytvořeno 153 ukazatelů pro 17 specializací (viz Tabulka 56), z toho 14 je propojeno se sadou KDP v neurologii. K 24/01/2013 bylo 74 ukazatelů doporučeno k užívání, 20 doporučeno k užívání a dalšímu vývoji, 4 nebyli doporučeni k užívání, ale k dalšímu vývoji. U 56 ukazatelů dosud neproběhlo konečné hodnocení. Žádný ukazatel nebyl vyřazen. Do Národní sady zdravotních služeb bylo k 24/01/2013 zařazeno 95 ukazatelů a 58 bylo připraveno ke konečnému hodnocení. Žádný ukazatel nebyl vyřazen z vývoje.

¹⁴⁷ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF. Klinické doporučené postupy v neurologii I, s. 41–273.

¹⁴⁸ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady standardů zdravotních služeb* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/>>.

¹⁴⁹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady ukazatelů zdravotních služeb* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/ukazatele/>>.

¹⁵⁰ NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>. s. 23–24.

¹⁵¹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Průručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>. s. 17.

Tabulka 44 Obory, pro které byly vytvořeny ukazatele zdravotních služeb

Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína	Ortopedie
Gynekologie a porodnictví	Neurochirurgie
Kardiochirurgie	Neurologie
Kardiologie	Chirurgie
Klinická onkologie	Urologie
Otorinolaryngologie	Cévní chirurgie
Traumatologie	Gastroenterologie
Vnitřní lékařství	Neonatologie
Všeobecné praktické lékařství	

Průměrný počet ukazatelů v jednotlivých neurologických KDP je 3, medián 2, nejméně 1 u NB a nejvíce 7 u CMP. NARKO neobsahuje ukazatele žádné. K 24/01/2013 bylo 8 ukazatelů doporučeno k užívání, 4 doporučení k užívání a dalšímu vývoji a u 2 dosud neproběhlo konečné hodnocení. Do Národní sady zdravotních služeb bylo k 24/01/2013 zařazeno 12 ukazatelů a 2 byli připraveni ke konečnému hodnocení (viz Tabulka 57). Ukazatelé „Nemocniční mortalita u CMP“ a „Nemocniční mortalita u ischemické CMP“ byly v roce 2009 vydány ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR.¹⁵²

Tabulka 45 Spojení ukazatelů zdravotních služeb s doporučenými postupy

KDP	Kód a fáze ukazatele	Název	Interní garant	Datum
AINSO	QV0252xD1	Počet případů hospitalizace pro autoimunitní nervosvalová onemocnění	Suchý Miloš	19/11/2009 12/01/2010 -
	QV0042xD1	Míra centralizace pacientů hospitalizovaných s autoimunitními nervosvalovými onemocněními		15/02/2010 16/02/2010 -
CMP	QV0206xXX	Počet případů hospitalizace pro CMP	Pátá Martina	15/08/2010 15/08/2010 -
	QV0207xXX	Počet případů hospitalizace pro ischemickou CMP	není uvedeno	15/08/2010 15/08/2010 -
	QV0312xD2	Počet případů hospitalizace pro TIA	Pátá Martina	31/12/2010 03/03/2011 -
CMP	QM0054sD1	Nemocniční mortalita u CMP	Suchý Miloš	19/11/2009 12/01/2010 06/05/2010


¹⁵² Srov. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Vývoj Národní sady ukazatelů kvality zdravotních služeb. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2009, s. 88–89.


	QM0208sD1	Nemocniční mortalita u ischemické CMP		19/11/2009 12/01/2010 -
	QM0356sD1	Nemocniční mortalita u CMP způsobených mozkovým krvácením	Pátá Martina	01/04/2011 01/04/2011 -
	QV0284xD1	Míra centralizace pacientů hospitalizovaných s CMP a ischemickou cévní mozkovou příhodou		údaje chybí
MG	QV0285xD2	Počet případů hospitalizace pro myasthenia gravis		16/08/2010 03/03/2011 -
	QV0310xD1	Míra centralizace pacientů hospitalizovaných s myasthenia gravis		31/12/2010 28/02/2011 -
NB	QV0204xD1	Počet případů hospitalizace pro neuropatickou bolest		06/08/2010 06/08/2010 -
RS	QV0205xD2	Počet případů hospitalizace pro roztroušenou sklerózu		31/12/2010 03/03/2011 -
	QV0311xD2	Míra centralizace pacientů hospitalizovaných s roztroušenou sklerózou		10/08/2010 15/08/2010 -

Vysvětlivky k Tabulce 57

1. Datum vložení návrhu do registru
2. Datum schválení návrhu a počátek tvorby ukazatele
3. Doporučení do užívání a zveřejnění ukazatele

- D1 Doporučen k užívání
D2 Doporučen k užívání a dalšímu vývoji
XX Neproběhlo konečné hodnocení

 Ukazatel zařazen do NSUZS

 Ukazatel je připraven ke konečnému hodnocení

Tabulka 46 Příklady ukazatelů zdravotních služeb¹⁵³

Kód	QV0310xD1
Název	Míra centralizace pacientů hospitalizovaných s myasthenia gravis
Definice	Podíl pacientů hospitalizovaných s myasthenia gravis v neuromuskulárních centrech ze všech pacientů léčených pro stejnou diagnózu.
Odůvodnění	Jedná se o významnou oblast klinických stavů, které se sice vyskytují spíše sporadicky, ale jejich péče je poměrně nákladná. Ukazatel popisuje míru centralizace, která je doporučována klinickými doporučenými postupy. Onemocnění mělo před zavedením moderní intenzivní péče významnou mortalitu a morbiditu, po jejím zavedení se mortalita snížila mortalita z původních 30 - 70 % na 2 - 5 %
Relevantní KDP	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu myasthenia gravis

Kód	QM0208sD1
Název	Nemocniční mortalita u ischemické CMP
Definice	Počet případů hospitalizace s hlavní diagnózou MI a ukončených úmrtím děleno celkovým počtem případů se stejnou diagnózou v dané nemocnici a v daném období. Vyloučení hospitalizace následné péče z definice.
Odůvodnění	Ischemická CMP je závažné cévní onemocnění mozku, které je 2. - 3. nejčastější příčinou úmrtí v rozvinutých zemích a nejčastější příčinou dlouhodobé invalidity. Zlepšující se možnosti terapeutického ovlivnění v zejména časných fázích vyžadují zavádění a kontrolu adekvátních postupů, které je vhodné standardizovat. Hodnocení nemocniční mortality umožňuje u této diagnózy vyhodnocovat úspěšnost léčby v jednotlivých nemocnicích i úspěšnost zavádění klinických standardů národních (cerebrovaskulárních a iktových) programů zaměřených na tuto problematiku.
Relevantní KDP	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou

¹⁵³ Srov. NÁRODNÍ REFERENCČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady ukazatelů zdravotních služeb* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/ukazatele/>>.

TVORBA – FÁZE ZÁVĚREČNÁ

3.1.10 Oponentury, schvalování a příprava konečné podoby

Oponentura probíhá v několika fázích a je přísně strukturovaná a formalizována:^{154,155}

1. Odborná oponentura

a. Oponentura I. stupně – oponentura klíčových doporučení

Přehled klíčových doporučení je zaslán oponentům a jejich připomínky jsou zpracovány. Dále interní garant a autor projednají použitelnost osnovy, je zpracován vývojový diagram algoritmizované části a kapitola Statistické informace. Editor pak připraví dokument po stránce formální a grafické k další fázi oponentury. Doporučená doba trvání je 2 týdny.

b. Oponentura II. stupně – oponentura celého KDP

V této fázi je posuzován celý dokument. Za technické zpracování připomínek je odpovědný editor, za správu celého procesu pak interní garant. Připomínky oponentů a autorů jsou pak předmětem formálního konsenzuálního procesu dokumentovaného interním garantem. V případě neshody vstupuje do procesu Projektová rada (viz 12.1.4) a rozhoduje o prodloužení termínu k dosažení konsenzu, dočasném odkladu nebo ukončení tvorby KDP. Doporučená doba trvání jsou 4 týdny.

c. Interní oponentura NRC

Konečná verze dokumentu KDP připraveného k veřejné oponentuře je předložena Představenstvu NRC ke schválení. Představenstvo je statutárním orgánem NRC. Je tvořeno třemi členy za zdravotní pojišťovny, třemi členy za poskytovatele zdravotní péče a tři členové jsou jmenováni ministrem

¹⁵⁴ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>. s. 8–9.

¹⁵⁵ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Proces oponentury a akceptace* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4e_Proces_oponentury_a_akceptace.pdf>.

zdravotnictví.¹⁵⁶ Pouze takto schválený dokument se podrobí veřejné oponentuře. Doporučená doba trvání jsou 4 týdny.

2. Veřejná oponentura

Dokument KDP je po ukončení odborné oponentury zveřejněn na internetových stránkách NRC a příslušných odborných společností, zpravidla po dobu jednoho měsíce. Přípomínky jsou interním garantem konzultovány s autorským týmem, a pokud jsou relevantní, jsou editorem zapracovány do KDP. Doporučená doba trvání veřejné oponentury je 4 týdny. Proces veřejné oponentury je standardní a je dokumentován interním garantem.¹⁵⁷ Konkrétní údaje o procesu veřejné oponentury nejsou veřejně dostupné.

Odborníci zapojení do procesu oponentury, schvalování a přípravy konečné podoby KDP jsou členy skupiny pro tvorbu KDP (viz Tabulka 41).

3.1.11 Plán revize a aktualizace

K revizi a aktualizaci KDP dochází podle metodiky NRC po uplynutí předem stanovené doby. Probíhá tedy **plánovaná aktualizace**. Doba platnosti KDP je stanovena na 2 roky. Tento proces je formalizován a je za něj odpovědný externí garant, za podpory operátora.¹⁵⁸ V případě potřeby je možné KDP aktualizovat i před uplynutím původně plánované doby a provést **mimořádnou aktualizaci**.

Za aktuálnost KDP je po celou dobu jeho platnosti odpovědný externí garant. Je odborníkem na téma daného KDP a kontinuálně sleduje výsledky vědeckého výzkumu. V případě potřeby navrhuje prostřednictvím interního garanta mimořádnou aktualizaci, případně o ní diskutuje s oponenty či autory. Externí garant je také odpovědný za aktualizaci KDP v souladu s novelizací Seznamu zdravotních výkonů s bodovými

¹⁵⁶ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. Stanovy. *Národní referenční centrum*. [online]. <http://nrc.cz/system/files/2011/05/stanovy_nrc_20120502_pdf_29949.pdf>. s. 7.

¹⁵⁷ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>. s. 9.

¹⁵⁸ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>. s. 7.

hodnotami. Tři měsíce před uplynutím platnosti KDP upozorní interní garant garanta externího, že je potřeba revize a aktualizace. Ten dále osloví členy autorského týmu a oponenty. Nejpozději 2 týdny před uplynutím platnosti KDP pak informuje interního garanta o stavu a míře revize.¹⁵⁹

Sada hodnocených KDP byla nově vytvořena a aktuální vydání je první. U všech KDP je explicitně uveden časový údaj o plánované revizi, aktualizaci a její garant (viz Tabulka 59). AINSO měl být podle plánu aktualizován v říjnu 2012, ale aktualizovaná verze nebo údaje o fázi revize není dostupná.

Tabulka 47 Revize a aktualizace doporučených postupů

KDP	Datum publikace	Datum plánované revize	Garant
AINSO	01/09/2010	říjen 2012	Bednařík Josef
CMP	01/12/2011	prosinec 2013	Škoda Ondřej
NARKO	01/11/2011	listopad 2013	Šonka Karel
NB	01/10/2011	říjen 2013	Bednařík Josef
MG	01/12/2011	prosinec 2013	Pitřha Jiří
RS	01/03/2012	únor 2014	Havrdová Eva

3.1.12 Diseminace

Diseminace sady KDP je zajištěna využitím několika aplikačních nástrojů (např. algoritmy) a je publikována a šířena různými druhy médií (viz Tabulka 60). Sada neurologických KDP je dostupná na internetových stránkách Národního referenčního centra i České neurologické společnosti,¹⁶⁰ některé KDP byly publikovány časopisecky. Jako celek byla sada KDP publikována v monografii, která byla v roce 2012 vydána Vydavatelstvím Univerzity Palackého v Olomouci.¹⁶¹ Kniha je s využitím služby „Tisk na objednávku“ v nabídce nepřetržitě. Elektronicky je možné provést objednávku dotisku.¹⁶²

¹⁵⁹Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>. s. 13.

¹⁶⁰Srov. ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČNOST.

¹⁶¹Srov. SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF, ed. *Klinické doporučené postupy v neurologii I*

¹⁶²Srov. VYDAVATELSTVÍ UNIVERZITY PALACKÉHO. *Elektronický obchod* [online]. <<http://e-shop.upol.cz/index.php>>.

Tabulka 48 Publikace KDP pro neurologii ČNS JEP

Internetové stránky: Národní referenční centrum Česká neurologická společnost	www.nrc.cz www.czech-neuro.cz
Články v časopisech: Bednařík, J et al. AINSO. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2010 ¹⁶³ Bednařík, J et al. NB. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2012 ¹⁶⁴	
Knižní publikace: Suchý, M., Bednařík, J. (editoři): Klinické doporučené postupy v neurologii I. 2012 ¹⁶⁵	

Každý KDP má několik různě rozsáhlých verzí, které jsou veřejně dostupné (viz Tabulka 61).¹⁶⁶

- » Odborná část
- » Přehled doporučení
- » Informace pro pacienty
- » Technická část
- » Plná verze

Technická část a Plná verze „nejsou publikovány veřejně a jsou součástí vnitřní dokumentace vývoje klinických standardů.“¹⁶⁷ Plná verze je kompletní dokumentace k vytvořenému KDP a je výstupem celého procesu tvorby.¹⁶⁸

V každém hodnoceném KDP je algoritmicky zpracován hlavní proces péče. Za algoritmické zpracování odpovídá operátor a spolupracuje při tom s autorem či oponentem. Účelem algoritmizace je:¹⁶⁹

¹⁶³ Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV aj., "Standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a plazmaferézou."

¹⁶⁴ Srov. BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK aj., "Klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti."

¹⁶⁵ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF, ed. *Klinické doporučené postupy v neurologii I*

¹⁶⁶ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady standardů zdravotních služeb* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/>>.

¹⁶⁷ NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady standardů zdravotních služeb* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/>>.

¹⁶⁸ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Různé typy dokumentů klinických standardů a jejich použití* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4f_Ruzne_typy_dokumentu_KS_a_jejich_pouziti.pdf>.

- » zaznamenat časovou posloupnost jednotlivých kroků procesu péče
- » zaznamenat rozhodovací uzly
- » vizualizací podpořit adherenci

Průměrný celkový počet stran KDP je 65, nejméně 52 u CMP a nejvíce 83 u RS. Odborná část má v průměru 51 stran, Přehled doporučení 8 stran a Informace pro pacienty 6 stran.

Tabulka 49 Počet stran různých verzí doporučených postupů

KDP	AINSO	CMP	NARKO	NB	MG	RS	Průměr
Plná verze	49	36	44	67	44	67	51
Přehled doporučení	6	9	10	8	9	8	8
Informace pro pacienty	5	7	6	5	6	8	6
Technická část	tato verze není veřejně dostupná						
Plná verze	tato verze není veřejně dostupná						
Celkem	60	52	60	80	59	83	65

¹⁶⁹Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>. s. 18.

IMPLEMENTACE A EVALUACE

3.1.13 Implementace

Implementační strategie jsou exaktně uvedeny v metodických dokumentech NRC. KDP jsou strukturovány s cílem usnadnit implementaci.^{170,171}

Implementační strategie z hlediska jejich zaměření zahrnuje 2 druhy intervencí:

1. Intervence zaměřené na cílové uživatele

Při implementaci této sady KDP je využíváno především **prezentace na konferencích**^{172,173,174,175}, **seminářích** (např. v roce 2010 seminář NRC „Kvalita péče v metodikách Národního referenčního centra – společný vývoj standardů a ukazatelů péče jako nástroje zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče“), **workshopech** (např. v roce 2011 workshop NRC „Vývoj a implementace klinických standardů v systému kvality péče“), a využití **autority předních odborníků** (např. prof. MUDr. Jiří Bednařík, CSc., předseda ČNS, prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc., předseda ČCHS, MUDr. Miloš Suchý, hlavní řešitel projektu IGA¹⁷⁶ a jiní).

Odborní pracovníci NRC a představitelé odborných společností se také pravidelně aktivně účastnili Národní konference o doporučených postupech, pořádané Centrem pro klinické

¹⁷⁰ Srov. Tamtéž. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=21>>.

¹⁷¹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Stanovy. Národní referenční centrum.* [online]. <http://nrc.cz/system/files/2011/05/stanovy_nrc_20120502_pdf_29949.pdf>.

¹⁷² Srov. KOŽENÝ, PAVEL. NRC a Národní sada ukazatelů kvality zdravotních služeb. II. Celostátní konference Zvyšování kvality zdravotní péče, bezpečí pacientů a ekonomika v českých nemocnicích. Brno. 10/10/2011.

¹⁷³ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, TŮMA, PETR aj. Simultaneous Development of National Sets of Guidelines and Quality Indicators in the Czech Republic. Guideline International Network Scientific Conference. Chicago, Spojené státy. 25–28/08/2010.

¹⁷⁴ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, PÁTÁ, MARTINA aj. Praktické zkušenosti z vývoje klinických doporučených postupů a ukazatelů kvality u neuromuskulárních onemocnění. IV. Neuromuskulární kongres. Bratislava. 05-06/05/2011.

¹⁷⁵ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, TŮMA, PETR aj. Společný vývoj standardů a ukazatelů jako nástroj ke zvyšování kvality péče. Health Technology Assessment. Praha. 2010.

¹⁷⁶ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, "Závěrečná zpráva o řešení projektu č. NS 10650-3/2009 podpořeného Interní grantovou agenturou MZ ČR "Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb"."

doporučené postupy LF UP.^{177, 178, 179, 180, 181, 182} V letech 2009 až 2011 proběhly v Olomouci tři ročníky této odborné konference. V roce 2011 byla v rámci 25. Českého a slovenského neurologického sjezdu celá jedna sekce „Klinická doporučení v neurologii“ věnována tvorbě neurologických KDP v České republice.^{183,184,185,186,187,188}

2. Intervence zaměřené na organizace

KDP obsahují popis těchto specifických intervencí:

- a. Změny rámce a charakteru služeb (např. v kapitolách Kvalifikační a technické požadavky na poskytovatele a Využitelnost klinického standardu pro koncentraci péče)¹⁸⁹
- b. Změny prostředí či místa poskytování služeb (např. v kapitolách Kvalifikační a technické požadavky na poskytovatele a Využitelnost klinického standardu pro koncentraci péče)¹⁹⁰
- c. Strukturální změny ve vybavení a materiálu (např. v kapitolách Kvalifikační a technické požadavky na poskytovatele)¹⁹¹

¹⁷⁷ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, NOVÁKOVÁ, JANA aj. Vývoj Národní sady standardů zdravotních služeb v rámci Národního referenčního centra. 1. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 14/11/2010.

¹⁷⁸ Srov. NOVÁKOVÁ, JANA, SUCHÝ, MILOŠ aj. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou (mozkovým infarktem) - příklad koordinovaného vývoje klinického doporučeného postupu a ukazatele kvality. 1. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 14/11/2010.

¹⁷⁹ Srov. SUCHÝ, MILOŠ. Teorie a praxe vývoje klinických doporučených postupů v oboru neurologie. 2. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 13/11/2010.

¹⁸⁰ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, NOVÁKOVÁ, JANA aj. Vývoj klinických doporučených postupů dle metodiky Národního referenčního centra. 3. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 11/11/2011.

¹⁸¹ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, PÁTÁ, MARTINA aj. Praktické zkušenosti z vývoje klinických doporučených postupů a ukazatelů kvality u neuromuskulárních onemocnění. 3. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 11/11/2011.

¹⁸² Srov. PANTOFLÍČEK, JAROSLAV, RYSKA, MIROSLAV aj. Aspekty tvorby klinických doporučených postupů onkologické péče – praktické zkušenosti. 3. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 11/11/2011.

