

Darja Jarošová, Kamila Majkusová,  
Radka Kozáková, Renáta Zeleníková

---

# Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství

---





Darja Jarošová, Kamila Majkusová,  
Radka Kozáková, Renáta Zeleníková

---

# **Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství**

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

## **KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY V OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Vedoucí autorského kolektivu:**

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

**Autorský kolektiv:**

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Mgr. Kamila Majkusová

PhDr. Radka Kozáková, PhD.

PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.

**Recenze:**

Mgr. Radka Kurucová, PhD.

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Photo © Allphoto, 2015

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6102. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 144

1. vydání, Praha 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

**Zpracováno v rámci projektu NT/14502-3/2013 IGA MZ ČR: Vývoj a implementace klinického doporučeného postupu *Prevence pádů hospitalizovaných pacientů*.**

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-9013-3 (ePub)

ISBN 978-80-271-9012-6 (pdf)

ISBN 978-80-247-5426-0 (print)

# Obsah

Úvod	7
<b>1 Klinické doporučené postupy (Kamila Majkusová)</b>	<b>9</b>
1.1 Význam klinických doporučených postupů (KDP)	9
1.2 Atributy klinických doporučených postupů	11
1.3 Charakteristika klinických doporučených postupů	14
1.4 Doporučené postupy a praxe založená na důkazech	17
1.5 Druhy klinických doporučených postupů	18
1.6 Klinické doporučené postupy v České republice	19
<b>2 Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství (Kamila Majkusová)</b>	<b>25</b>
2.1 Kvalita ošetrovatelské péče	25
2.2 Standardizace ošetrovatelské péče	27
2.3 Indikátory kvality ošetrovatelské péče	29
2.4 Ošetrovatelství založené na důkazech	30
2.5 Klinické doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči	32
2.6 Organizace zabývající se tvorbou doporučených postupů pro ošetrovatelství	35
2.7 Bariéry použití doporučených postupů v praxi	36
<b>3 Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů (Renáta Zeleníková)</b>	<b>38</b>
3.1 Tvorba klinických doporučených postupů	38
3.1.1 Mezinárodní instituce zabývající se tvorbou klinických doporučených postupů	39
3.1.2 Národní instituce zabývající se tvorbou klinických doporučených postupů	42
3.1.3 Odborné společnosti podílející se na tvorbě klinických doporučených postupů	50
3.2 Proces tvorby klinických doporučených postupů	55
3.2.1 Tvorba nového klinického doporučeného postupu	55
3.2.2 Nástroj AGREE II	63
3.2.3 Adaptace klinického doporučeného postupu	67
<b>4 Implementace a evaluace klinických doporučených postupů (Radka Kozáková)</b>	<b>72</b>
4.1 Oblasti implementace	72

4.2	Základní pravidla implementace . . . . .	73
4.3	Vazby mezi vývojem klinických doporučených postupů a etapami implementace . . . . .	74
4.4	Implementační plán . . . . .	75
4.5	Prvky implementace . . . . .	78
4.6	Implementační strategie . . . . .	81
4.6.1	Výběr implementační strategie . . . . .	85
4.7	Faktory ovlivňující implementaci a používání klinických doporučených postupů v praxi . . . . .	87
4.8	Evaluace klinických doporučených postupů . . . . .	91
4.8.1	Plán evaluace . . . . .	92
<b>5</b>	<b>Vývoj a implementace klinického doporučeného postupu</b>	
	<b><i>Prevence pádů hospitalizovaných pacientů (Darja Jarošová)</i></b> . . . . .	<b>97</b>
5.1	Úvod do problematiky . . . . .	97
5.2	Cíle projektu . . . . .	99
5.3	Adaptace klinického doporučeného postupu – proces ADAPTE . . . . .	99
5.3.1	Vyhledání a třídění klinických doporučených postupů . . . . .	100
5.3.2	Hodnocení doporučených postupů . . . . .	103
5.3.3	Výběr klinického doporučeného postupu a příprava české verze . . . . .	110
5.4	Pilotní implementace klinického doporučeného postupu . . . . .	111
5.5	Závěr . . . . .	116
	<b>Literatura</b> . . . . .	<b>117</b>
	<b>Přílohy</b> . . . . .	<b>134</b>
	Příloha 1: Prevence pádů a zranění způsobených pádem u starších dospělých (krátká verze) . . . . .	134
	Příloha 2: Kontrolní list – klient . . . . .	138
	Příloha 3: Algoritmus . . . . .	139
	Příloha 4: Stupnice pádu Morseové . . . . .	140
	<b>Rejstřík</b> . . . . .	<b>141</b>
	<b>Souhrn</b> . . . . .	<b>144</b>
	<b>Summary</b> . . . . .	<b>144</b>

## Úvod

S rozvojem informačních technologií dochází v posledních desetiletích k obrovskému, až překotnému růstu odborných informací důležitých pro zdravotnickou praxi. Celosvětovou dostupnost odborných a vědeckých informací podporuje jejich elektronické publikování, které je v současné době fenoménem. Vzhledem k rozsahu publikovaných informací je však pro zdravotnické profesionály obtížné, až nemožné individuálně vyhledávat, hodnotit a propojovat všechny dostupné zdroje a důkazy týkající se jejich zdravotnické praxe. Zvyšující se rychlost přenosu a dostupnost odborných informací navíc přináší problémy s jejich variabilitou, kvalitou a relevancí ke konkrétnímu případu. Pro sestry, lékaře a další zdravotnické profesionály je však důležité, aby znali nejnovější kvalitní poznatky aplikovatelné v jejich specifické praxi a vhodné pro konkrétní případ a s konkrétním pacientem diskutovali vhodnost či nevhodnost určitých léčebných a ošetrovatelských postupů.