¹⁸³ Srov. BEDNAŘÍK JOSEF, SUCHÝ, MILOŠ aj., "Klinické standardy v české neurologii - historie a současnost."

¹⁸⁴ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, JOSEF, BEDNAŘÍK aj., "Implementace klinických standardů do praxe neurologických pracovišť."

¹⁸⁵ Srov. NEUMANN, J, ŠKODA, ONDŘEJ aj. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou CMP a TIA. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, s. S50.

¹⁸⁶ Srov. ZAPLETALOVÁ, OLGA, PÍTHA, JIŘÍ aj. Vývoj klinického standardu pro diagnostiku a terapii myasthenia gravis. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, s. S50.

¹⁸⁷ Srov. ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu narkolepsie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, s. S51.

¹⁸⁸ Srov. HAVRDOVÁ, EVA. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a neuromyelitis optica. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, s. S51.

¹⁸⁹ Srov. SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF, ed. *Klinické doporučené postupy v neurologii I*.

¹⁹⁰ Srov. tamtéž

- d. Změny ve vedení zdravotnické dokumentace (např. Zpracování dokumentů pro účely místního použití a Zavedení speciální dokumentace)¹⁹²
- e. Změny na úrovni organizace zaměstnanců (např. Kapitoly Kvalifikační a technické požadavky na poskytovatele a Školení pracovníků zajišťujících implementaci)¹⁹³
- f. Zavedení a organizace procesů měření kvality (např. Zavedení systému sběru a zpracování dat, Zavedení využívání ukazatelů do praxe oddělení, Vyhodnocování péče¹⁹⁴, kapitoly Výsledky v KDP, viz 12.1.9).

Informace o tom, jak byla implementace prakticky provedena nejsou dostupné.

3.1.14 Evaluace

V následujícím oddíle je popsána evaluace kvality KDP a jejich vlivu na zdravotní péči.

3.1.14.1 *Evaluace kvality doporučených postupů*

Tvorba KDP probíhá podle standardní metodiky NRC. Ve skupině pro tvorbu KDP je kromě odborníků na obsah i stálý interní grant, který je odpovědný za dodržování standardu tvorby. Během tvorby ani po jejím ukončení není kvalita KDP systematicky hodnocena některým z validních nástrojů pro její evaluaci. V metodické části týkající se hodnocení KDP je uvedeno, že vzhledem k pobíhající přípravě českého překladu AGREE II Centrem pro klinické doporučené postupy Univerzity Palackého v Olomouci budou hodnoceny postupně všechny KDP NRC.^{195,196}

¹⁹¹ Srov. tamtéž

¹⁹² Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. Stanovy. *Národní referenční centrum*. [online]. <http://nrc.cz/system/files/2011/05/stanovy_nrc_20120502_pdf_29949.pdf>. s. 47–48.

¹⁹³ Srov. tamtéž s. 49.

¹⁹⁴ Srov. tamtéž s. 48–49.

¹⁹⁵ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Vyhodnocování klinického standardu* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3m_Vyhodnoceni_KS.pdf>. s. 2.

¹⁹⁶ Srov. LÍČENÍK, RADIM, KURFÜRST, PAVEL aj., *AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci*.

3.1.14.2 *Evaluace vlivu doporučených postupů na strukturu, proces a výsledky zdravotní péče.*

Struktura a standardní metodika KDP vytváří základ pro budoucí evaluaci vlivu KDP na zdravotní péči. Teoreticky je celý proces připraven k implementaci.¹⁹⁷ Nejsou dostupné žádné informace o tomto druhu evaluace.

3.1.15 Etické aspekty

Etické aspekty doporučených postupů nejsou jejich přímou součástí a nejsou zmíněny ani v metodice NRC.

3.2 Kvalita hodnocených klinických doporučených postupů

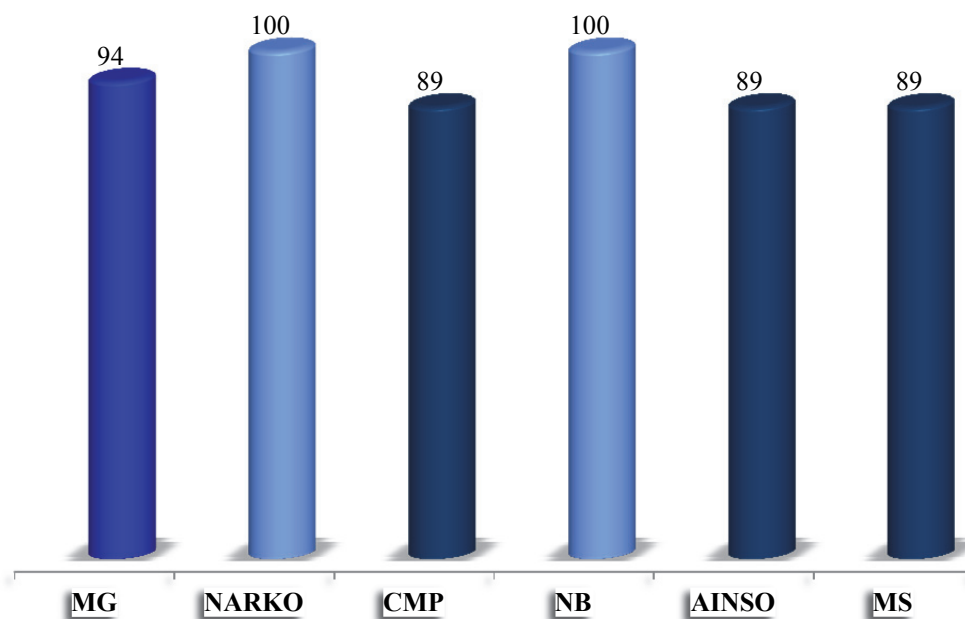
Nejvyšší celkové skóre 100 % dosáhly 2 KDP (NARKO, NB). Nejnižší celkové skóre bylo 89 % (AINSO, CMP, RS). Mezi hodnocenými KDP nejsou žádné, které by měly průměrnou nebo podprůměrnou kvalitu, tedy celkové skóre < 60 % (viz Tabulka 62, Graf 34, Graf 35, Graf 36).

¹⁹⁷ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, "Závěrečná zpráva o řešení projektu č. NS 10650-3/2009 podpořeného Interní grantovou agenturou MZ ČR "Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb". s. 48–49.

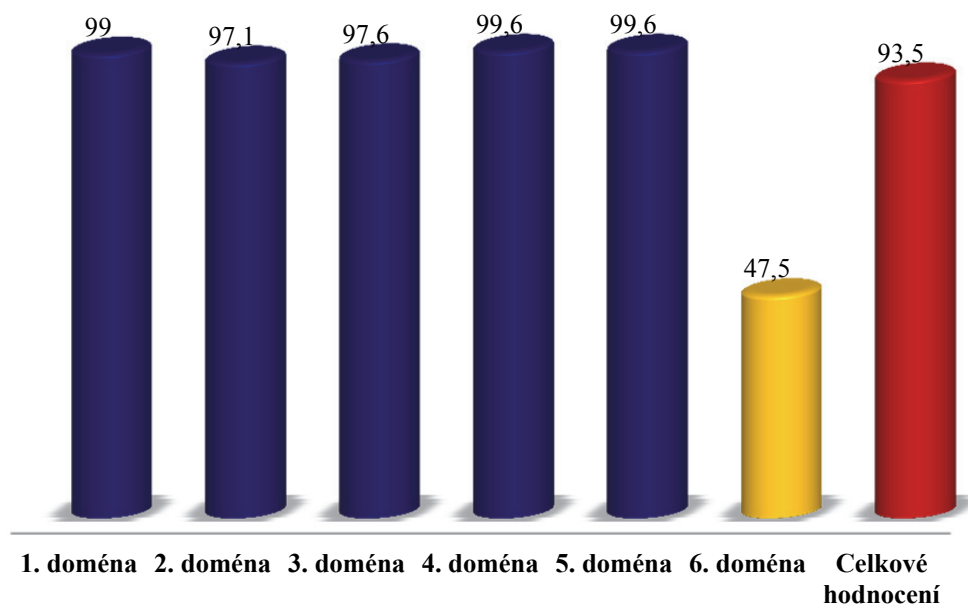
Tabulka 50 Skóre pro jednotlivé domény doporučených postupů

KDP	MG	NARKO	CMP	NB	AINSO	MS	Průměr
1. Doména	Rámec a účel						
Celkem	62	63	63	63	62	62	
Skóre	98	100	100	100	98	98	99,0
2. Doména	Zapojení zainteresovaných osob						
Celkem	62	58	62	63	63	61	
Skóre	98	91	98	100	100	96	97,1
3. Doména	Přísnost tvorby						
Celkem	163	168	162	168	162	164	
Skóre	97	100	96	100	96	97	97,6
4. Doména	Srozumitelnost						
Celkem	63	63	62	63	63	63	
Skóre	100	100	98	100	100	100	99,6
5. Doména	Použitelnost						
Celkem	84	84	83	83	84	84	
Skóre	100	100	99	99	100	100	99,6
6. Doména	Redakční nezávislost						
Celkem	23	23	24	23	23	23	
Skóre	47	47	50	47	47	47	47,5
	Celkové hodnocení						
Celkem	20	21	19	21	19	19	
Celkové skóre	94	100	89	100	89	89	93,5

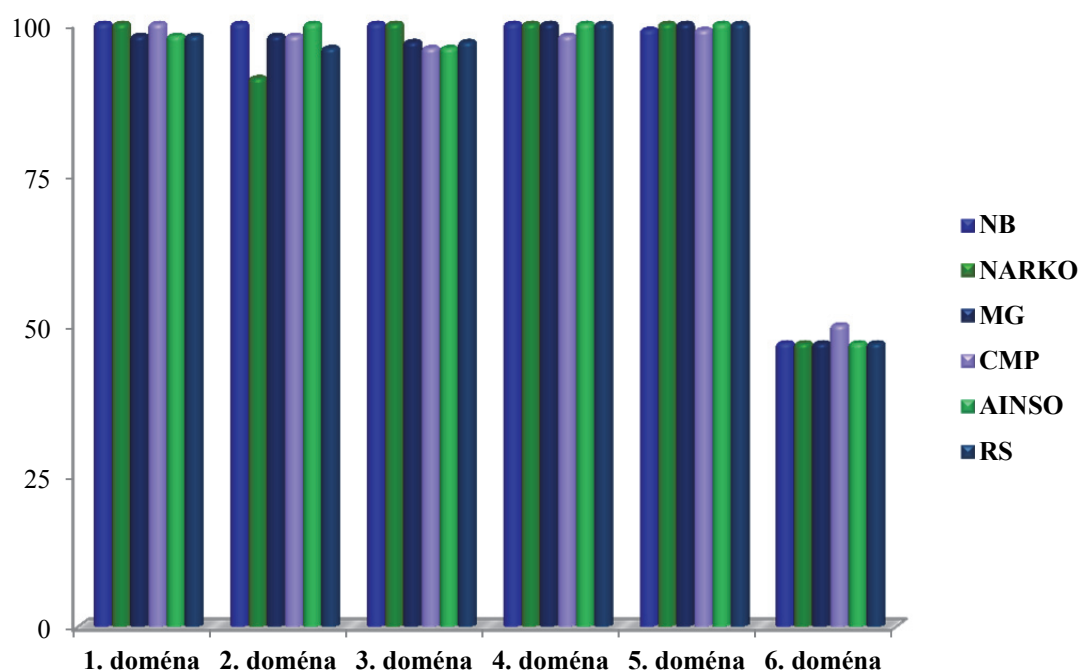
Graf 21 Celkové skóre jednotlivých doporučených postupů



Graf 22 Průměrné skóre pro jednotlivé domény a celkové hodnocení



Graf 23 Hodnocení v jednotlivých doménách



3.2.1 Rámec a účel

1. doména: Rámec a účel se zabývá celkovým cílem doporučeného postupu, specifickými zdravotními otázkami a cílovou populací (položka 1-3).¹⁹⁸ Průměrné skóre v doméně pro všechny hodnocené KDP je 99,0 %. Nejméně 98 % u MG, ANISO, MS a nejvíce 100 % u NARKO, CM a NB.

Tabulka 51 Komentáře k hodnocení 1. Domény – Rámec a účel

1. Scope and purpose / Rámec a účel
1. Celkové cíle doporučeného postupu jsou specificky popsány. Bez komentáře
2. Zdravotní otázky, na které doporučený postup odpovídá, jsou konkrétně popsány. Bez komentáře
3. Populace (pacienti, veřejnost atd.), pro kterou je doporučený postup určen, je konkrétně popsána. CMP Na straně 110 je explicitně vymezena populace pacientů. Z podstaty tohoto KDP pak

¹⁹⁸ LÍČENÍK, RADIM, KURFÜRST, PAVEL aj., *AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci*. s. 19.

vyplývá, že se jedná o populaci dospělou. Na straně 122 je explicitně uvedeno v oddílu Nemocniční terapie, pododdíl Specifická, včetně popisu operačního výkonu, bod a) "Intravenózní rtPA může být podán také u vybraných pacientů ve věku pod 18 a nad 80 let."
MG
Extrémně dobře je popsána cílová populace v různých klinicky specifických situacích (např. operace, těhotenství atd.) na straně 56. Populace je vymezená jen diagnózou.
AINSO
Populace je vymezená jen diagnózou.

3.2.2 Zapojení zainteresovaných osob

2. doména: Zapojení zainteresovaných osob posuzuje, do jaké míry byl KDP vytvořen vhodnými zainteresovanými osobami a zda představuje názory budoucích uživatelů (položka 4–6).¹⁹⁹ Průměrné skóre v doméně pro všechny hodnocené KDP je 97,1 %. Nejméně 91 % u NARKO, nejvíce 100 % u NB a AINSO.

Tabulka 52 Komentáře k hodnocení 2. Domény – Zapojení zainteresovaných osob

2. Stakeholder involvement / Zapojení zainteresovaných osob
4. Součástí skupiny pro tvorbu doporučeného postupu jsou odborníci ze všech relevantních oborů.
RS
Měli být přizváni i jiní odborníci, jak je uvedeno na straně 139.
CMP
KDP se týká mimo jiné i přednemocniční neodkladné péče, ale specialita z tohoto oboru do autorského týmu nebyl přizván.
MG
Oponenti a konzultanti nejsou ze všech oborů, kterým je tento KDP určen.
AINSO
Zapojeni byli oponenti a konzultanti i z jiných spolupracujících oborů.
NARKO
Je uvedeno, že KDP se týká oborů neurologie, praktické lékařství, tuberkulóza, dětské, psychiatrie, ale odborníci z těchto oborů nebyli přizváni ani jako konzultanti.
5. Je brán zřetel na názory a preference cílové populace (pacienti, veřejnost atd.).
Bez komentáře.
6. Skupina cílových uživatelů je v doporučeném postupu jasně definována.
CMP
Vycházím z toho, že bližší informace je na portálu NRC, protože ty nejsou v tomto KDP explicitně uvedeny.

¹⁹⁹ Tamtéž. s. 20.

3.2.3 Přísnost tvorby

3. doména: Přísnost tvorby souvisí s procesem získávání a syntézy důkazů, metodami pro formulaci doporučení a jejich aktualizací (položky 7–14).²⁰⁰ Průměrné skóre v doméně pro všechny hodnocené KDP je 97,6 %. Nejméně 96 % u CMP a AINSO, nejvíce 100 % u NARKO a NB.

Tabulka 53 Komentáře k hodnocení 3. Domény – Přísnost tvorby

3. Rigour of development / Přísnost tvorby	
7. Pro vyhledávání důkazů bylo použito systematických metod.	
NB	
Na straně 187 jsou uvedeny zdrojové mezinárodní KDP a další zdroje. Není explicitně uvedena metoda hodnocení kvality zvolených zdrojů. Nicméně se jedná o KDP institucí obecně ve světě přijímané jako nejkvalitnější (např. Britský NICE).	
RS	
Není jasné, na základě jakých kritérií autoři provedli výběr informačních zdrojů.	
CMP	
Na straně 109 je explicitně uveden zdroj, ze kterého autoři čerpali, včetně příslušné citace. Vzhledem k tomu, že se jedná o KDP vysoké kvality, vytvořené European Stroke Organisation s dostatečným korpusem důkazů, je metoda jejich výběru akceptovatelná pro proces adaptace. Dokumentace by ovšem měla být zcela jasná i pro laika.	
AINSO	
Chybí časové období a klíčová slova použitá pro vyhledávání.	
NARKO	
Autoři explicitně uvádějí tři zahraniční dokumenty, které použili pro adaptaci KDP.	
8. Kritéria pro výběr důkazů jsou jasně popsána.	
MG	
Autoři uvádějí, že pro adaptaci použili "vhodný" KDP. Není explicitně uvedeno, který KDP to byl. Lze pouze předpokládat, že k výběru došlo na základě konsenzu autorského týmu. Chybí jasná metodika hodnocení kvality vybíraných KDP.	
AINSO	
Je explicitně uvedeno, že autoři převzali vědecké důkazy z KDP EFNS a PNS, což je adekvátní metoda pro proces adaptace. Není však přesně uvedeno které a proč. Chybí také hodnocení kvality použitých literárních zdrojů.	
NARKO	
Autoři explicitně uvádějí zdroj důkazů pro adaptaci KDP, včetně literárních odkazů a lze je proto dohledat.	

²⁰⁰ Tamtéž. s. 20.

9. Silné stránky i omezení souboru důkazů jsou jasně popsány.
NARKO
Na straně 78 je zároveň explicitně uvedeno, že se jedná o vzácnou chorobu, z čehož logicky vyplývá nedostatek důkazů vysoké kvality. Mnohá doporučení jsou tak založena na konsenzu expertu či expertních výrocích, což je v tomto případě vysoce relevantní metoda.
10. Metody pro formulaci doporučení jsou jasně popsány.
RS
Chybí výstupy procesu tvorby doporučeného postupu a popis toho, jak proces ovlivnil doporučený postup.
MG
Chybí výstupy procesu tvorby doporučeného postupu a popis toho, jak ovlivnil výsledný doporučený postup.
11. Při tvorbě doporučení byly zváženy přínosy, vedlejší účinky a rizika intervencí.
NB
Síla důkazů je překvapivě uvedena i u diagnostických testů v přehledu na straně 198.
CMP
Nejsou uvedeny vedlejší účinky doporučovaných terapeutických postupů. Vedlejší účinky terapie, případně komplikace a jejich management nejsou explicitně uvedeny v odborné části KDP. To je významný nedostatek spíše z hlediska hodnocení odborného obsahu. Především u takové terapie, jakou je intravenózní trombolýza je žádoucí tyto informace poskytnout. Pozitivní je, že jsou explicitně uvedeny v části Informace pro pacienty.
MG
Rizika a kontraindikace léčebných postupů nejsou uvedeny.
AINSO
Rizika léčby, vedlejší účinky, ani přizpůsobení péče různým věkovým kategoriím pacientů nejsou uvedeny.

12. Mezi doporučeními a důkazy je explicitní vztah.
RS
V textu chybí odkazy na literaturu. U klíčového doporučení číslo 17 chybí odkaz na literaturu, případně poznámka, že k tomuto doporučení nebyl publikován žádný odkaz.
CMP
Literární odkazy jsou uvedeny pouze u klíčových doporučení. U ostatních doporučení zcela chybí. Nelze proto dovodit, na čem autoři doporučení založili. Např. na straně 122 u Specifické nemocniční péče v bodě b) není jasné na jakých důkazech je založena intraarteriální léčba. Např. na straně 123 v oddílu Sekundární prevence, pododdíl a) není možné najít, na základě čeho autoři volí právě Pioglitazon pro terapii pacientu s DM 2. typu.
AINSO
Literární odkazy jsou uvedeny pouze u klíčových doporučení, a pouze u některých dalších doporučení. U klíčového doporučení číslo 25 zcela chybí při síle důkazu I/A literární odkaz. Toto opomenutí lze akceptovat u klíčového doporučení číslo 26, kde je síla důkazu IV/D a můžeme předpokládat, že se jedná o konsensuální stanovisko, které nemuselo být nutně publikováno.
13. Doporučený postup byl před publikováním podroben nezávislé odborné oponentuře.

Bez komentáře
14. Je uveden postup aktualizace doporučeného postupu.
Bez komentáře

3.2.4 Srozumitelnost

4. doména: Srozumitelnost se věnuje jazyku, struktuře a formátu doporučeného postupu (položky 15–17).²⁰¹ Průměrné skóre v doméně pro všechny hodnocené KDP je 99,6 %. Nejméně 98 % u CMP. Všechny ostatní KDP získaly maximální skóre, tedy 100 %.

Tabulka 54 Komentáře k hodnocení 4. Domény – Srozumitelnost

4. Clarity of presentation / Srozumitelnost
15. Doporučení jsou přesná a jednoznačná.
CMP
Doporučení nejsou zcela jednoznačná a konkrétní. Nejsou jasné okolnosti, za kterých je postup aplikovatelný. KDP neuvádí možné kontraindikace, komplikace léčby a relevantní informace vztahující se ke konkrétní věkové subpopulaci pacientů.
16. Jsou jasně popsány různé možnosti péče o jednotlivé stavy nebo zdravotní problémy.
NARKO
Je uvedena široká paleta možných léčebných postupů s uvedením jejich pozitiv a negativ. Vyzdvihují! Autoři uvádějí alternativní či doplňkové diagnostické vyšetření ke standardnímu testu mnohočetné latence usnutí. Touto metodou je vyšetření hladiny hypocretinu/orexinu
17. Klíčová doporučení jsou snadno rozpoznatelná.
Bez komentáře

3.2.5 Použitelnost

5. doména: Použitelnost se týká možných překážek a podpory implementace, strategií pro zlepšování přijetí doporučeného postupu a dopadů na zdroje při aplikaci doporučeného postupu (položky 18–21).²⁰² Průměrné skóre v doméně pro všechny hodnocené KDP je 99,6 %. Nejméně 99 % u CMP a NB. Všechny ostatní KDP získaly maximální skóre, tedy 100 %.

²⁰¹ Tamtéž. s. 20.

²⁰² Tamtéž. s. 20.

Tabulka 55 Komentáře k hodnocení 5. Domény – Použitelnost

5. Applicability / Použitelnost
18. Doporučený postup popisuje podpůrné nástroje a překážky jeho aplikace.
Bez komentáře
19. Doporučený postup nabízí návod a/nebo nástroje pro zavádění doporučení do praxe.
Bez komentáře
20. Byly zváženy možné dopady zavedení doporučení na zdroje.
NB
Chybí přesnější ekonomické informace, které vyplynuly z šetření.
RS
Jsou uvedeny průměrné roční náklady na péči o pacienta s RS. Nejsou ale uvedeny metody, kterými byly ekonomické informace získávány, nebo popis ekonomických informací, které vyplynuly z šetření.
NARKO
Je tady poznamenáno, že kvůli nízké incidenci tohoto onemocnění nelze disponovat mnoha daty, taky je tady návrh jmenovat hlavní koordinující centrum. Chybí však identifikace typu ekonomických informací, které vyplynuly z šetření.
21. Doporučený postup uvádí kritéria pro monitorování a/nebo audit.
Bez komentáře

3.2.6 Redakční nezávislost

6. doména: Redakční nezávislost se soustřeďuje na to, aby tvorba doporučení nebyla příliš ovlivněna konkurenčními zájmy (položka 22–23).²⁰³ Průměrné skóre v doméně pro všechny hodnocené KDP je 47,5 %. Všechny KDP získaly skóre 47 %. Jen CMP získalo 50 %.

Tabulka 56 Komentáře k hodnocení 6. Domény – Redakční nezávislost

6. Editorial independence / Redakční nezávislost
22. Názory instituce poskytující finanční prostředky pro tvorbu doporučeného postupu neovlivňují jeho obsah.
NB
Chybí prohlášení, že instituce poskytující finanční prostředky neovlivnila obsah doporučeného postupu.
RS
Je explicitně uveden název instituce, která tvorbu financovala. Chybí však prohlášení, že tato instituce neovlivnila obsah doporučeného postupu.
MG
Explicitně je uveden zdroj financování, není však uvedeno, že instituce poskytující

²⁰³ Tamtéž. s. 20.

finanční prostředky neovlivnila obsah doporučeného postupu.
AINSO
Explicitně je uveden zdroj financování, není však uvedeno, že instituce poskytující finanční prostředky neovlivnila obsah doporučeného postupu.
NARKO
Chybí prohlášení, že instituce poskytující finanční prostředky na tvorbu KDP neovlivnily jeho obsah.
23. Byly zaznamenány a řešeny konkurenční zájmy členů skupiny pro tvorbu doporučeného postupu.
NB
Deklarace konfliktu zájmu chybí už v metodice tvorby. Neuvedení konfliktu zájmů je důležité např. v případech, kdy KDP uvádí přímo názvy firem, vyrábějících diagnostické či léčebné prostředky. Např. názvy firem v poznámkách na straně 197. Tady je uvedena vždy jedna firma, což při absenci deklarace o konfliktu zájmů nabízí několik otázek. Proč autoři uvádějí jako příklad jen jednu firmu? A proč právě tuto konkrétní? Jsou autoři KDP v nějakém vztahu s touto firmou?
RS
Deklarace konfliktu zájmů chybí v metodice. Chybí popis typu možných konkurenčních zájmů, nebo popis toho, jak by případně konkurenční zájmy ovlivnily proces tvorby doporučeného postupu.
CMP
Deklarace konfliktu zájmů chybí.
MG
Deklarace konfliktu zájmů chybí.
AINSO
Deklarace konfliktu zájmů chybí.
NARKO
Deklarace konfliktu zájmů chybí.

3.2.7 Celkové hodnocení doporučeného postupu

Celkové hodnocení zahrnuje posouzení celkové kvality doporučeného postupu a doporučení, zda je vhodný pro použití v praxi.²⁰⁴ Průměrné skóre v doméně pro všechny hodnocené KDP je 93,5 %. Nejméně 89 % u CMP, AINSO a MS, nejvíce 100 % u NARKO.

Tabulka 57 Komentáře k celkovému hodnocení

Celkové hodnocení doporučeného postupu – poznámky
NB
Tento KDP má velmi vysokou kvalitu. I přes drobné chyby, které jsou ovšem systémového, metodologického, rázu. Stejně jako u všech ostatních KDP chybí deklarace konfliktu zájmů.
RS

²⁰⁴ tamtéž. s. 20.

I přes drobnou citační nekázeň a absenci deklarace konfliktu zájmů, lze tento KDP hodnotit jako kvalitní. Absence deklarace konfliktu zájmů je chyba systémová, metodologická.
CMP
1. Drobné nedostatky lze nalézt především v oblasti přesnosti tvorby v systematickém přístupu k výběru a používání důkazů. 2. Výrazným negativem je chybění důkazů u všech doporučení v KDP tak, jak jsou správně uvedeny u doporučení klíčových. 3. Chybí jasná strategie, jak nakládat s konfliktem zájmů.
MG
Zatím nejlepší :)
AINSO
Není explicitně uveden způsob výběru a použití důkazů pro adaptaci. Chybí jasná strategie deklarace konfliktu zájmů.
NARKO
1. Přestože u tohoto KDP chybí deklarace konfliktu zájmů, což je metodologická chyba nezpůsobena autory, hodnotím jej jako KDP nejvyšší kvality. 2. Celý dokument je psán krásným a čtivým jazykem. Přestože obsahuje velké množství vědeckého textu, týkajícího se patofyziologie a etiologie, nepůsobí to díky struktuře KDP rušivě. 3. Jedná se o KDP pro vzácnou chorobu a autoři explicitně a adekvátně uvádějí limitace dostupných důkazů.

3.3 Zpětná vazba od odborníků

Zpětná vazba od expertů bude předmětem navazující práce.

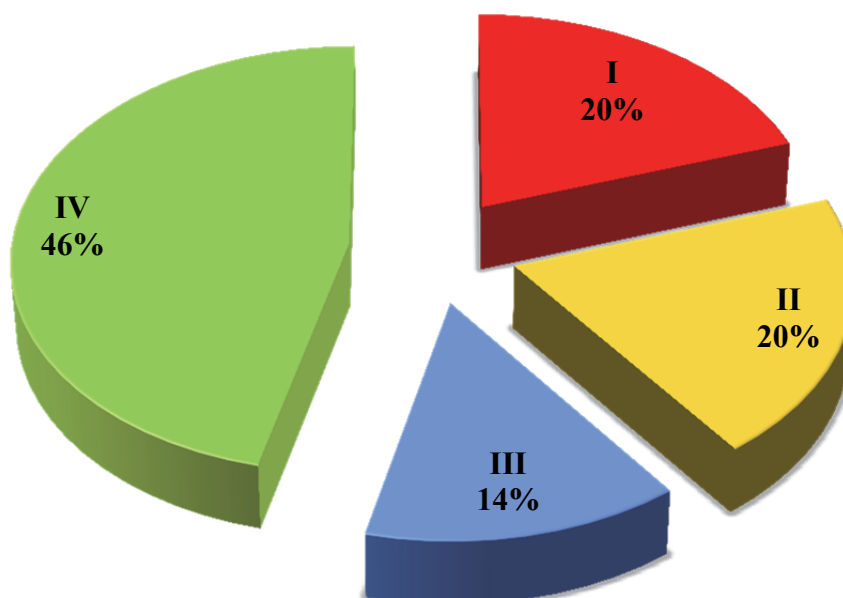
3.4 Kvalita důkazů v doporučených postupech

37 (19,8 %) doporučených postupů je založeno na meta-analýze randomizovaných kontrolovaných studií nebo kvalitních RCT (stupeň kvality důkazu I, viz Tabulka 70). Nejvíce klíčových doporučení v KDP je založeno na důkazech se stupněm kvality IV (počet 56, 46,2 %) (viz Tabulka 70) a síla těchto doporučení je nejčastěji D (počet 86, 46,2 %) (viz Tabulka 71). Nejsilnější doporučení (síla A) s nejvyšším stupněm kvality (stupeň I) jsou klíčová doporučení pro terapii (síla A 35, 76,1 %, stupeň I 26, 70,2 %). Popis stupně kvality důkazů a síly doporučené viz 12.1.6.2.

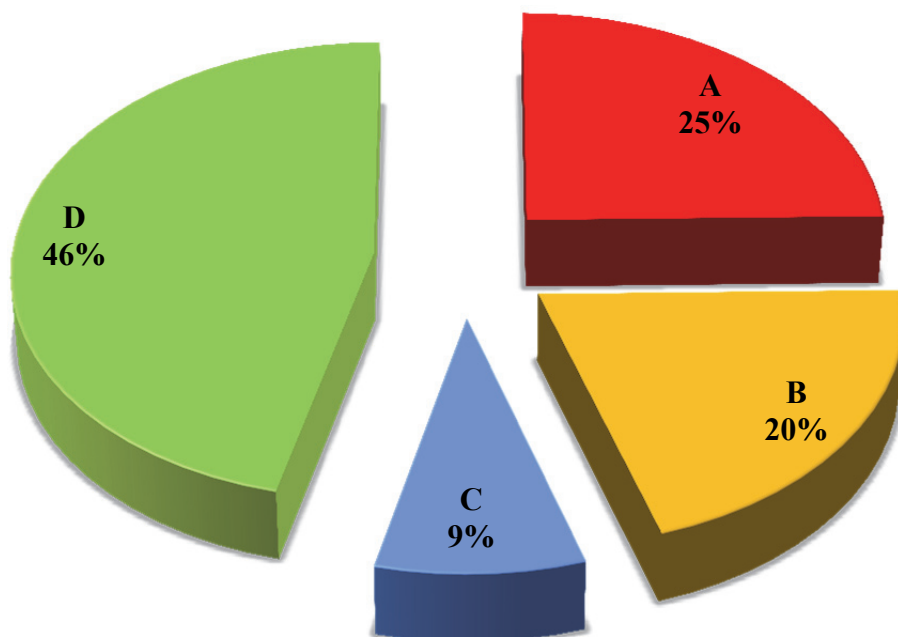
Tabulka 58 Počet klíčových doporučení s určitým stupněm kvality důkazů v jednotlivých kapitolách doporučených postupů

Oblast péče Kapitola KDP	I	II	III	IV
Kvalifikační a technické požadavky	1	0	1	12
Prevence	4	0	2	0
Proces - diagnostika	5	4	1	21
Proces - terapie	26	32	22	34
Výsledky	1	1	0	12
Využitelnost	0	0	0	7
Celkem	37	37	26	86

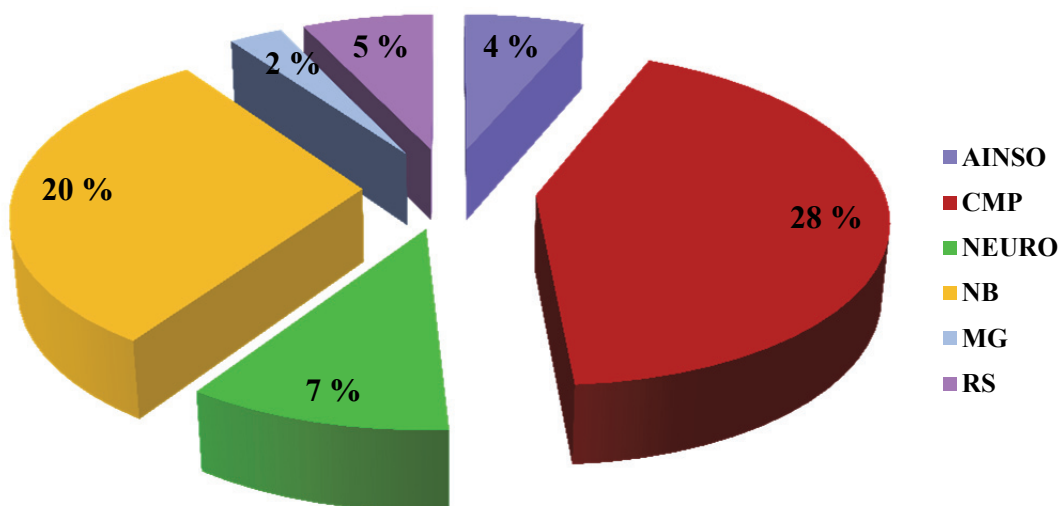
Graf 24 Stupeň kvality důkazů klíčových doporučení



Graf 25 Síla klíčových doporučení



Graf 26 Podíl důkazů stupně I v klíčových doporučeních ze všech citací



Tabulka 59 Počet klíčových doporučení s určitou silou důkazu v jednotlivých kapitolách doporučených postupů

Oblast péče Kapitola KDP	A	B	C	D
Kvalifikační a technické požadavky	1	2	0	12
Prevence	4	1	1	0
Proces - diagnostika	5	4	1	21
Proces - terapie	35	31	14	34
Výsledky	1	0	0	12
Využitelnost	0	0	0	7
Celkem	46	38	16	86

Tabulka 60 Počet klíčových doporučení pro vybrané kapitoly KDP a klasifikace kvality důkazů a síly doporučení

KDP	Kvalita důkazu Síla doporučení	Počet klíčových doporučení pro kapitolu		
		Kvalifikační a technické požadavky	Výsledky	Využitelnost
AINSO	IA	0	1	0
	IVD	3	1	0
	celkem	3	2	0
CMP	IA	1	0	0
	IIB	0	1	0

	IIIB	1	0	0
	IVD	0	4	0
	celkem	2	5	2 (bez klasifikace)
NARKO	IVD	3	3	4
	celkem	3	3	4
NB	IVD	2	2	0
	celkem	2	2	0
MG	IVD	2	1	1
	celkem	2	1	1
RS	IVD	2	1	2
	celkem	2	1	2

Tabulka 61 Počet klíčových doporučení pro kapitolu Proces péče v jednotlivých KDP a klasifikace kvality důkazů a síly doporučení

KDP	Kvalita důkazu Síla doporučení	Počet klíčových doporučení pro kapitolu Proces péče	
		Diagnostika	Terapie
AINSO	IA		4
	IIIB		3
	IIIC		2
	IIIC		4
	IVD		8
	celkem	0	24
CMP	IA	2	3
	IIIB	0	0
	IIIC	0	1
	IVD	0	1
	celkem	2	5
NARKO	IA	2	4

	IIB	4	3	
	IIIC	0	2	
	IVD	10	6	
	celkem	16	15	
NB	IA		8	
	IB		4	
	IIA		12	
	IIB		12	
	IIIC		4	
	celkem		0	16 (40) ²⁰⁵
MG	IA		1	
	IIA		1	
	IIIB		6	
	IIIC		1	
	IVD		8	15
	celkem		8	24
RS	IA	1	2	
	IIB	0	1	
	IIIC	1	2	
	IVD	3	4	
	celkem	5	9	

²⁰⁵ V tomto KDP je 16 klíčových doporučení pro terapii neuropatické bolesti, která obsahují 40 různých typů farmak s různou kvalitou důkazů a silou doporučení.

Tabulka 62 Počet doporučení pro prevenci v jednotlivých KDP a klasifikace kvality důkazů a síly doporučení

KDP	Kvalita důkazu Síla doporučení	Počet klíčových doporučení pro prevenci		Počet ostatních doporučení pro prevenci	
		primární	sekundární	primární	sekundární
CMP	IA	1	3	důkazy nejsou klasifikovány	
	IIIB	1	0		
	IIIC	0	1		
	celkem	2	4	27	28
MG	celkem	0	0	0	1
RS	celkem	0	0	0	1
NARKO	celkem	0	0	0	0
AINSO	celkem				
NB	celkem				

3.5 Hodnocení vlastních výsledků

V České republice bylo dosud různými metodami vytvořeno velké množství klinických doporučených postupů rozličné kvality, „nejednotné povahy a stylu“²⁰⁶, které byly označovány rozmanitými názvy.²⁰⁷ „Česká republika zaostala především v oblasti koncepční a organizační. Po krátkém období v roce 1998, kdy se v těchto aktivitách angažovalo Ministerstvo zdravotnictví, probíhal vývoj víceméně živelně z iniciativy jednotlivých odborných společností.“²⁰⁸ Vývoj současných KDP v neurologii probíhal ve 3 fázích.^{209,210} V **první fázi**, v letech 1995–2000 byly vytvářeny dokumenty, které se především pokoušely definovat minimální a maximální péči s ohledem na materiální a technické možnosti jednotlivých typů neurologických pracovišť. Tyto dokumenty nesplňovaly standardy kvality KDP, neměly jednotnou strukturu ani metodu tvorby. Byly hodnoceny standardovou komisí a schvalovány výborem ČNS. Ve **druhé fázi**, v letech 2001–2008, měly již doporučené postupy alespoň jednotnou strukturu. Byly definovány diagnostické jednotky, cíle a charakteristiky standardu, klasifikace onemocnění, kvalifikační předpoklady a věcné podmínky, vstupní podmínky do procesu péče, léčebný proces, podmínky ukončení procesu léčebné péče, výsledky – kritéria kvality léčebné péče a poskytnut byl souhrn literatury.²¹¹

Tyto doporučené postupy již vznikaly pod vlivem mezinárodních odborných společností, především European Federation of Neurological Societies a European Stroke Organisation, a národních programů pro tvorbu doporučených postupů ve Velké Británii a Německu. Začíná se také hovořit o medicíně založené na důkazech. Kvalita KDP nebyla systematicky hodnocena. Do roku 2008, v prvních dvou fázích, bylo vytvořeno 17

²⁰⁶ SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF aj., "Vývoj Národní sady klinických standardů a ukazatelů zdravotní péče a první výsledky v oboru neurologie."

²⁰⁷ Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. s. 24 – 31.

²⁰⁸ SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF aj., "Vývoj Národní sady klinických standardů a ukazatelů zdravotní péče a první výsledky v oboru neurologie."

²⁰⁹ Srov. EHLER, EDVARD. Apekty tvorby klinických doporučených postupů v oboru neurologie podle národní metodiky. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2010, roč. 73, s. 568.

²¹⁰ Srov. BEDNAŘÍK JOSEF, SUCHÝ, MILOŠ aj., "Klinické standardy v české neurologii - historie a současnost."

²¹¹ Srov. EHLER, EDVARD.

neurologických KDP.^{212,213} **Třetí fáze** začala v roce 2009 spoluprací ČNS a Národního referenčního centra na tvorbě nové sady neurologických KDP podle standardní metodiky NRC. Proces tvorby KDP podle nové metodiky NRC je standardní, komplexní a jeho projektové řízení zajišťuje po celou dobu NRC. Jako metoda tvorby KDP byla zvolena jejich adaptace. Spolu s jednotlivými KDP (NSSZS) se tvoří i sada ukazatelů kvality (NSUZS) a je stanovena jednotná strategie implementace. V letech 2009 až 2012 bylo vytvořeno celkem 6 neurologických KDP.

Hodnocení kvality KDP nebylo v České republice nikdy systematicky prováděno ani publikováno. AGREE nástroj nebyl dosud systematicky používán. Práce členů Centra pro klinické doporučené postupy LF UP z roku 2010, která hodnotila kvalitu KDP Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof nebyla nikdy publikována. Závěrem hodnocení bylo, že kvalita vytvořených KDP je tak nízká, že je nebylo možné doporučit pro použití v klinické praxi. Nezveřejnění těchto negativních výsledků je klasickým příkladem publikační bias. Tato studie je tedy prvním systematickým hodnocením kvality KDP v České republice a je jednou z prvních studií na světě využívajících nástroje AGREE II, který byl publikován a je používán od roku 2010. Nástroj AGREE II je generický, standardní a validní nástroj, který oproti původnímu AGREE nástroji prošel revizí a četnými úpravami. Ve srovnání s původním nástrojem je více propracovaný, obsahuje Uživatelskou příručku s podrobným návodem k použití a lépe měří kvalitu KDP.²¹⁴ V současnosti neexistuje jiný validní nástroj pro hodnocení kvality KDP.^{215,216,217}

²¹² Srov. ŠONKA, KAREL, BEDNAŘÍK, JOSEF. Aspekty tvorby klinických doporučených postupů v oboru neurologie podle národní metodiky. Vývoj a implementace klinických standardů v systému kvality péče. Praha. 221/12/2011.

²¹³ Srov. ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Ostatní klinické standardy schválené výborem České neurologické společnosti* [online]. <<http://www.czech-neuro.cz/rubrika/54-Doporučene-postupy-a-registry-Ostatni-klinicke-standardy-schvalene-vyborem-CNS/index.htm>>.

²¹⁴ Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

²¹⁵ Srov. GRAHAM, I. D., CALDER, L. A. aj., "A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments."

²¹⁶ Srov. VLAYEN, JOAN, AERTGEERTS, BERT aj.

²¹⁷ Srov. BANCOS, IRINA, CHENG, THERESA aj. Endocrine clinical practice guidelines in North America. A systematic assessment of quality. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012, roč. 65, s. 520–525.

3.5.1 Celkové hodnocení

Z hlediska obecných cílů a vlastností klinických doporučených postupů je hodnocená sada neurologických KDP velmi kvalitní. KDP byly tvořeny dlouhodobě a systematicky v rámci komplexního programu pod záštitou členských institucí Národního referenčního centra a financovány z veřejných zdrojů grantem Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR. Použitá metodologie pro tvorbu KDP je velmi robustní. Podrobný metodologický materiál má celkem 825 stran. Celý metodologický aparát a procesy tvorby jsou validní, ověřené a použitelné pro různé oblasti zdravotní péče i veřejného zdravotnictví. Velkým kladem je systematická podpora a projektový management zajišťovaný pracovníky NRC a dobrá spolupráce s odbornými společnostmi. V některých aspektech tento program výrazně předběhl mezinárodní trendy. Například společná tvorba KDP a ukazatelů zdravotní péče, která se postupně zavádí do tvorby KDP v zahraničí až v posledních několika málo letech, byla od počátku součástí metodiky NRC. KDP NRC také zasahují za hranice doporučených postupů čistě klinických a poskytují mnoho údajů pro oblast řízení zdravotnictví, zdravotní politiky a veřejného zdravotnictví. Svým propojením s údaji zdravotních pojišťoven jsou také přínosným zdrojem informací pro zdravotnické ekonomy. Jako stěžejní metoda pro tvorbu KDP NRC byla zvolena adaptace. Výhodou adaptace je nejen úspora časová, ale šetří se také zdroje materiální a personální. Vybrané kvalitní zahraniční KDP musely být přizpůsobeny podmínkám poskytování zdravotní péče v České republice. Oborové, více klinicky zaměřené doporučené postupy, musely být doplněny o doporučení týkající se technických, institucionálních a personálních kvalifikačních požadavků. Například požadavky na specializovaná onkologická a iktová centra nebo specifické požadavky týkající se erudice pracovníků.²¹⁸

Při hodnocení kvality 6 neurologických KDP ČNS nástrojem AGREE II dosáhly 2 KDP (NARKO, NB) nejvyššího celkového skóre (100 %). Nejnižší dosažené celkové skóre pak bylo 89 %. Průměrné hodnocení v prvních pěti doménách (1. Rámec a účel, 2. Zapojení zainteresovaných osob, 3. Přísnost tvorby, 4. Srozumitelnost, 5. Použitelnost) bylo 98,6 %. Takto vysokých hodnot většina hodnocených KDP v mezinárodních studiích

²¹⁸Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Metoda adaptace původních klinických doporučených postupů* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3o_Metody_adaptace_puvodnich_KDP.pdf>. s. 4.

nikdy nedosahuje. Jediná výrazně nízká hodnota 47,5 % byla získána v poslední 6. doméně (Ediční nezávislost). Nízké hodnocení v této doméně bylo způsobeno chybením deklarace konfliktu zájmů členů skupiny pro tvorbu KDP. Tato problematika není vůbec v programu NRC metodologicky řešena. Otázky konfliktu zájmů v oblasti doporučených postupů ovšem začaly být diskutovány mezinárodní odbornou veřejností velmi nedávno.^{219,220,221,222}

Na základě výsledků naší studie můžeme hovořit o kvalitním generickém programu pro tvorbu doporučených postupů, který pokud bude pokračovat a bude v budoucnu pevně institucionálně ukotven, je srovnatelný s podobnými programy v zahraničních institucích typu NICE, SIGN a jiných. Kvalita neurologických KDP ČNS je velmi vysoká a to nejen na základě hodnocení nástrojem AGREE II. Tyto KDP splňují i nedávno vytvořené mezinárodní standardy pro KDP.²²³

3.5.2 Kladné stránky hodnocených KDP ve vztahu k cílům KDP

Mezi deklarovanými cíly doporučených postupů je poskytování přiměřené a omezení nepřiměřené a zbytečné zdravotní péče, omezení nákladů a měření a zajišťování kvality zdravotní péče. Některé další cíle jako pomoc lékařům a pacientům v rozhodování pak zcela logicky vyplývají z kontextu, přestože nejsou explicitně uvedeny. Jedním z důležitých cílů KDP je měření a zajišťování kvality zdravotní péče.²²⁴ Metodika NRC významnou měrou přispívá ke splnění tohoto cíle, protože na vysoké odborné úrovni kombinuje problematiku systematické tvorby KDP s oblastí kvality péče. Již v počátku je jasně stanoveno logické uspořádání každého KDP do donabedianovské struktury vstupů, procesů a výstupů zdravotní péče.^{225, 226} Tento přístup usnadní aplikaci KDP při

²¹⁹ Srov. GUYATT, G., AKL, E. A. aj. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Ann Intern Med.* 2010, roč. 152, s. 738–741.

²²⁰ Srov. STEINBROOK, R. Controlling conflict of interest—proposals from the Institute of Medicine. *N Engl J Med.* 2009, roč. 360, s. 2160–2163.

²²¹ Srov. LO, B., FIELD, M. J. (ed.). Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. s.

²²² Srov. CHOUDHRY NK, STELFOX H, DETSKY A. S. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 2002, roč. 287, s. 612–617.

²²³ Srov. QASEEM, AMIR, FORLAND, FRODE aj.

²²⁴ Srov. LÍČENÍK, RADÍM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace.* s. 49.

²²⁵ Srov. DONABEDIAN, A., "Evaluating the quality of medical care."

zlepšování a měření kvality péče. Důležitý je také společný vývoj KDP a ukazatelů péče. KDP NRC definují jednak standardy tak, jak jsou chápány a používány v oblasti doporučených postupů a zároveň standardy kvality uplatňované v oboru kvality zdravotní péče.²²⁷

KDP se obvykle zabývají chorobami s vysokou incidencí a prevalencí. Ovšem pro některé vzácné choroby, které mají významný dopad jak na individuální pacienty, tak na celou společnost je potřeba vytvořit také kvalitní KDP. Tvorba kvalitního na důkazech založeného KDP pro vzácná onemocnění je velmi obtížné. Často neexistují relevantní klinická a epidemiologická data na potřebné úrovni kvality důkazů. Příkladem takového KDP je NARKO, který si klade za cíl nejen zvýšení kvality péče o pacienty s narkolepsií, ale také „omezení počtů mylných diagnóz“.²²⁸

Jedním z důležitých cílů KDP je šíření nejlepší klinické praxe založené na systematicky hodnocených důkazech a přenos znalostí ze základního a klinického výzkumu do praxe. Většina hodnocených KDP jsou významným nástrojem v procesu přenosu znalostí, nabízejí současné pohledy a například implementují některé důležité mezinárodní klasifikační systémy do českého prostředí (např. CMP, MG). Některé z KDP zmiňují i metody, které jsou zatím používány pouze ve výzkumu, ale v budoucnu budou důležitou součástí klinické praxe, například použití funkční magnetické rezonance v diagnostice neuropatické bolesti. Mnoho z hodnocených KDP explicitně uvádí, kde jsou v současnosti mezery ve znalostech a nedostatky v souborech epidemiologických a klinických dat, ekonomických ukazatelů a podobně. Aby mohlo docházet ke zlepšení zdravotní péče, je nezbytné publikovat i tyto informace. Neurologické KDP ČNS jsou vzhledem k propracované strategii diseminace, implementace, široké podpoře klíčových osobností oboru, předsedů jednotlivých sekcí ČNS a vedoucích pracovišť významnou součástí pregraduálního i postgraduálního medicínského vzdělávání.

²²⁶ Srov. DONABEDIAN, AVEDIS. Concepts of health care quality: a perspective.

²²⁷ Srov. LÍČENÍK, RADÍM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. s. 28.

²²⁸ ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA aj., "Klinický standard pro diagnostiku a léčbu narkolepsie."

3.5.3 Kladné stránky hodnocených KDP ve vztahu k vlastnostem KDP

KDP se vyznačují některými základními vlastnostmi. Klasicky jsou uváděny vlastnosti vztahující se k obsahu: 1. validita, 2. reliabilita a opakovatelnost, 3. použitelnost, 4. přizpůsobivost a vlastnosti vztahující se k procesu tvorby KDP: 5. srozumitelnost, 6. multidisciplinární přístup, 7. plánování revize, 8. dokumentace.²²⁹

3.5.3.1 Vlastnosti vztahující se k obsahu

Validita, reliabilita a opakovatelnost

Validita KDP znamená „pravděpodobnost, že dosáhneme žádoucích výsledků zdravotní péče, pokud se jím lékaři a pacienti budou řídit daným KDP.“²³⁰ Pro to, aby bylo možné konstatovat, že je KDP validní a reliabilní musí být splněno několik kritérií. Tyto vlastnosti jsou hodnoceny 3. doménou (Přísnost tvorby) a částečně 5. doménou (Použitelnost) AGREE II nástroje.

Aby KDP splňoval tyto vlastnosti, musí být vytvořen na základě standardní kvalitní metodiky, celý proces tvorby musí probíhat striktně podle stanovených pravidel, doporučení musí vycházet ze systematického přehledu důkazů a musí mezi nimi být jasný a zdokumentovaný vztah.²³¹ Validní KDP pak splňuje předpoklady pro pozitivní ovlivnění zdravotní péče. To ovšem pouze za předpokladu, že je adekvátně implementován. Jestli bylo či nebylo dosaženo předpokládaných výsledků, je možné posoudit klinickým auditem. Klinický audit posuzuje, do jaké míry jsou splněna klinická kritéria stanovená pomocí ukazatelů zdravotní péče.²³²

Metodika NRC je velmi propracovaná a rozsáhlá, což je předpokladem pro tvorbu validních a reliabilních KDP. Strategie pro diseminaci a implementaci jsou také systematicky zpracovány. Hodnocené KDP je možné na základě výsledků studie považovat za validní a reliabilní. Doporučení mají úzký a explicitní vztah k důkazům. Tvorba KDP probíhala společně s vývojem ukazatelů zdravotní péče, což je výborný

²²⁹ Srov. FIELD, MARILYN J., LOHR, KATHLEEN N. aj. s. 9–11.

²³⁰ Srov. HEFFNER, J. E. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest*. 1998, roč. 113, s. 172S–178S.

²³¹ Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. s. 39–41.

²³² Srov. Tamtéž. s. 39.

předpoklad pro posuzování účinků KDP na vstupy, procesy a výstupy zdravotní péče klinickým auditem.

Použitelnost

KDP by měly obsahovat údaje o konkrétní situaci, populaci a prostředí, pro které je určen.²³³ Použitelnost KDP je různou měrou omezena, pokud jsou překážky implementace příliš výrazné, v cílové populaci je nízká důvěra v doporučené postupy obecně či v prospěšnost doporučovaných intervencí nebo je zavedení KDP nevýhodné pro příliš vysoké skryté náklady. Problém také může způsobit příliš nízká prevalence onemocnění v dané populaci.²³⁴

Otázky použitelnosti KPD hodnotí 1. (Rámec a účel) a 5. doména (Použitelnost) AGREE II nástroje. Vzhledem k tomu, že hodnocené KDP i metodika NRC implicitně či explicitně obsahují mnoho prvků důležitých pro použitelnost KDP, můžeme je považovat za vysoce použitelné. Příkladem dobře definované populace a specifických okolností je MG, ve kterém jsou doporučení o péči o pacienty s *mysthenia gravis* v těhotenství nebo v perioperačním období.

Přizpůsobivost

KDP je určen pro konkrétního pacienta ve specifické situaci. Měl by proto počítat s výjimkami z pravidel a nabízet také alternativní doporučení.²³⁵ Přizpůsobivost hodnotí položka 16 ve 4. doméně (Srozumitelnost) AGREE II nástroje. Všechny hodnocené KDP obsahují jak hlavní, tak alternativní postupy na různých úrovních péče.

3.5.3.2 Vlastnosti vztahující se k procesu tvorby

Srozumitelnost

Podmínkou dobrého přijetí KDP odbornou i laickou veřejností je jeho srozumitelnost a přehlednost. Doporučení by měla být jasně a jednoznačně formulovaná

²³³ Tamtéž. s. 44.

²³⁴ SACKETT, DAVID L., STRAUS, SHARON E. aj., *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. s. 178.

²³⁵ Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. s. 45.

a rozpoznatelná.²³⁶ Srozumitelností se zabývá 4. doména AGREE II nástroje. Ve všech KDP je přehledným způsobem vysvětlena metodická i klinická odborná terminologie. Jasná, přehledná a snadno nalezitelná je také klasifikace a formy KDP, včetně verze pro pacienty, klíčová doporučení a algoritmy. Přestože patofyziologické mechanismy vzniku onemocnění nemají být součástí KDP, u hodnocené sady KDP je to spíše pozitivum. Tyto oddíly jsou jasně odděleny od ostatních částí textu a uživatel je bez problémů může použít nebo vynechat. Velice přehledně, koncizně a přitom s vysokou dávkou jazykomalebnosti je například zpracována kapitola Proces péče v NARKO. Například v NB jsou v přílohách obsaženy nejen patofyziologické mechanismy, ale také obsáhlé informace o mechanismech účinku léků, indikacích, kontraindikacích dávkování, nežádoucích účincích, farmakokinetice a farmakodynamice a mnoho dalších užitečných údajů. Výhodou je, že pokud má uživatel zájem o komplexní pohled, nemusí již pro základní orientaci vyhledávat další zdroje. Takto pojaté KDP mají pak díky své komplexnosti ty nejlepší předpoklady být implementovány do klinické praxe s vysokou mírou adherence. Tvůrci metodologie si byli vědomi, jak obtížné je vytvořit srozumitelné a jasné doporučení. V metodologickém materiálu uvádějí, že „autoři svá stanoviska neformulují logicky ani obsahově tak, aby měla charakter doporučení.“²³⁷ Tento problém je řešen v rámci metodiky různými mechanismy od specifických požadavků na autory KDP po jasné stanovení kompetencí v rámci skupiny pro tvorbu KDP.

Multidisciplinární přístup

Pro tvorbu kvalitního a validního KDP je důležité zapojení všech zainteresovaných osob.²³⁸ Členy skupiny pro tvorbu KDP by měli být odborníci nejen v oblasti klinické a metodologické, ale i představitelé cílových uživatelů, tedy zdravotnických pracovníků a pacientů. Tyto otázky posuzuje 2. doména (Zapojení zainteresovaných osob) AGREE II nástroje. Na tvorbě hodnocené sady KDP se podíleli jak interní pracovníci NRC, tak různí externí odborníci z řad odborných společností.

²³⁶ Srov. Tamtéž. s. 45.

²³⁷ NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>. s. 15.

²³⁸ Srov. LÍČENÍK, RADIM, *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. s. 46.

Plánování revize

Validní a reliabilní KDP musí obsahovat informace o termínu revize a podmínkách a průběhu aktualizací.²³⁹ To je hodnoceno položkou 14 ve 3. doméně (Přísnost tvorby) AGREE II nástroje. Podle metodiky NRC je stanovena perioda plánované aktualizace na 2 roky. V případě potřeby se provádí aktualizace mimořádná. Za aktuálnost KDP je zodpovědný po celou dobu externí garant. Plán aktualizace je tak jasný a striktní.

Dokumentace

Hodnocená sada KDP a metodika NRC se vyznačuje vysokou mírou kvality dokumentace. Všechny metodologické materiály jsou dostupné v různých formách, ať již byly publikovány nebo jsou dostupné na webových stránkách NRC či odborných společností. Pečlivá dokumentace je podmínkou tvorby, implementace a evaluace KDP.²⁴⁰

3.5.4 Záporné stránky hodnocených klinických doporučených postupů ve vztahu k jejich vlastnostem a cílům

Nejvýraznějším metodologickým problémem je u KDP ČNS absence deklarace konfliktu zájmů u členů skupiny pro tvorbu KDP. Tento problém pak snižuje kvalitu všech KDP. V KDP či metodologických materiálech by také mělo být explicitně uvedeno, že Ministerstvo zdravotnictví, které prostřednictvím své Interní grantové agentury financovalo tvorbu KDP NRC, neovlivňovalo proces jejich tvorby a obsah. Přestože podle metodiky NRC probíhá společná tvorba KDP a ukazatelů péče, jeden KDP tyto ukazatele neobsahuje (NARKO).

U jednotlivých KDP a v metodologických materiálech nejsou vyčerpávajícím způsobem popsány postupy pro systematické přehledy a souhrny použité literatury nejsou úplné. Vzhledem k nedostatku zkušených odborníků schopných provádět systematické přehledy v ČR, byla v rámci procesu adaptace KDP použita metoda nesystematického přehledu zahraničních zdrojů. Tato metoda vyhledávání a práce s důkazy je významně zatížena

²³⁹ Srov. Tamtéž. s. 46.

²⁴⁰ Srov. Tamtéž. s. 47.

bias. Z hlediska validity adaptovaného KDP je potřeba přesně uvést, který KDP byl použit jako vzor a proč. U některých KDP (například CMP, MG, RS, AINSO) je uvedeno, že jako vzor byly použity jiné KDP, ale také vlastní publikace členů autorského týmu.

V souhrnu literatury jsou pak u některých KDP (například CMP) uvedeny odděleně odkazy na zdroje zahraniční a odkazy na práce autorů KDP. Není ovšem jasné, proč bylo jako zdroje důkazů použito právě prací autorů KDP, zda se například jedná o recentní meta-analýzu či systematický přehled. Například u MG a AINSO pak není jasné, který KDP si autoři nakonec vzali za vzor.

Sada neurologických KDP neobsahuje jednotný systém hodnocení kvality důkazů a síly doporučení. Použití jednoho systému vyvinutého v rámci některé z mezinárodních institucí, případně i NRC, nebo generický systém GRADE by bylo optimální. Autoři metodologie NRC však uvádějí, že vzhledem k různorodosti autorských týmů a použití adaptace jako metody tvorby to nebylo možné.²⁴¹

U některých KDP není cílová populace zcela přesně popsána. U CMP nejsou uvedeny vedlejší účinky ani komplikace podání intravenózní trombolýzy a jejich léčba. Zmínka o komplikacích je explicitní pouze v Informacích pro pacienty. V některých KDP chybí úplně u doporučení odkazy na literaturu (RS) nebo jsou uvedena pouze u doporučení klíčových (CMP). To může působit potíže při posuzování validity KDP. Například v CMP uživatel nemůže zjistit, proč autoři doporučují pro léčbu pacientů s iktem a diabetes mellitus 2. typu právě Pioglitazon, protože chybí odkaz na literární zdroj. V AINSO chybí odkaz u klíčového doporučení, kde je uvedena síla důkazu I/A. Není tak možné ověřit validitu doporučení. Drobný problém při používání textu může způsobit grafická úprava, především použití bezpatkového písma.

Při tvorbě KDP nebyli pacienti přímo členy skupiny pro tvorbu KDP a nebyly systematicky zjišťovány jejich postoje a preference. Pacienti byli zapojeni do procesu formou veřejné oponentury. Bylo provedeno dotazníkové šetření, které mělo za cíl hodnotit srozumitelnost a užitečnost pouze patientské verze KDP. Nebyly systematicky zkoumány postoje a preference zdravotnických pracovníků jako cílové skupiny uživatelů.

²⁴¹ Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *EBM, kvalita důkazu a síla doporučení* [online]. <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3f_EBM_kvalita_dukazu_a_sila_doporuceni.pdf>. s. 7.

U některých KDP nebyli součástí skupiny pro tvorbu KDP odborníci ze všech relevantních specializací. Například CMP se týká i přednemocniční neodkladné péče, ale specialista z oboru urgentní medicíny a medicíny katastrof nebyl součástí autorského týmu.

3.6 Slabé stránky studie

Nejvýraznější slabou stránkou každého hodnocení je subjektivní pohled jednotlivých hodnotitelů. To je samozřejmě přirozené a platí i pro tuto studii.²⁴² Ovlivnění výsledků subjektivním úsudkem lze do jisté míry ovlivnit zapojením několika nezávislých hodnotitelů a dosažením co nejvyššího stupně validity a reliability hodnotícího nástroje. V metodických pokynech pro použití AGREE II nástroje je doporučeno, aby hodnotitelé byli tři až čtyři.^{243,244} Dalším faktorem, který může ovlivnit či zkreslit hodnocení je přítomnost odborníků na obsah mezi hodnotiteli. To je nutné vzít do úvahy u dvou hodnotitelů (RL, SD), kteří se specializují kromě vnitřního lékařství i na neurologii. Jeden z hodnotitelů je specialista na urgentní medicínu a medicínu katastrof, což se projevilo při hodnocení KDP zasahujícím do přednemocniční neodkladné péče (CMP).

Další významný limitující faktor vychází z vlastního nástroje AGREE II. Tento nástroj zcela zásadně nehodnotí obsah KDP. Může se stát, že byl vytvořen KDP velmi vysoké metodologické kvality, ale obsahově je naprosto nevyhovující a nepoužitelný v klinické praxi.²⁴⁵ Někteří autoři doporučují hodnotit kvalitu a zároveň obsah KDP.²⁴⁶ AGREE II je určen pro hodnocení kvality celého KDP a není vhodné jej použít například pouze k hodnocení některých vybraných doporučení. Komplexní hodnocení ovšem většinou

²⁴² Srov. BANCOS, IRINA, CHENG, THERESA aj.

²⁴³ BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application."

²⁴⁴ Srov. DE HERT, M., VANCAMPFORT, D. aj. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *The British Journal of Psychiatry*. 2011, roč. 199, s. 99–105.

²⁴⁵ Srov. DE BOER, WOUT, BRUINVELS, DAVID aj. Evidence-based guidelines in the evaluation of work disability: an international survey and a comparison of quality of development. *BMC Public Health*. 2009, roč. 9, s. 349.

²⁴⁶ Srov. FERKET, B. S., COLKESEN, E. B. aj.

reflektuje i kvalitu jednotlivých částí.²⁴⁷ AGREE II kromě obsahu nehodnotí ani vliv KDP na vstupy, procesy a výstupy zdravotní péče.^{248,249}

3.7 Silné stránky studie

Hlavní silnou stránkou studie je použití AGREE II nástroje. Tento nástroj je nejlepší z dosud používaných nástrojů pro hodnocení kvality KDP a je lepší než původní AGREE nástroj. Tato studie je první v České republice hodnotící systematiku kvalitu KDP a jedna z prvních využívajících nástroj AGREE II. Hodnocena byla celá sada nově vytvořených KDP jako celek. Výrazným pozitivem je dostupnost robustní metodologické základny v různých formách, především on-line. Dostupných je také mnoho publikací hodnocené sady KDP, historické přehledy, prezentace a publikace autorských týmů týkající se metodologie i vlastního postupu tvorby KDP.

3.8 Potenciální dopady studie

Hodnocené KDP měly velmi vysoké skóre téměř ve všech doménách. To ovšem neznamená, že není do budoucna co zlepšovat. Významné na KDP NRC je, že se jedná o metodologicky velmi kvalitní a komplexní systém tvorby a adaptace KDP. Dalším významným pozitivem je, že jeho financování probíhalo z veřejných zdrojů za podpory grantu poskytnutého Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR. Tento grant ovšem skončil v roce 2012 a de facto se zastavila i tvorba dalších KDP ve spolupráci s různými odbornými společnostmi. Pokud by nedošlo k obnovení a pokračování tvorby KDP podle metodiky NRC, přišlo by české zdravotnictví o významný nástroj podporující péči o zdraví v mnoha směrech. Investice vložená MZD ČR, členských institucí NRC a mnoha odborných společností by v případě nepokračování programu byla výrazně znehodnocena. Dalším problémem by byla ztráta mnoha odborníků na metodologii tvorby KDP, kterých je v ČR jen několik málo. Tito specialisté

²⁴⁷ Srov. Tamtéž.

²⁴⁸ Srov. LUGTENBERG, M., BURGERS, J. S. aj., "Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review."

²⁴⁹ Srov. DE HERT, M., VANCAMPFORT, D. aj.

se v průběhu tvorby KDP NRC zdokonalili jak po stránce čistě odborné, tak v oblasti projektového managementu. Česká republika měla nakročeno k vytvoření instituce typu britského NICE, skotského SIGN nebo německého ÄZQ.

V procesu tvorby a adaptace by bylo do budoucna vhodné zlepšit systematické zapojení všech zainteresovaných osob. Především pacienti nebyli dosud součástí autorských týmů a jejich preference a postoje nebyly systematicky sledovány.²⁵⁰ Z hlediska implementace KDP by bylo potřebné uvést do života již vyvinuté strategie. Především evaluace vlivu KDP na vstupy, procesy a výstupy by bylo potřeba systematicky sledovat.²⁵¹ Dosud nebyla v České republice publikována studie zkoumající postoje a adherenci zdravotnických pracovníků ke KDP.^{252,253} Studie zkoumající postoje dětských lékařů v ČR ke KDP a k jejich používání v klinické praxi, založená na teorii plánovaného chování,²⁵⁴ proběhla v červnu 2013 a výsledky budou prezentovány na konferenci Guidelines International Network v srpnu 2013. V budoucnu by se také měla vyřešit problematika konfliktu zájmů tak, jak je běžné v mnoha zahraničních institucích. Jak finanční, tak intelektuální konflikty zájmů jsou zřejmě v ČR časté, proto bude těžké vytvořit systém jak je deklarovat. Bez této podmínky bude ale vždy kvalita vytvořených KDP snížena.²⁵⁵ Vhodnou součástí každého KDP je také kapitola zabývající se etickými aspekty KDP. Tento ve světě relativně nový přístup by jistě zvýšil kvalitu budoucích českých KDP.^{256,257}

²⁵⁰ Srov. BOIVIN, ANTOINE, CHALMERS-PAGE, SARAH aj. *G-I-N PUBLIC Toolkit: Patients and public involvement in guidelines* [online]. <<http://www.g-i-n.net/activities/gin-public/toolkit>>.

²⁵¹ Srov. LUGTENBERG, M., BURGERS, J. S. aj., "Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review."

²⁵² Srov. CARLSEN, B., GLENTON, C. aj. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract.* 2007, roč. 57, s. 971–978.

²⁵³ Srov. FARQUHAR, C. M., KOFA, E. W. aj. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Med J Aust.* 2002, roč. 177, s. 502–506.

²⁵⁴ Srov. KORTTEISTO, T., KAILA, M. aj. Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. *Implement Sci.* 2010, roč. 5, s. 51.

²⁵⁵ Srov. GUYATT, G., AKL, E. A. aj.

²⁵⁶ Srov. LÍČENÍK, RADIM, "Ethical aspects of clinical practice guidelines."

²⁵⁷ Srov. LIPPERT, F. K., RAFFAY, V. aj. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation.* 2010, roč. 81, s. 1445–1451.

3.9 Jiné studie hodnotící kvalitu klinických doporučených postupů

V 70. letech 20. století se ve větší míře začaly tvořit KDP s cílem standardizace, zvyšování kvality a zlepšování bezpečnosti zdravotní péče.^{258, 259} Účinek KDP na zdravotní péči ani jejich kvalita však nebyla až do počátku 90. let vůbec hodnocena. Zároveň se začaly objevovat první pochybnosti o efektivitě KDP, jejichž kvalita neodpovídala značným investicím do jejich tvorby.²⁶⁰ V roce 1992 byl publikován první nástroj pro hodnocení kvality KDP amerického Institute of Medicine.²⁶¹ Ten však pro svou nepraktičnost a složitost nebyl nikdy ve větší míře aplikován. První studie kvality KDP²⁶² a pokusy o její systematické hodnocení vznikaly během 90. let.^{263,264} V roce 1999 byl vytvořen první validní a reliabilní nástroj Cluzeauové.²⁶⁵ Na jeho základě byl pak vytvořen nástroj AGREE, publikován v roce 2003,²⁶⁶ a v roce 2010 nástroj AGREE II.²⁶⁷ AGREE II je v současné době široce akceptován mezinárodní komunitou jako validní generický nástroj pro hodnocení kvality KDP.^{268,269}

Přestože je dnes k dispozici řada evaluačních nástrojů,^{270,271} standardů,²⁷² četné studie a rozvinuté mezinárodní hnutí v oblasti tvorby,²⁷³ implementace²⁷⁴ a evaluace KDP,²⁷⁵ jejich kvalita je stále velmi nízká.

²⁵⁸ Srov. BURLS, A.

²⁵⁹ Srov. WEISZ, G., CAMBROSIO, A. aj., "The emergence of clinical practice guidelines."

²⁶⁰ Srov. GRIMSHAW, J. M., HUTCHINSON, A., "Clinical practice guidelines - do they enhance value for money in health care?."

²⁶¹ Srov. INSTITUTE OF MEDICINE, ed. s. 346–410.

²⁶² Srov. CLUZEAU, FRANÇOISE, LITTLEJOHNS, PETER aj., "Appraising clinical guidelines and the development of criteria—a pilot study."

²⁶³ Srov. HAYWARD, R. S., LAUPACIS, A. Initiating, conducting and maintaining guidelines development programs. *Canadian Medical Association Journal*. 1993, roč. 148, s. 507–512.

²⁶⁴ Srov. LONG, A. F. Guidelines, protocols and outcomes. *Int J Health Care Qual Assur*. 1994, roč. 7, s. 4–7.

²⁶⁵ Srov. CLUZEAU, FA, LITTLEJOHNS, P aj., "Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines."

²⁶⁶ Srov. CLUZEAU, F, BURGERS, J aj. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003, roč. 12, s. 18–23.

²⁶⁷ Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

²⁶⁸ Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement."

²⁶⁹ 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."

²⁷⁰ Srov. VLAYEN, JOAN, AERTGEERTS, BERT aj.

²⁷¹ Srov. GRAHAM, I. D., CALDER, L. A. aj., "A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments."

²⁷² Srov. QASEEM, AMIR, FORLAND, FRODE aj.

Z našeho systematického přehledu 62 studií hodnotících kvalitu KDP (celkem zahrnuto 5550 KDP) nástroji AGREE (56 studií) a AGREE II (6 studií) publikovaných v letech 2003 až 2012 vyplývá, že kvalita KDP je stále velmi nízká^{276,277,278}, mnoho KDP nebylo hodnotiteli doporučeno k používání v praxi^{279,280} a některé jsou přímo označeny za nepoužitelné (viz 4.9).²⁸¹ Celkový počet KDP rapidně narůstá, ale jejich kvalita zůstává v čase stále stejně nízká.²⁸² Chen a spolupracovníci provedli přehled a hodnocení všech čínských KDP vytvořených v letech 1978 až 2010. Z celkového počtu 387 KDP bylo pouze 9,3 % deklarováno jako na důkazech založených, 0,8 % obsahovalo popis strategií pro vyhledávání důkazů a jen v 5 % KDP byla uvedena úroveň důkazů a síla doporučení.²⁸³ Kvalita dokumentace metodologie tvorby KDP se dokonce u některých KDP zhoršila.²⁸⁴ Špatná metodologická dokumentace snižuje celkové hodnocení kvality KDP²⁸⁵, přestože jejich obsah může být kvalitní.^{286,287} Některé KDP nebylo pro nedostatek informací možné hodnotit a celý proces musel být předčasně ukončen.²⁸⁸ V některých studiích se našly KDP, u kterých nebylo možné zjistit ani rok publikace.²⁸⁹ Wiegerinck uvádí chybějící rok publikace dokonce u 4 ze 17 hodnocených evropských

²⁷³ Srov. LÍČENÍK, RADIM, IVANOVÁ, KATEŘINA. Klinické doporučené postupy. Metodické doporučené postupy pro tvorbu a adaptaci klinických doporučených postupů. *Zdravotnictví v České republice*. 2009, roč. 12, s. 108–111.

²⁷⁴ Srov. SHIFFMAN, RN, DIXON, J aj.

²⁷⁵ Srov. THE AGREE RESEARCH TRUST, "AGREE Enterprise website."

²⁷⁶ Srov. DE BOER, WOUT, BRUINVELS, DAVID aj.

²⁷⁷ Srov. NELEN, W. L., VAN DER PLUIJM, R. W. aj. The methodological quality of clinical guidelines of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Hum Reprod*. 2008, roč. 23, s. 1786–1792.

²⁷⁸ Srov. VAN DER SANDEN, W. J., METTES, D. G. aj. Development of clinical practice guidelines: evaluation of 2 methods. *J Can Dent Assoc*. 2004, roč. 70, s. 301.

²⁷⁹ Srov. BURDA, B. U., NORRIS, S. L. aj. Quality varies across clinical practice guidelines for mammography screening in women aged 40-49 years as assessed by AGREE and AMSTAR instruments. *J Clin Epidemiol*. 2011, roč. 64, s. 968–976.

²⁸⁰ Srov. MINHAS, R. Eminence-based guidelines: a quality assessment of the second Joint British Societies' guidelines on the prevention of cardiovascular disease. *Int J Clin Pract*. 2007, roč. 61, s. 1137–1144.

²⁸¹ Srov. WATINE, JOSEPH, FRIEDBERG, BRUNO aj.

²⁸² Srov. OKUMURA, A., YOSHIDA, M. aj.

²⁸³ Srov. CHEN, YAOLONG, YUNG, KEHU aj.

²⁸⁴ Srov. ESANDI, M. E., ORTIZ, Z. aj. Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994-2004): a cross-sectional study. *Implement Sci*. 2008, roč. 3, s. 43.

²⁸⁵ Srov. BOLUYT, N., LINCKE, C. R. aj. Quality of evidence-based pediatric guidelines. *Pediatrics*. 2005, roč. 115, s. 1378–1391.

²⁸⁶ Srov. CATES, J. R., YOUNG, D. N. aj. An independent AGREE evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines. *Spine J*. 2006, roč. 6, s. 72–77.

²⁸⁷ Srov. GRAHAM, I. D., BEARDALL, S. aj. What is the quality of drug therapy clinical practice guidelines in Canada? *CMAJ*. 2001, roč. 165, s. 157–163.

²⁸⁸ Srov. THINKHAMROP, J., TURNER, T. aj. Maternal and perinatal guideline development in hospitals in South East Asia: results from the SEA-ORCHID project. *Health Res Policy Syst*. 2009, roč. 7, s. 9.

²⁸⁹ Srov. PENTHEROUDAKIS, G., STAHEL, R. aj. Heterogeneity in cancer guidelines: should we eradicate or tolerate? *Ann Oncol*. 2008, roč. 19, s. 2067–2078.

KDP pro léčbu hypertenze v těhotenství.²⁹⁰ Dalšími problémy mohou být nízká kvalita důkazů²⁹¹ nebo chybějící vědecký výzkum v dané oblasti.²⁹² Závažným nedostatkem KDP je, pokud jsou vyhodnoceny jako irelevantní pro klinickou praxi²⁹³ nebo je nelze aplikovat na širší spektrum situací péče o konkrétního pacienta.²⁹⁴ Nejhuře hodnocenou doménou je kromě 6. domény Ediční nezávislost²⁹⁵ i 5. doména Použitelnost.^{296,297} Častou slabinou je také nedostatečné zapojení všech zainteresovaných osob, především pacientů.^{298,299,300} Studie hodnotící a srovnávající kvalitu i obsah KDP ukazují, že vysoká metodologická kvalita pouze může být předpokladem pro kvalitní obsah založený na důkazech.³⁰¹ Na příklad Bernloehr srovnával kvalitu a obsah KDP pro prenatální péči britského NICE a německého Mutterschafts-Richtlinien nástrojem AGREE II. Zatímco NICE dosáhl vysokého hodnocení ve všech doménách, německý KDP byl hodnocen extrémně špatně. Obsahová analýza jednotlivých doporučení přesto ukázala poměrně vysokou shodu. 80 % doporučení bylo obsaženo v obou KDP. Bernloehr uzavírá, že kvalita obsahu KDP je pravděpodobně nezávislou charakteristikou na celkovém hodnocení AGREE nástrojem.³⁰² To je nutné mít na vědomí, protože AGREE nástroj není určen k hodnocení obsahu.³⁰³

²⁹⁰ Srov. WIEGERINCK, M., HUIGEN, S. aj. Comparing European guidelines on hypertensive disorders in pregnancy. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8–22/8/2012.

²⁹¹ Srov. BURDA, B. U., NORRIS, S. L. aj.

²⁹² Srov. DE BOER, WOUT, BRUINVELS, DAVID aj.

²⁹³ Srov. HEGARTY, K., GUNN, J. aj. How could depression guidelines be made more relevant and applicable to primary care? A quantitative and qualitative review of national guidelines. *Br J Gen Pract.* 2009, roč. 59, s. e149–156.

²⁹⁴ Srov. Tamtéž.

²⁹⁵ Srov. SMITH, S. C., JR. Screening for high-risk cardiovascular disease: a challenge for the guidelines: comment on "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. 40–42.

²⁹⁶ Srov. BROUWERS, M., RAWSKI, E. aj., "SAGE directory of cancer guidelines."

²⁹⁷ Srov. KREDO, TAMARA. Agreement and alignment - guidelines for five priority disease in the Southern African Development Community. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.

²⁹⁸ Srov. POITRAS, S., AVOUAC, J. aj. A critical appraisal of guidelines for the management of knee osteoarthritis using Appraisal of Guidelines Research and Evaluation criteria. *Arthritis Res Ther.* 2007, roč. 9, s. R126.

²⁹⁹ Srov. GAEBEL, W., WEINMANN, S. aj. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *Br J Psychiatry.* 2005, roč. 187, s. 248–255.

³⁰⁰ Srov. WIEGERINCK, M., HUIGEN, S. aj.

³⁰¹ Srov. BENNETT, W. L., ODELOLA, O. A. aj.

³⁰² Srov. BERNLOEHR, A. Lessons learned using AGREE II: Linking methodological rigour of a guideline and guideline content. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.

³⁰³ Srov. BROUWERS, MELISSA C., KHO, MICHELLE E. aj., "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care."

Na druhou stranu jsou i vysoce kvalitní KDP,^{304,305} které hodnotitelé silně doporučují k použití v klinické praxi,^{306,307} s pozitivní tendencí zlepšování jejich kvality v čase.³⁰⁸ Obecně velmi kvalitní jsou KDP tvořené tradičními institucemi, např. NICE nebo SIGN.³⁰⁹ Do této skupiny patří i hodnocená sada neurologických KDP ČNS, které jsou velmi kvalitní ve všech hodnocených doménách a objektivně převyšují kvalitu hodnocených zahraničních KDP.

Publikovaná data jsou velmi nesourodá a je těžké z nich vyvodit objektivní závěry. Nelze obecně říci, zda KDP pro některé specializace, vytvořené mezinárodními, vládními nebo jinými institucemi či v různých zemích jsou více či méně kvalitní. Neexistuje jasný vztah mezi kvalitou tvorby a obsahu KDP. Není zatím možné předpokládat, že se kvalita KDP zvyšuje a bude i dále zlepšovat v průběhu času. Je také nejisté, zda snahy o standardizaci celého procesu týkajícího se KDP ovlivní kvalitu KDP. Navíc se stále vynořují nová témata, o kterých je potřeba diskutovat a včlenit je do KDP, například problematika pacientů s četnými komorbiditami.^{310,311}

³⁰⁴ Srov. STONE, M. A., WILKINSON, J. C. aj. Evaluation and comparison of guidelines for the management of people with type 2 diabetes from eight European countries. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010, roč. 87, s. 252–260.

³⁰⁵ Srov. KEE, HSIN CHEN. Clinical practice guidelines for children with fever in Taiwan. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.

³⁰⁶ Srov. MAHMUD, M., MAZZA, D. Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Womens Health.* 2010, roč. 10, s. 5.

³⁰⁷ PATKAR, V., HURT, C. aj. Evidence-based guidelines and decision support services: A discussion and evaluation in triple assessment of suspected breast cancer. *Br J Cancer.* 2006, roč. 95, s. 1490–1496.

³⁰⁸ Srov. YUSOF, MOHD AMINUDDIN MOHD., BAKRI, RUGAYAH aj. S23– An experience using AGREE. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery.* 2010, roč. 143, s. 21–22.

³⁰⁹ Srov. BERNLOEHR, A.

³¹⁰ Srov. BOYD, C. M., DARER, J. aj.

³¹¹ Srov. SMITH, S. M., SOUBHI, H. aj. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ.* 2012, roč. 345, s. e5205.

4 ZÁVĚR

Klinické doporučené postupy jsou důležitou a nedílnou součástí zdravotní péče. Z toho vyplývá i požadavek na co nejvyšší standard kvality doporučených postupů. Kvalita nové sady klinických doporučených postupů v neurologii, vytvořených pod garancí České neurologické společnosti podle metodiky Národního referenčního centra v letech 2010 až 2012 je velmi vysoká. Kvalita hodnocených doporučených postupů je vyšší, než je podle dostupných zahraničních studií obvyklé. Pro tvorbu doporučených postupů v České republice je nejdůležitější udržitelnost celého procesu do budoucna. Kvalitu doporučených postupů je možné zvyšovat různými způsoby. Podstatné je použití komplexního programu pro jejich tvorbu a adaptaci, systematické zapojování všech zainteresovaných osob, použití efektivních implementačních strategií a systematická evaluace kvality i obsahu klinických doporučených postupů a jejich vlivu na vstupy, procesy a výstupy zdravotní péče.

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 neurofyzilogii 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
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 13 přílohy závěrečné zprávy iga č. 10650-3/2009 10

TABULKA 14 HODNOTILÉ KVALITY DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	17
TABULKA 15 SEZNAM DOKONČENÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ ČESKÉ NEUROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI	20
TABULKA 16 PROPOJENÍ KDP A UKAZATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	21
TABULKA 17 SEZNAM DOKONČENÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ DALŠÍCH ODBORNÝCH SPOLEČNOSTÍ	21
TABULKA 18 PROPOJENÍ KDP A UKAZATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	22
TABULKA 19 SEZNAM SCHVÁLENÝCH NÁVRHŮ DOPORUČENÝCH POSTUPŮ NRC.....	23
TABULKA 20 SEZNAM ROZPRACOVANÝCH NÁVRHŮ DOPORUČENÝCH POSTUPŮ NRC	23
TABULKA 21 ODBORNÉ SPOLEČNOSTI TVOŘÍCÍ DOPORUČENÉ POSTUPY POD VEDENÍM NRC	24
TABULKA 22 SEKUNDÁRNÍ SPECIALIZACE DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	28
TABULKA 23 ÚROVEŇ PÉČE, PRO KTEROU JSOU DOPORUČENÉ POSTUPY URČENY	29
TABULKA 24 CENTRA SPECIALIZOVANÉ PÉČE POPSANÉ V DOPORUČENÝCH POSTUPECH	29
TABULKA 25 PŘÍKLAD DOPORUČENÍ PRO KAPITOLU VYUŽITELNOST KLINICKÉHO STANDARDU PRO KONCENTRACI PÉČE.....	30
TABULKA 26 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍHO RÁMCE DIAGNÓZOU	31
TABULKA 27 KLASIFIKACE NEMOCNIC V DOPORUČENÝCH POSTUPECH NRC.....	33
TABULKA 28 PŘÍKLAD DOPORUČENÍ PRO KAPITOLU KVALIFIKAČNÍ A TECHNICKÉ POŽADAVKY NA POSKYTOVATELE	34
TABULKA 29 DRUHY INTERVENČÍ V JEDNOTLIVÝCH KDP	35
TABULKA 30 PŘÍKLAD KRITÉRIA VYMEZUJÍCÍHO ZAHÁJENÍ HLAVNÍHO PROCESU PÉČE	35
TABULKA 31 PŘÍKLAD KRITÉRIA VYMEZUJÍCÍHO UKONČENÍ HLAVNÍHO PROCESU PÉČE.....	36
TABULKA 32 PŘÍKLAD KLÍČOVÉHO DOPORUČENÍ PRO DIAGNOSTIKU	36
TABULKA 33 PŘÍKLAD KLÍČOVÉHO DOPORUČENÍ PRO TERAPII	36
TABULKA 34 PŘÍKLAD KLÍČOVÉHO DOPORUČENÍ PRO PRIMÁRNÍ PREVENCI.....	36
TABULKA 35 PŘÍKLAD KLÍČOVÉHO DOPORUČENÍ PRO SEKUNDÁRNÍ PREVENCI.....	37
TABULKA 36 PŘÍKLAD KLÍČOVÉHO DOPORUČENÍ PRO KAPITOLU VÝSLEDKY	37
TABULKA 37 PERSONÁLNÍ SLOŽENÍ ŘÍDÍCÍHO VÝBORU	40
TABULKA 38 ÚKOLY ŘÍDÍCÍHO VÝBORU	40
TABULKA 39 PERSONÁLNÍ SLOŽENÍ PROJEKTOVÉ RADY	41
TABULKA 40 ÚKOLY PROJEKTOVÉ RADY	41
TABULKA 41 ČLENOVÉ SKUPINY PRO TVORBU DOPORUČENÝCH POSTUPŮ ČNS.....	42
TABULKA 42 SKUPINA PRO TVORBU DOPORUČENÝCH POSTUPŮ PRO JEDNOTLIVÉ KDP.....	44
TABULKA 43 POPIS VYHLEDÁVACÍ STRATEGIE A PRÁCE S DŮKAZY PŘI TVORBĚ JEDNOTLIVÝCH KDP	46
TABULKA 44 POČET LITERÁRNÍCH ODKAZŮ U JEDNOTLIVÝCH KDP.....	49

TABULKA 45 KLASIFIKACE KVALITY DŮKAZŮ	50
TABULKA 46 KLASIFIKACE SÍLY DOPORUČENÍ	50
TABULKA 47 KLASIFIKACE KVALITY DŮKAZŮ V KDP ČNS.....	51
TABULKA 48 KLASIFIKACE SÍLY DOPORUČENÍ	51
TABULKA 49 REFERENČNÍ HODNOTY UKAZATELE QM0054 NEMOCNIČNÍ MORTALITA U CMP..	54
TABULKA 50 REFERENČNÍ HODNOTY UKAZATELE QM0208 NEMOCNIČNÍ MORTALITA U ISCHEMICKÉ CMP	60
TABULKA 51 REFERENČNÍ HODNOTY UKAZATELE QM0356 NEMOCNIČNÍ MORTALITA U CMP ZPŮSOBENÝCH MOZKOVÝM KRVÁCENÍM.....	64
TABULKA 52 INCIDENCE A NÁKLADY V JEDNOTLIVÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPECH	68
TABULKA 53 EKONOMICKÁ ANALÝZA NRC PRO JEDNOTLIVÉ DOPORUČENÉ POSTUPY (ÚDAJE ZA ROK 2009)	68
TABULKA 54 PŘÍKLAD HODNOCENÍ EKONOMICKÝCH DOPADŮ DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	70
TABULKA 55 POČET KLÍČOVÝCH DOPORUČENÍ U JEDNOTLIVÝCH KDP	71
TABULKA 56 OBORY, PRO KTERÉ BYLY VYTVOŘENY UKAZATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	73
TABULKA 57 SPOJENÍ UKAZATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB S DOPORUČENÝMI POSTUPY	73
TABULKA 58 PŘÍKLADY UKAZATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	75
TABULKA 59 REVIZE A AKTUALIZACE DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	78
TABULKA 60 PUBLIKACE KDP PRO NEUROLOGII ČNS JEP	79
TABULKA 61 POČET STRAN RŮZNÝCH VERZÍ DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	80
TABULKA 62 SKÓRE PRO JEDNOTLIVÉ DOMÉNY DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	85
TABULKA 63 KOMENTÁŘE K HODNOCENÍ 1. DOMÉNY – RÁMEC A ÚČEL	87
TABULKA 64 KOMENTÁŘE K HODNOCENÍ 2. DOMÉNY – ZAPOJENÍ ZAJINTERESOVANÝCH OSOB	88
TABULKA 65 KOMENTÁŘE K HODNOCENÍ 3. DOMÉNY – PŘÍSNOST TVORBY	89
TABULKA 66 KOMENTÁŘE K HODNOCENÍ 4. DOMÉNY – SROZUMITELNOST	91
TABULKA 67 KOMENTÁŘE K HODNOCENÍ 5. DOMÉNY – POUŽITELNOST.....	92
TABULKA 68 KOMENTÁŘE K HODNOCENÍ 6. DOMÉNY – REDAKČNÍ NEZÁVISLOST	92
TABULKA 69 KOMENTÁŘE K CELKOVÉMU HODNOCENÍ	93
TABULKA 70 POČET KLÍČOVÝCH DOPORUČENÍ S URČITÝM STUPNĚM KVALITY DŮKAZŮ V JEDNOTLIVÝCH KAPITOLÁCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ.....	95
TABULKA 71 POČET KLÍČOVÝCH DOPORUČENÍ S URČITOU SÍLOU DŮKAZU V JEDNOTLIVÝCH KAPITOLÁCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	97
TABULKA 72 POČET KLÍČOVÝCH DOPORUČENÍ PRO VYBRANÉ KAPITOLY KDP A KLASIFIKACE KVALITY DŮKAZŮ A SÍLY DOPORUČENÍ.....	97
TABULKA 73 POČET KLÍČOVÝCH DOPORUČENÍ PRO KAPITOLU PROCES PÉČE V JEDNOTLIVÝCH KDP A KLASIFIKACE KVALITY DŮKAZŮ A SÍLY DOPORUČENÍ	98

TABULKA 74 POČET DOPORUČENÍ PRO PREVENCI V JEDNOTLIVÝCH KDP A KLASIFIKACE KVALITY DŮKAZŮ A SÍLY DOPORUČENÍ.....	100
--	-----

Seznam grafů

GRAF 14 PRŮMĚRNÉ REFERENČNÍ HODNOTY UKAZATELE QM0054 NEMOCNIČNÍ MORTALITA U CMP 2008-2010	55
GRAF 15 POČET PŘÍPADŮ CMP V LETECH 2008 –2010 PODLE TYPU NEMOCNICE	56
GRAF 16 ODHADOVANÉ CELKOVÉ ROČNÍ NÁKLADY NA PÉČI O PACIENTY S CMP V LETECH 2008–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE (MILIONY KČ)	56
GRAF 17 ROZLOŽENÍ POČTU PŘÍPADŮ CMP V LETECH 2008–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE....	57
GRAF 18 ROZLOŽENÍ ODHADOVANÝCH CELKOVÝCH ROČNÍCH NÁKLADŮ NA PÉČI O PACIENTY S CMP V LETECH 2007–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE.....	57
GRAF 19 POČET PŘÍPADŮ U RŮZNÝCH CMP PODLE TYPU NEMOCNICE V LETECH 2007–2010 ...	58
GRAF 20 MORTALITA U RŮZNÝCH CMP PODLE TYPU NEMOCNICE V LETECH 2007–2010 (v %)58	
GRAF 21 PRŮMĚRNÝ VĚK PŘÍPADŮ U RŮZNÝCH CMP PODLE TYPU NEMOCNICE V LETECH 2007–2010.....	59
GRAF 22 PRŮMĚRNÝ VĚK PŘI ÚMRTÍ U RŮZNÝCH CMP PODLE TYPU NEMOCNICE V LETECH 2007– 2010.....	59
GRAF 23 ODHADOVANÉ CELOROČNÍ NÁKLADY NA PŘÍPAD U RŮZNÝCH CMP PODLE TYPU NEMOCNICE V LETECH 2007–2010 (MILIONY KČ)	60
GRAF 24 PRŮMĚRNÉ REFERENČNÍ HODNOTY UKAZATELE QM0208 NEMOCNIČNÍ MORTALITA U ISCHEMICKÉ CMP 2008–2010	61
GRAF 25 POČET PŘÍPADŮ ISCHEMICKÉ CMP V LETECH 2008–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE ..	62
GRAF 26 ODHADOVANÉ CELKOVÉ ROČNÍ NÁKLADY NA PÉČI O PACIENTY S ISCHEMICKOU CMP V LETECH 2008–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE (MILIONY KČ)	62
GRAF 27 ROZLOŽENÍ POČTU PŘÍPADŮ ISCHEMICKÉ CMP V LETECH 2008–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE	63
GRAF 28 ROZLOŽENÍ ODHADOVANÝCH CELKOVÝCH ROČNÍCH NÁKLADŮ NA PÉČI O PACIENTY S ISCHEMICKOU CMP V LETECH 2008–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE	63
GRAF 29 PRŮMĚRNÉ REFERENČNÍ HODNOTY UKAZATELE QM0356 NEMOCNIČNÍ MORTALITA U CMP ZPŮSOBENÝCH MOZKOVÝM KRVÁCENÍM V LETECH 2007–2010.....	65
GRAF 30 POČET PŘÍPADŮ CMP ZPŮSOBENÝCH MOZKOVÝM KRVÁCENÍM V LETECH 2007–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE.....	65

GRAF 31	ODHADOVANÉ CELKOVÉ ROČNÍ NÁKLADY NA PÉČI O PACIENTY S CMP ZPŮSOBENÝCH MOZKOVÝM KRVÁCENÍM V LETECH 2007–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE (MILIONY KČ)	66
GRAF 32	ROZLOŽENÍ POČTU PŘÍPADŮ CMP ZPŮSOBENÝCH MOZKOVÝM KRVÁCENÍM V LETECH 2007–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE	66
GRAF 33	ROZLOŽENÍ ODHADOVANÝCH CELKOVÝCH ROČNÍCH NÁKLADŮ NA PÉČI O PACIENTY S CMP ZPŮSOBENÝCH MOZKOVÝM KRVÁCENÍM V LETECH 2007–2010 PODLE TYPU NEMOCNICE	67
GRAF 34	CELKOVÉ SKÓRE JEDNOTLIVÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	86
GRAF 35	PRŮMĚRNÉ SKÓRE PRO JEDNOTLIVÉ DOMÉNY A CELKOVÉ HODNOCENÍ	86
GRAF 36	HODNOCENÍ V JEDNOTLIVÝCH DOMÉNÁCH	87
GRAF 37	STUPEŇ KVALITY DŮKAZŮ KLÍČOVÝCH DOPORUČENÍ	95
GRAF 38	SÍLA KLÍČOVÝCH DOPORUČENÍ	96
GRAF 39	PODÍL DŮKAZŮ STUPNĚ I V KLÍČOVÝCH DOPORUČENÍCH ZE VŠECH CITACÍ	96

Seznam obrázků

OBRÁZEK 14	SCHÉMA PROCESU PLÁNOVÁNÍ TVORBY DOPORUČENÝCH POSTUPŮ PODLE METODIKY NRC	25
------------	---	----

LITERATURA

- AHN, S. H., LEE, S. H., KYUNG, M. H., KIM, H. J. Assessing the use of evidence based methods in developing guidelines published by specialty societies in Korea. Guideline International Network Scientific Conference. Helsinki, Finsko. 1/10-3/10/2008.
- ATIENZA, GERARDO, MACEIRA, MARIA C., PAZ-VALIÑAS, LUCINDA, SALGADO, ANGEL. Assessment of clinical practice guidelines for depression in children and adolescent using the AGREE instrument. *Acta Med Port.* 2009, roč. 22, č. 5, s. 689.
- ATTAL, N., CRUCCU, G., BARON, R., HAANPÄÄ, M., HANSSON, P., JENSEN, T. S., NURMIKKO, T. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European Journal of Neurology.* 2010, roč. 17, č. 9, s. 1113–e1188.
- BANCOS, IRINA, CHENG, THERESA, PROKOP, LARRY J., MONTORI, VICTOR M., MURAD, MOHAMMAD HASSAN. Endocrine clinical practice guidelines in North America. A systematic assessment of quality. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2012, roč. 65, č. 5, s. 520–525.
- BEDNAŘÍK JOSEF, SUCHÝ, MILOŠ, EHLER, EDVARD. Klinické standardy v české neurologii - historie a současnost. 25. Český a slovenský neurologický sjezd. Brno. 23-26/11/2011. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2011, roč. 74, č. Suppl., s. S50.
- BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK, OPAVSKÝ, JAROSLAV, KELLER, OTAKAR, ROKYTA, RICHARD, MAZANEC, RADIM, LEJČKO, JAN, KOZÁK, JIŘÍ, PÁTÁ, MARTINA. Technologický klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti. In SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I* 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. 978-80-244-3004-1, s. 185–235.
- BEDNAŘÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK, OPAVSKÝ, JAROSLAV, KELLER, OTAKAR, ROKYTA, RICHARD, MAZANEC, RADIM, LEJČKO, JAN, KOZÁK, JIŘÍ, SUCHÝ, MILOŠ, PÁTÁ, MARTINA, KOŽENÝ, PAVEL. Klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti. Article. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie.* 2012, roč. 75, č. 1, s. 93–101.
- BEDNAŘÍK, JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV, EHLER, EDVARD, AMBLER, ZDENĚK, PÍŤHA, JIŘÍ, VENCOVSKÝ, JIŘÍ, LITZMAN, JIŘÍ, KOŘÍSTEK, ZDENĚK, SUCHÝ, MILOŠ, PÁTÁ, MARTINA, KOŽENÝ, PAVEL. Standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a plazmaferézou. Article. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie.* 2010, roč. 73, č. 5, s. 579–589.
- BEDNAŘÍK JOSEF, VOHÁŇKA, STANISLAV, EHLER, EDVARD, AMBLER, ZDENĚK, PÍŤHA, JIŘÍ, VENCOVSKÝ, JIŘÍ, LITZMAN, JIŘÍ, KOŘÍSTEK, ZDENĚK, PÁTÁ, MARTINA. Technologický klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitním nervosvalovým onemocněním intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou. In SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I* 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. 978-80-244-3004-1, s. 236–273.
- BERNLOEHR, A. Lessons learned using AGREE II: Linking methodological rigour of a guideline and guideline content. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8–22/8/2012.
- BILLIARD, M., BASSETTI, C., DAUVILLIERS, Y., DOLENC-GROSELJ, L., LAMMERS, G. J., MAYER, G., POLLMÄCHER, T., READING, P., SONKA, K. EFNS guidelines on management of narcolepsy. *European Journal of Neurology.* 2006, roč. 13, č. 10, s. 1035–1048.
- BOIVIN, ANTOINE, CHALMERS-PAGE, SARAH, COWL, JANE, DAVINO-RAMAYA, CARRIE, GRACIA, JAVIER, GRAHAM, KAREN, HUANG, NANCY, KOELEWIJN-VAN LOON, MARIJE, KNAAPEN, LOES, MEREDITH, BARBARA, SAKALA, CAROL, SCHAEFER, CORINNA, THOMAS, VICTORIA, TWADDLE, SARA, TYRRELL, HELEN, VAN DER WEIJDEN, TRUDY. G-

- I-N PUBLIC Toolkit: Patients and public involvement in guidelines* [online]. Guidelines International Network. [cit. 15/07]. Dostupné na <<http://www.g-i-n.net/activities/gin-public/toolkit>>.
- BOLUYT, N., LINCKE, C. R., OFFRINGA, M. Quality of evidence-based pediatric guidelines. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Pediatrics*. 2005, roč. 115, č. 5, s. 1378–1391.
- BRAININ, M., BARNES, M., BARON, J. C., GILHUS, N. E., HUGHES, R., SELMAJ, K., WALDEMAR, G., GUIDELINE STANDARDS SUBCOMMITTEE OF THE, EFNS SCIENTIFIC COMMITTEE. Guidance for the preparation of neurological management guidelines by EFNS scientific task forces-- revised recommendations 2004. *Eur J Neurol*. 2004, roč. 11, č. 9, s. 577–581.
- BURDA, B. U., NORRIS, S. L., HOLMER, H. K., OGDEN, L. A., SMITH, M. E. Quality varies across clinical practice guidelines for mammography screening in women aged 40–49 years as assessed by AGREE and AMSTAR instruments. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review. *J Clin Epidemiol*. 2011, roč. 64, č. 9, s. 968–976.
- BURGERS, J. S., FEVERS, B., HAUGH, M., BROUWERS, M., BROWMAN, G., PHILIP, T., CLUZEAU, F. A. International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument. Research Support, Non-U.S. Gov't. *J Clin Oncol*. 2004, roč. 22, č. 10, s. 2000–2007.
- CARLSEN, B., GLENTON, C., POPE, C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Br J Gen Pract*. 2007, roč. 57, č. 545, s. 971–978.
- CARR, A. S., CARDWELL, C. R., MCCARRON, P. O., MCCONVILLE, J. A systematic review of population based epidemiological studies in Myasthenia Gravis. Meta-Analysis Review. *BMC Neurol*. 2010, roč. 10, č. s. 46.
- CASI CASANELLAS, A., AIZPURU BARANDIARAN, F., IBANEZ PEREZ, F., GRUPO DE TRABAJO SOBRE CALIDAD DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DE LA SOCIEDAD VASCA DE MEDICINA DE FAMILIA Y, COMUNITARIA. [Quality analysis of clinical practice guidelines on cardiovascular risks in the Basque country and a proposal for their evaluation]. Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't. *Aten Primaria*. 2000, roč. 26, č. 9, s. 585–589.
- CATES, J. R., YOUNG, D. N., BOWERMAN, D. S., PORTER, R. C. An independent AGREE evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines. Comparative Study Evaluation Studies. *Spine J*. 2006, roč. 6, č. 1, s. 72–77.
- CLUZEAU, F., BURGERS, J., BROUWERS, M., GROL, R., MAKELA, M., LITTLEJOHNS, P., GRIMSHAW, J., HUNT, C. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003, roč. 12, č. s. 18–23.
- CRUCCU, G., SOMMER, C., ANAND, P., ATTAL, N., BARON, R., GARCIA-LARREA, L., HAANPAA, M., JENSEN, T. S., SERRA, J., TREEDE, R. D. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. *European Journal of Neurology*. 2010, roč. 17, č. 8, s. 1010–1018.
- ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Doporučené postupy* [online]. Česká neurologická společnost. [cit. 25/01/2013]. Dostupné na <<http://www.czech-neuro.cz/rubrika/37-Doporucene-postupy/index.htm>>.
- ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Ostatní klinické standardy schválené výborem České neurologické společnosti* [online]. Česká neurologická společnost. [cit. 08/07/2013]. Dostupné na <<http://www.czech-neuro.cz/rubrika/54-Doporucene-postupy-a-registry-Ostatni-klinicke-standardy-schvalene-vyborem-CNS/index.htm>>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení.
- DARTNELL, J., HEMMING, M., COLLIER, J., OLLENSCHLAEGER, G. Putting evidence into context: some advice for guideline writers. *Evid Based Med*. 2007, roč. 12, č. 5, s. 130–132.
- DE BOER, WOUT, BRUINVELS, DAVID, RIJKENBERG, ARIE, DONCEEL, PETER, ANEMA, JOHANNES. Evidence-based guidelines in the evaluation of work disability: an international survey and a comparison of quality of development. *BMC Public Health*. 2009, roč. 9, č. 1, s. 349.
- DE HAAS, E. R., DE VIJLDER, H. C., VAN REESEMA, W. S., VAN EVERDINGEN, J. J., NEUMANN, H. A. Quality of clinical practice guidelines in dermatological oncology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007, roč. 21, č. 9, s. 1193–1198.
- DE HERT, M., VANCAMFORT, D., CORRELL, C. U., MERCKEN, V., PEUSKENS, J., SWEERS, K., VAN WINKEL, R., MITCHELL, A. J. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *The British Journal of Psychiatry*. 2011, roč. 199, č. 2, s. 99–105.
- DELGADO-NOGUERA, M., TORT, S., BONFILL, X., GICH, I., ALONSO-COELLO, P. Quality assessment of clinical practice guidelines for the prevention and treatment of childhood overweight and obesity. Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't. *Eur J Pediatr*. 2009, roč. 168, č. 7, s. 789–799.
- DOBOS, EVA, KISS, ERIKA, SZY, ILDIKO, MARGITAY, BARNABAS, HORVATH, ANDREA RITA. Methods to improve guideline quality in Hungary. *Acta Med Port*. 2009, roč. 22, č. 5, s. 70.
- DONABEDIAN, AVEDIS. Concepts of health care quality: a perspective. vyd. Institute of Medicine. 1974.
- DONABEDIAN, AVEDIS, BASHSHUR, RASHID. An introduction to quality assurance in health care. vyd. Oxford: Oxford University Press. 2003. 0195158091: 27.50.
- DWORKIN, R. H., O'CONNOR, A. B., BACKONJA, M., FARRAR, J. T., FINNERUP, N. B., JENSEN, T. S., KALSO, E. A., LOESER, J. D., MIASKOWSKI, C., NURMIKKO, T. J., PORTENOY, R. K., RICE, A. S., STACEY, B. R., TREEDE, R. D., TURK, D. C., WALLACE, M. S. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. Review. *Pain*. 2007, roč. 132, č. 3, s. 237–251.
- ECCLES, MARTIN, GRIMSHAW, JEREMY, SHEKELLE, PAUL, SCHUNEMANN, HOLGER, WOOLF, STEVEN. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implementation Science*. 2012, roč. 7, č. 1, s. 60.
- EHLER, EDVARD. Apekty tvorby klinických doporučených postupů v oboru neurologie podle národní metodiky. Article. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2010, roč. 73, č. 5, s. 568.
- ESANDI, M. E., ORTIZ, Z., CHAPMAN, E., DIEGUEZ, M. G., MEJIA, R., BERNZTEIN, R. Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994-2004): a cross-sectional study. *Implement Sci*. 2008, roč. 3, č. s. 43.
- EUROPEAN STROKE ORGANISATION EXECUTIVE, COMMITTEE, COMMITTEE, E. S. O. WRITING. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Practice Guideline. *Cerebrovasc Dis*. 2008, roč. 25, č. 5, s. 457–507.

- EUROPEAN STROKE ORGANISATION EXECUTIVE, COMMITTEE, COMMITTEE, E. S. O. WRITING. *Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. Update 2009* [online]. [cit. 02/02/2013]. Dostupné na <http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO_Extended_Thrombolysis_KSU.pdf>.
- FARQUHAR, C. M., KOFA, E. W., SLUTSKY, J. R. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Review. *Med J Aust.* 2002, roč. 177, č. 9, s. 502–506.
- FERVERS, B., BURGERS, J. S., HAUGH, M. C., BROUWERS, M., BROWMAN, G., CLUZEAU, F., PHILIP, T. Predictors of high quality clinical practice guidelines: examples in oncology. Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't. *Int J Qual Health Care.* 2005, roč. 17, č. 2, s. 123-132.
- GAEBEL, W., WEINMANN, S., SARTORIUS, N., RUTZ, W., MCINTYRE, J. S. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't. *Br J Psychiatry.* 2005, roč. 187, č. s. 248–255.
- GAGLIARDI, A. R., BROUWERS, M. C. Integrating guideline development and implementation: analysis of guideline development manual instructions for generating implementation advice. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Implement Sci.* 2012, roč. 7, č. s. 67.
- GOOSSENS, M., BEKKERING, G. E., SMETS, K., AERTGEERTS, B., AUTRIQUE, B., VAN ROYEN, P., HANNES, K. Inter-rater reliability of AGREE II: need for refining the criteria? Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.
- GRAHAM, I. D., BEARDALL, S., CARTER, A. O., GLENNIE, J., HEBERT, P. C., TETROE, J. M., MCALISTER, F. A., VISENTIN, S., ANDERSON, G. M. What is the quality of drug therapy clinical practice guidelines in Canada? Research Support, Non-U.S. Gov't. *CMAJ.* 2001, roč. 165, č. 2, s. 157–163.
- GRILLI, R., MAGRINI, N., PENNA, A., MURA, G., LIBERATI, A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Lancet.* 2000, roč. 355, č. 9198, s. 103–106.
- GRIMSHAW, J. M., THOMAS, R. E., MACLENNAN, G., FRASER, C., RAMSAY, C. R., VALE, L., WHITTY, P., ECCLES, M. P., MATOWE, L., SHIRAN, L., WENSING, M., DIJKSTRA, R., DONALDSON, C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Health Technol Assess.* 2004, roč. 8, č. 6, s. iii-iv, 1–72.
- GUYATT, G., AKL, E. A., HIRSH, J., KEARON, C., CROWTHER, M., GUTTERMAN, D., LEWIS, S. Z., NATHANSON, I., JAESCHKE, R., GUPTA, S., BHATTACHARYYA, O. K., BROUWERS, M. C., ESTEY, E. A., HARRISON, M. B., HERNANDEZ, P., PALDA, V. A., BOULET, L. P. Canadian Thoracic Society: Presenting a new process for clinical practice guideline production. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Can Respir J.* 2009, roč. 16, č. 6, s. e62–68.
- HAAGEN, E. C., HERMENS, R. P., NELEN, W. L., BRAAT, D. D., GROL, R. P., KREMER, J. A. Subfertility guidelines in Europe: the quantity and quality of intrauterine insemination guidelines. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Hum Reprod.* 2006, roč. 21, č. 8, s. 2103–2109.
- HARPOLE, L. H., KELLEY, M. J., SCHREIBER, G., TOLOZA, E. M., KOLIMAGA, J., MCCRORY, D. C. Assessment of the scope and quality of clinical practice guidelines in lung cancer. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Chest.* 2003, roč. 123, č. 1 Suppl, s. 7S–20S.
- HAVRDOVÁ, EVA. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a neuromyelitis optica. 25. Český a slovenský neurologický sjezd. Brno. 23-26/11/2011. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2011, roč. 74, č. Suppl., s. S51.
- HAVRDOVÁ, EVA, PÍŤHA, JIŘÍ, ZAPLETALOVÁ, OLGA, MAREŠ, JAN, PÁTÁ, MARTINA. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a neuromyelitis optica. In SUCHÝ,

- MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I* 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. 978-80-244-3004-1, s. 132–184.
- HAYWARD, R. S., WILSON, M. C., TUNIS, S. R., BASS, E. B., GUYATT, G. Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 1995, roč. 274, č. 7, s. 570–574.
- HAZLEWOOD, GLEN, SCHIEIR, ORIT, AKHAVAN, POONEH, BYKERK, VIVIAN, BOMBARDIER, CLAIRE. Finding guidelines to AGREE on: A quality appraisal of guidelines on the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*. 2010, roč. 143, č. 1 suppl, s. 90–91.
- HEFFNER, J. E. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest*. 1998, roč. 113, č. 3 Suppl, s. 172S-178S.
- HEGARTY, K., GUNN, J., BLASHKI, G., GRIFFITHS, F., DOWELL, T., KENDRICK, T. How could depression guidelines be made more relevant and applicable to primary care? A quantitative and qualitative review of national guidelines. Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't. *Br J Gen Pract*. 2009, roč. 59, č. 562, s. e149–156.
- 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]. Review. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 1998, roč. 92, č. 5, s. 361–365.
- HUTCHINSON, A., MCINTOSH, A., ANDERSON, J., GILBERT, C., FIELD, R. Developing primary care review criteria from evidence-based guidelines: coronary heart disease as a model. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Br J Gen Pract*. 2003, roč. 53, č. 494, s. 690–696.
- CHOUDHRY NK, STELFOX H. DETSKY A. S. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2002, roč. 287, č. 5, s. 612–617.
- IORIO, A., BASILEO, M., MARCHESINI, E., MATERAZZI, M., MARCHESI, M., ESPOSITO, A., PALAZZESI, G. P., PELLEGRINI, L., PASQUA, B. L., ROCCHETTI, L., SILVANI, C. M. The good use of plasma. A critical analysis of five international guidelines. *Blood Transfus*. 2008, roč. 6, č. 1, s. 18–24.
- IRANI, SHIRIN, RASHIDIAN, ARASH. Evaluating clinical practice guidelines developed for the management of thyroid nodules and thyroid cancers using the AGREE instrument. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.
- KALITA, ZBYNĚK, KELLER, O., BAR, M., MIKULÍK, ROBERT, ŠKODA, ONDŘEJ, NEUMANN, JIŘÍ. Sekundární prevence recidivy po akutní cévní mozkové příhodě - mozkovém infarktu, trnžitorní ischemické atace a hemoragické CMP. vyd. Verlag Dashöfer. 2008. ISBN 80-86229–29-7.
- KEE, HSIN CHEN. Clinical practice guidelines for children with fever in Taiwan. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.
- KHO, M. E., RAWSKI, E., MAKARSKI, J., BROUWERS, M. C. Recruitment of multiple stakeholders to health services research: lessons from the front lines. *BMC Health Serv Res*. 2010, roč. 10, č. s. 123.
- KIM, NAM-SOON, SHEEM, SEUNGSOO, KIM, SOO YOUNG, JO, MIN-WOO, KIM, SEON-HA, LEE, SANG-IL. Current status and quality of clinical practice guideline for last 10 years in South Korea. *Acta Med Port*. 2009, roč. 22, č. 5, s. 46–47.
- KORTTEISTO, T., KAILA, M., KOMULAINEN, J., MANTYRANTA, T., RISSANEN, P. Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. *Implement Sci*. 2010, roč. 5, č. s. 51.
- KOŽENÝ, PAVEL. NRC a Národní sada ukazatelů kvality zdravotních služeb. II. Celostátní konference Zvyšování kvality zdravotní péče, bezpečí pacientů a ekonomika v českých nemocnicích. Brno. 10/10/2011.

- KREDO, TAMARA. Agreement and alignment - guidelines for five priority disease in the Southern African Development Community. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.
- 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, č. 18, s. 1846–1848.
- KUO, KEN N., LO, HENG-LIEN, CHEN, CHIEHFENG. Compatibility of AGREE and clinical experts review in guideline appraisal. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*. 2010, roč. 143, č. 1 suppl, s. 22.
- LÍČENÍK, RADIM, IVANOVÁ, KATEŘINA. Klinické doporučené postupy. Metodické doporučené postupy pro tvorbu a adaptaci klinických doporučených postupů. *Zdravotnictví v České republice*. 2009, roč. 12, č. 3, s. 108–111.
- LIKERT, RENSIS. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932, roč. 22, č. 140, s. 5–55.
- LINDSAY, P., BAYLEY, M., MCDONALD, A., GRAHAM, I. D., WARNER, G., PHILLIPS, S. Toward a more effective approach to stroke: Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care. Review. *CMAJ*. 2008, roč. 178, č. 11, s. 1418-1425.
- LIPPERT, F. K., RAFFAY, V., GEORGIU, M., STEEN, P. A., BOSSAERT, L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2010, roč. 81, č. 10, s. 1445–1451.
- LO, B., FIELD, M. J., (ed.). Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. vyd. Washington (DC): Institute of Medicine, 2009. 9780309131889, s.
- LONG, A. F. Guidelines, protocols and outcomes. *Int J Health Care Qual Assur*. 1994, roč. 7, č. 5, s. 4-7.
- LUGTENBERG, M., BURGERS, J. S., BESTERS, C. F., HAN, D., WESTERT, G. P. Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2011, roč. 12, č. s. 98.
- MAHMUD, M., MAZZA, D. Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *BMC Womens Health*. 2010, roč. 10, č. s. 5.
- MARSHALL, J. K. A critical approach to clinical practice guidelines. Review. *Can J Gastroenterol*. 2000, roč. 14, č. 6, s. 505–509.
- MCALISTER, F. A., VAN DIEPEN, S., PADWAL, R. S., JOHNSON, J. A., MAJUMDAR, S. R. How evidence-based are the recommendations in evidence-based guidelines? Research Support, Non-U.S. Gov't. *PLoS Med*. 2007, roč. 4, č. 8, s. e250.
- MCDOWELL, IAN. Measuring health : a guide to rating scales and questionnaires. 3. vyd. New York ; Oxford: Oxford University Press. 2006. 9780195165678.
- MCGROGAN, A., SNEDDON, S., DE VRIES, C. S. The incidence of myasthenia gravis: a systematic literature review. Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *Neuroepidemiology*. 2010, roč. 34, č. 3, s. 171–183.
- MENDELSON, E. B. The development and meaning of appropriateness guidelines. *Radiol Clin North Am*. 1995, roč. 33, č. 6, s. 1081–1084.
- MIKULÍK, ROBERT, NEUMANN, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, ŠKOLOUDÍK, DAVID. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem. Article. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2006, roč. 69, č. s. 320–325.

- MINHAS, R. Eminence-based guidelines: a quality assessment of the second Joint British Societies' guidelines on the prevention of cardiovascular disease. *Evaluation Studies Review. Int J Clin Pract.* 2007, roč. 61, č. 7, s. 1137–1144.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Vývoj Národní sady ukazatelů kvality zdravotních služeb. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky.* 2009, roč. č. 6, s. 87–101.
- MOHER, D., SCHULZ, K. F., ALTMAN, D., GROUP, CONSORT. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. Consensus Development Conference Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.Review. *JAMA.* 2001, roč. 285, č. 15, s. 1987–1991.
- MORGENTHALER, T. I., KAPUR, V. K., BROWN, T., SWICK, T. J., ALESSI, C., AURORA, R. N., BOEHLECKE, B., CHESSON, A. L., JR., FRIEDMAN, L., MAGANTI, R., OWENS, J., PANCER, J., ZAK, R., STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN ACADEMY OF SLEEP, MEDICINE. Practice parameters for the treatment of narcolepsy and other hypersomnias of central origin. *Practice Guideline Review. Sleep.* 2007, roč. 30, č. 12, s. 1705–1711.
- MOTTUR-PILSON, C. Internists' evaluation of guidelines: the IMCARE Practice Guidelines Network. *Int J Qual Health Care.* 1995, roč. 7, č. 1, s. 31–37.
- MUTH, C., GENSICHEN, J., BEYER, M., HUTCHINSON, A., GERLACH, F. M. The systematic guideline review: method, rationale, and test on chronic heart failure. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *BMC Health Serv Res.* 2009, roč. 9, č. s. 74.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady standardů zdravotních služeb* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 24/01/2013]. Dostupné na <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/>>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Registr národní sady ukazatelů zdravotních služeb* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 24/01/2013]. Dostupné na <<https://kvalita.nrc.cz/ukazatele/>>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2003 - 2004* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/02/2013]. Dostupné na <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2003_2004_pdf_21744.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2005* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/02/2013]. Dostupné na <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2005_pdf_11740.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2006* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/02/2013]. Dostupné na <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2006_pdf_93284.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2007* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/02/2013]. Dostupné na <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2007_pdf_34254.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2008* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/02/2013]. Dostupné na <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2008_pdf_79574.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2009* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/02/2013]. Dostupné na <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2009_pdf_12157.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2010* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/02/2013]. Dostupné na <http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zprava_2010_pdf_16175.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Nemocniční mortalita u CMP způsobených mozkovým krvácením* [online]. [cit. 10/02/2013]. Dostupné na

- <<https://kvalita.nrc.cz/ukazatele/?jinesady=0&postfix=0&razeni=1&idfaze=0&odbornost=34#rozpracovane>>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2011* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/02/2013]. Dostupné na <http://nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocní_zpráva_2011_pdf_12052.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Vývoj a implementace klinických standardů a systému kvality a péče 2011* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 18/02/2013]. Dostupné na <<http://www.nrc.cz/o-nrc/konference-seminare/vyvoj-implementace-klinickyh-standardu-v-systemu-kvality-pece-2011>>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *EBM, kvalita důkazu a síla doporučení* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 27/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3f_EBM_kvalita_dukazu_a_sila_doporuceni.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Ekonomické aspekty klinických standardů* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 26/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_6/Priloha_6b_Ekonomicke_aspekty_KS.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Ekonomické aspekty klinických standardů* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 25/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_6/Priloha_6b_Ekonomicke_aspekty_KS.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Metoda adaptace původních klinických doporučených postupů* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3o_Metody_adaptace_puvodnich_KDP.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Metoda adaptace původních klinických doporučených postupů* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 27/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3o_Metody_adaptace_puvodnich_KDP.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Orgány vývoje klinických standardů a proces plánování* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 27/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4b_Organy_vyvoje_KS_a_proces_planovani.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Osnova klinického standardu, Odborná část* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 25/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4g_Osnova_KS_odborna_cast.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Proces oponentury a akceptace* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 25/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4e_Proces_oponentury_a_akceptace.pdf>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Projekt IGA MZČR č. 10650–3. Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 11/03/2013]. Dostupné na <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/index.html>>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Příručka pro autory a oponenty klinického standardu* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. Dostupné na <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=2>>.
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Různé typy dokumentů klinických standardů a jejich použití* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 25/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4f_Ruzne_typy_dokumentu_KS_a_jejich_pouziti.pdf>.

- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Stanovy. Národní referenční centrum* [online]. Národní referenční centrum. [cit. Dostupné na <http://nrc.cz/system/files/2011/05/stanovy_nrc_20120502_pdf_29949.pdf>].
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Vyhodnocování klinického standardu* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3m_Vyhodnoceni_KS.pdf>].
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Závěrečná zpráva o řešení projektu č. NS 10650-3/2009 podpořeného Interní grantovou agenturou MZ ČR "Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb"* [online]. Národní referenční centrum. [cit. 23/01/2013]. Dostupné na <<https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/index.html>>].
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Zpracování vyhodnocení informací pro pacienty* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. 25/01/2013]. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3n_Zpracovani_a_vyhodnoceni_informaci_pro_pacienty.pdf>].
- NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Životní cyklus vývoje klinického standardu* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2012. [cit. Dostupné na <https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA106503/02_Prilohy/Priloha_4/Priloha_4a_zivotni_cyklus_vyvoje_KS.pdf>].
- NELEN, W. L., VAN DER PLUIJM, R. W., HERMENS, R. P., BERGH, C., DE SUTTER, P., NYGREN, K. G., WETZELS, A. M., GROL, R. P., KREMER, J. A. The methodological quality of clinical guidelines of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Hum Reprod.* 2008, roč. 23, č. 8, s. 1786–1792.
- NEUMANN, J., ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou CMP a TIA. 25. Český a slovenský neurologický sjezd. Brno. 23-26/11/2011. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2011, roč. 74, č. Suppl., s. S50.
- NEUMANN, JIŘÍ, MIKULÍK, ROBERT, VÁCLAVÍK, DANIEL, ŠKOLOUDÍK, DAVID. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů po tranzitorní ischemické atace. Article. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie.* 2006, roč. 69, č. s. 326–330.
- NOUYRIGAT, EMMANUEL, ANDRÉ-VERT, JOËLLE, SOLOMON-ALEXANDER, CATHERINE, KITIO, BRICE, DOSQUET, PATRICE. Poor agreement on assessing the quality of clinical practice guidelines in France. *Acta Med Port.* 2009, roč. 22, č. 5, s. 45.
- NOVÁKOVÁ, JANA, SUCHÝ, MILOŠ, ŠKODA, ONDŘEJ. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou (mozkovým infarktem) - příklad koordinovaného vývoje klinického doporučeného postupu a ukazatele kvality. 1. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 14/11/2010.
- NUCKOLS, TK, LIM, YW, WYNN, BO, MATTKE, S, MACLEAN, CH, HARBER, P, BROOK, RH, WALLACE, P, GARLAND, RH, ASCH, S. Rigorous development does not ensure that guidelines are acceptable to a panel of knowledgeable providers. *J Gen Intern Med.* 2008, roč. 23, č. s. 37–44.
- OKUMURA, A., YOSHIDA, M., TAKAJASHI, N., KIKUTA, K., HATAKEYAMA, Y., HTUN, N. C., SATO, Y., KIYOHARA, K., KOJIMAHARA, N., YAMAGUCHI, N. 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.
- PIŤHA, JIŘÍ, BEDNAŘÍK, JOSEF, ZAPLETALOVÁ, OLGA, SCHÜTZNER, JAN, ZÁMEČNÍK, JOSEF, AMBLER, ZDENĚK, PÁTÁ, MARTINA. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu myasthenia gravis. In SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I 1.* vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. 978-80-244-3004-1, s. 46–76.
- POITRAS, S., AVOUAC, J., ROSSIGNOL, M., AVOUAC, B., CEDRASCHI, C., NORDIN, M., ROUSSEAU, C., ROZENBERG, S., SAVARIEAU, B., THOUMIE, P., VALAT, J. P., VIGNON, E., HILLIQUIN, P. A critical appraisal of guidelines for the management of knee osteoarthritis using

- Appraisal of Guidelines Research and Evaluation criteria. Review. *Arthritis Res Ther.* 2007, roč. 9, č. 6, s. R126.
- REED, G. M., MCLAUGHLIN, C. J., NEWMAN, R., AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. American Psychological Association policy in context. The development and evaluation of guidelines for professional practice. Evaluation Studies. *Am Psychol.* 2002, roč. 57, č. 12, s. 1041–1047.
- ROSSIGNOL, M., POITRAS, S., DIONNE, C., TOUSIGNANT, M., TRUCHON, M., ARSENAULT, B., ALLARD, P., COTE, M., NEVEU, A. An interdisciplinary guideline development process: the Clinic on Low-back pain in Interdisciplinary Practice (CLIP) low-back pain guidelines. *Implement Sci.* 2007, roč. 2, č. s. 36.
- RUSTEMOVA, K., KIM, M., TAKABAEV, A., AKANOV, A. Elaboration of clinical guidelines in the Republic of Kazakhstan. Guideline International Network Scientific Conference. Jižní Korea, Seoul. 28/08-31/08/2011.
- SACKETT, DAVID L., STRAUS, SHARON E., RICHARDSON, W. SCOTT, ROSENBERG, WILLIAM, HAYNES, R. BRIAN. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2. vyd. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2000. ISBN 0443062404.
- SANDERS, G. D., NEASE, R. F., JR., OWENS, D. K. Design and pilot evaluation of a system to develop computer-based site-specific practice guidelines from decision models. Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. *Med Decis Making.* 2000, roč. 20, č. 2, s. 145–159.
- SELKER, H. P. Criteria for adoption in practice of medical practice guidelines. Editorial. *Am J Cardiol.* 1993, roč. 71, č. 4, s. 339–341.
- 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, č. 8, s.868–869.
- SHIFFMAN, R. N., SHEKELLE, P., OVERHAGE, J. M., SLUTSKY, J., GRIMSHAW, J., DESHPANDE, A. M. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. *Ann Intern Med.* 2003, roč. 139, č. 6, s. 493–498.
- SHIH, Y. H. , KUO, K. N., LO, H. L., CHEN, C. Implementing clinical practice guidelines. External review in Taiwan. Guideline International Network Scientific Conference. Helsinki, Finsko. 1/10–3/10/2008.
- SMITH, S. C., JR. Screening for high-risk cardiovascular disease: a challenge for the guidelines: comment on "systematic review of guidelines on cardiovascular risk assessment: which recommendations should clinicians follow for a cardiovascular health check?". Comment. *Arch Intern Med.* 2010, roč. 170, č. 1, s. 40–42.
- SMITH, S. M., SOUBHI, H., FORTIN, M., HUDON, C., O'DOWD, T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. Research Support, Non-U.S. Gov't Review. *BMJ.* 2012, roč. 345, č. s. e5205.
- SMOLDERS, A. H. W., HERMENS, R. P., WOLLERSHEIM, H. C., GROL, R. Evaluating of an innovative approach to developing multidisciplinary guidelines. Guideline International Network Scientific Conference. Helsinki, Finsko. 1/10-3/10/2008.
- SOLANO-FLORES, GUILLERMO, BACKHOFF, EDUARDO, CONTRERAS-NIÑO, LUIS ÁNGEL. Theory of Test Translation Error. *International Journal of Testing.* 2009, roč. 9, č. 2, s. 78-91.
- STEINBROOK, R. Controlling conflict of interest--proposals from the Institute of Medicine. *N Engl J Med.* 2009, roč. 360, č. 21, s. 2160–2163.

- STONE, M. A., WILKINSON, J. C., CHARPENTIER, G., CLOCHARD, N., GRASSI, G., LINDBLAD, U., MULLER, U. A., NOLAN, J., RUTTEN, G. E., KHUNTI, K., GROUP, GUIDANCE STUDY. Evaluation and comparison of guidelines for the management of people with type 2 diabetes from eight European countries. Comparative Study
- Research Support, Non-U.S. Gov't. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010, roč. 87, č. 2, s. 252–260.
- SUCHÝ, MILOŠ. Teorie a praxe vývoje klinických doporučených postupů v oboru neurologie. 2. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 13/11/2010.
- SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF, (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I* vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. 978-80-244-3004-1, s.
- SUCHÝ, MILOŠ, JOSEF, BEDNAŘÍK, ŠKODA, ONDŘEJ, PÁTÁ, MARTINA. Implementace klinických standardů do praxe neurologických pracovišť. 25. Český a slovenský neurologický sjezd. Brno. 23-26/11/2011. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2011, roč. 74, č. Suppl., s. S50.
- SUCHÝ, MILOŠ, LÍČENÍK, RADIM, BEDNAŘÍK, JOSEF. Obecná část. In SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I* vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. 978-80-244-3004-1, s. 6–40.
- SUCHÝ, MILOŠ, LÍČENÍK, RADIM, JOSEF, BEDNAŘÍK. Obecná část. In SUCHÝ, MILOŠ, JOSEF, BEDNAŘÍK (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I.* vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3004-1, s. 6-40.
- SUCHÝ, MILOŠ, NOVÁKOVÁ, JANA, TŮMA, PETR, KOŽENÝ, PAVEL. Vývoj Národní sady standardů zdravotních služeb v rámci Národního referenčního centra. 1. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 14/11/2010.
- SUCHÝ, MILOŠ, PÁTÁ, MARTINA, PIŤHA, JIŘÍ, BEDNAŘÍK, JOSEF. Praktické zkušenosti z vývoje klinických doporučených postupů a ukazatelů kvality u neuromuskulárních onemocnění. IV. Neuromuskulární kongres. Bratislava. 05–06/05/2011.
- SUCHÝ, MILOŠ, PÁTÁ, MARTINA, PIŤHA, JIŘÍ, BEDNAŘÍK, JOSEF. Praktické zkušenosti z vývoje klinických doporučených postupů a ukazatelů kvality u neuromuskulárních onemocnění. 3. Národní konference o doporučených postupech. Olomouc. 11/11/2011.
- SUCHÝ, MILOŠ, TŮMA, PETR, KOŽENÝ, PAVEL, KLIKA, PETR, DUŠEK, LADISLAV. Simultaneous Development of National Sets of Guidelines and Quality Indicators in the Czech Republic. Guideline International Network Scientific Conference. Chicago, Spojené státy. 25–28/08/2010.
- SUCHÝ, MILOŠ, TŮMA, PETR, KLIKA, PETR, DUŠEK, LADISLAV, KOŽENÝ, PAVEL. Vývoj Národní sady klinických standardů a ukazatelů zdravotní péče, metodiky a první výsledky. *Zdravotnické noviny.* 2010, roč. č. 28, s. 1–16.
- SUCHÝ, MILOŠ, TŮMA, PETR, KOŽENÝ, PAVEL, NOVÁKOVÁ, JANA, DUŠEK, LADISLAV. Společný vývoj standardů a ukazatelů jako nástroj ke zvyšování kvality péče. Health Technology Assessment. Praha. 2010.
- ŠKODA, ONDŘEJ, HERZIG, ROMAN, MIKULÍK, ROBERT, KALITA, ZBYNĚK, NEUMANN, JIŘÍ, BAUER, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, BAR, MICHAL, ŠKOLOUDÍK, DAVID, SMRČKA, MARTIN, KALINA, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou s tranzitorní ischemickou atakou. In SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I* 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. 978-80-244-3004-1, s. 108–131.
- ŠKOLOUDÍK, D., BAR, M., ŠKODA, O., VÁCLAVÍK, D., HRADÍLEK, P., ALLENDOERFER, J., ŠAŇÁK, D., HLUŠTÍK, P., LANGOVÁ, K., HERZIG, R., KAŇOVSKÝ, P. Safety and efficacy of the sonographic acceleration of the middle cerebral artery recanalization: results of the pilot thrombotripsy study. Controlled Clinical Trial Multicenter Study. *Ultrasound Med Biol.* 2008, roč. 34, č. 11, s. 1775–1782.

- ŠKOLOUDÍK, DAVID, BAR, MICHAL, MIKULÍK, ROBERT, NEUMANN, JIŘÍ, VÁCLAVÍK, DANIEL, HERZIG, ROMAN, ŠKODA, ONDŘEJ, KALITA, ZBYNĚK. Standard pro podání systémové trombolýzy pacientům s akutním mozkovým infarktem. Article. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2006, roč. 69, č. s. 151–156.
- ŠKOLOUDÍK, DAVID, BAR, MICHAL, ŠKODA, ONDŘEJ, VÁCLAVÍK, DANIEL, HRADILEK, P., LANGOVÁ, K., HERZIG, ROMAN, KAŇOVSKÝ, P. Účinnost sonotrombotripse a sonotrombolýzy v rekanalizaci střední mozkové tepny. Article. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2007, roč. 69, č. s. 248–252.
- ŠKOLOUDÍK, DAVID, VÁCLAVÍK, DANIEL, CHUDOBA, V., BAR, MICHAL, LANGOVÁ, K., HERZIG, ROMAN. Riziko vaskulární příhody u pacientů se stenózou intrakraniální tepny. Article. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2006, roč. 69, č. s. 355–359.
- ŠONKA, KAREL, BEDNAŘÍK, JOSEF. Aspekty tvorby klinických doporučených postupů v oboru neurologie podle národní metodiky. Vývoj a implementace klinických standardů v systému kvality péče. Praha. 221/12/2011.
- ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu narkolepsie. 25. Český a slovenský neurologický sjezd. Brno. 23-26/11/2011. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, č. Suppl., s. S51.
- ŠONKA, KAREL, NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA, MORÁŇ, MIROSLAV, MORÁŇ, MIROSLAV, PÁTÁ, MARTINA. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu narkolepsie. In SUCHÝ, MILOŠ, BEDNAŘÍK, JOSEF (ed.). *Klinické doporučené postupy v neurologii I* 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2012. 978-80-244-3004-1, s. 77–107.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE Enterprise website* [online]. AGREE [cit. 01/05]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/>>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE II translations* [online]. AGREE [cit. 01/05]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations/>>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *Method for translating AGREE II checklist* [online]. AGREE [cit. 28/09]. Dostupné na <http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/Translation_Checklist_AGREE_II.pdf>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *Method for translating the AGREE II* [online]. AGREE [cit. 28/09]. Dostupné na <http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/Methods_for_translating_the_AGREE_II.pdf>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE II Training Tools* [online]. AGREE [cit. 01/05]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/resource-centre/training/>>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *AGREE Enterprise website - My AGREE* [online]. AGREE [cit. 21/08]. Dostupné na <<http://www.agreetrust.org/my-agree/>>.
- THE AGREE RESEARCH TRUST. *My AGREE* [online]. AGREE [cit. 01/05]. Dostupné na <http://www.agreetrust.org/mod_product/agree/myagree.aspx>.
- THINKHAMROP, J., TURNER, T., SUBRAMANIAM, S., GROUP, SEA-ORCHID STUDY. Maternal and perinatal guideline development in hospitals in South East Asia: results from the SEA-ORCHID project. *Health Res Policy Syst*. 2009, roč. 7, č. s. 9.
- TRICOCI, P., ALLEN, J. M., KRAMER, J. M., CALIFF, R. M., SMITH, S. C., JR. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. *JAMA*. 2009, roč. 301, č. 8, s. 831–841.
- VAN DE VELDE, S, HESELMANS, A, DONCEEL, P, VANDEKERCKHOVE, P, RAMAEKERS, D, AERTGEERTS, B. Rigour of development does not AGREE with recommendations in practice

- guidelines on the use of ice for acute ankle sprains. *BMJ Quality & Safety*. 2011, roč. 20, č. 9, s. 747–755.
- VAN DER SANDEN, W. J., METTES, D. G., PLASSCHAERT, A. J., GROL, R. P., VERDONSCHOT, E. H. Development of clinical practice guidelines: evaluation of 2 methods. *Evaluation Studies. J Can Dent Assoc*. 2004, roč. 70, č. 5, s. 301.
- VYDAVATELSTVÍ UNIVERZITY PALACKÉHO. *Elektronický obchod* [online]. [cit. 25/01/2013]. Dostupné na <<http://e-shop.upol.cz/index.php>>.
- WARD, J. E., GRIECO, V. Why we need guidelines for guidelines: a study of the quality of clinical practice guidelines in Australia. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Med J Aust*. 1996, roč. 165, č. 10, s. 574–576.
- WEISZ, G., CAMBROSIO, A., KEATING, P., KNAAPEN, L., SCHLICH, T., TOURNAY, V. J. The emergence of clinical practice guidelines. Historical Article
Research Support, Non-U.S. Gov't. *Milbank Q*. 2007, roč. 85, č. 4, s. 691–727.
- WIEGERINCK, M., HUIGEN, S., VAN BARNEVELD, T., MOL, B. W., DUVEKOT, H. Comparing European guidelines on hypertensive disorders in pregnancy. Guideline International Network Scientific Conference. Německo, Berlín. 22/8-22/8/2012.
- WOOLF, S. H. Practice guidelines: what the family physician should know. *Am Fam Physician*. 1995, roč. 51, č. 6, s. 1455–1463.

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Ličeník, Radim

Klinicky doporučené postupy II / Radim Ličeník. – 1. vyd. – Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2013. – 144 s.

Anglické resumé

ISBN 978-80-244-3984-6 (brož.)

616 * 614.2 * 616.8 * 616-08 * 303.094.5

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

616 – Patologie. Klinická medicína [14]

Mgr. MUDr. Radim Líčeník

Klinicky doporučené postupy II

Výkonný redaktor prof. RNDr. Hana Kolářová, CSc.

Odpovědný redaktor Mgr. Jana Kopečková

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

www.e-shop.upol.cz

vup@upol.cz

1. vydání

Olomouc 2013

Ediční řada – Monografie

ISBN 978-80-244-3984-6

Neprodejná publikace

VUP 2013/935