V rozhodování o optimální péči ve specifických klinických situacích pomáhají zdravotnickým profesionálům klinické doporučené postupy, které obsahují komplex stanovisek a doporučení založených na systematickém přehledu aktuálních důkazů. Metody tvorby, adaptace, implementace a evaluace klinických doporučených postupů se neustále vyvíjejí a v posledních letech zahrnují také zhodnocení přínosů a rizik alternativních možností péče. Kromě již zmiňované pomoci při rozhodování o optimální péči jsou klinické doporučené postupy využívány pro šíření nejlepší klinické praxe založené na systematicky hodnocených důkazech pro zajištění kvalitní zdravotní péče, eliminaci nadbytečné nebo nepřiměřené péče, podporu etické praxe, vzdělávání zdravotnických pracovníků i pacientů a pro snižování rizika forenzních konfliktů.

Předkládaná publikace prezentuje kontext a výstupy výzkumného projektu, jehož řešitelský tým se pokusil přiblížit problematiku tvorby a implementace klinických doporučených postupů. Vytvoření klinického doporučeného postupu metodou transkontextuální adaptace bylo iniciováno aktuálními požadavky reálné (české) ošetrovatelské praxe, ve které nejsou dosud využívány systematicky hodnocené důkazy z výzkumů. Výsledky projektu, zejména metodika adaptace a implementace klinického doporučeného postupu, mohou být využitelné při tvorbě

doporučených postupů i pro další specifické oblasti ošetrovatelské péče. Přáním řešitelů projektu a autorek této publikace je, aby byly výstupy projektu, včetně této monografie, využívány v ošetrovatelské praxi, ve vzdělávání i v dalším výzkumu.

*autorky*



# 1 Klinické doporučené postupy

Kamila Majkusová

## 1.1 Význam klinických doporučených postupů (KDP)

Kvalita zdravotní péče má celou řadu dimenzí. Její definice a vnímání závisí na tom, kdo zdravotní péči poskytuje, využívá nebo platí. Pro poskytovatele zdravotní péče jsou otázky kvality stále významnější. Souvisí to s obecnými trendy v péči o zdraví, s rozvojem medicínských technologií a snahou co nejlépe využít omezené finanční prostředky. Kvalita péče je dána nejen respektováním standardů, ale i respektováním hodnot, potřeb a přání pacienta a individualizací péče. Neustálý pokrok přináší do zdravotnictví nové technologie a postupy. Principy praxe založené na důkazech směřují zdravotníky k postupům ověřeným statistickými metodami a studii efektivit procesů (Seifert, 2008, s. 1). Aby poskytovatelé zdravotní péče dostáli vysokým nárokům na kvalitu, musejí mimo jiné také v praxi respektovat doporučené postupy, při klinickém rozhodování vycházet z medicínských důkazů a stále sledovat a analyzovat efektivitu svých klinických postupů (Seifert, 2008, s. 3). Klinické doporučené postupy jsou nástrojem, který pomáhá v klinickém rozhodování zdravotnických pracovníků, jejich použití vede ke zkvalitnění poskytované péče, samy o sobě však nemohou garantovat kvalitní péči nebo správné rozhodování. Pomáhají snižovat riziko vyskytujících se lidských chyb a jsou vodítkem pro pracovníky, kteří nemají jistotu, jak léčit či ošetřovat (Jarošová, Zeleníková, 2014, s. 98). Potenciální uživatelé KDP jsou různorodí, každý uživatel je může aplikovat různými způsoby. KDP mají pět hlavních účelů, jež se vzájemně nevylučují: pomoc v klinickém rozhodování zdravotníkům a pacientům, vzdělávání jednotlivců a skupin, hodnocení a zajištění kvality péče, vymezení alokace zdrojů zdravotní péče a redukce rizika právní odpovědnosti za nedbalou péči (Field, Lohr, 1992). Doporučené postupy a multidisciplinární standardy péče se velmi rychle stávají uznávaným a nezbytným prvkem každodenní moderní praxe zdravotní péče. Je možné se s nimi setkat v širokém spektru napříč prostředím primární, sekundární a terciární zdravotní péče, včetně spektra sociální péče. KDP poskytují praktické rady, jež pomáhají při rozhodování, kterou cestou postupovat, aby se dosáhlo přijatelných výsledků. Ob-

vykle navrhují možné postupy, jež jsou volitelné a povinné a pomáhají zajistit bezpečnost pacientů a personálu. Jejich využití má potenciál snížit úroveň rizika soudních sporů zlepšením komunikačních procesů a kvality péče (Wilson in Tingle, Foster, 2002, s. 1–2).

Klinické doporučené postupy jsou důležitou a nedílnou součástí zdravotní péče, z čehož vyplývá požadavek na co nejvyšší standard kvality doporučených postupů. Jejich kvalitu je možné zvyšovat různými způsoby. Důležitý je komplexní program 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 (Líčeník, 2013, s. 121).

Klinické doporučené postupy určené pro zdravotní péči byly poprvé představeny počátkem 80. let 20. století, v té době ještě byla potřeba akceptace postupů zdravotnickými pracovníky. KDP propojily procesy s výsledky, určily míru podpory výzkumu a ukázaly hodnotu různých doporučených postupů. Cílem pokynů bylo snížit nevhodné rozdíly v praxi a integrace nejlepších dostupných poznatků výzkumu do klinického rozhodování (Gralla et al., 1999). Pro maximální pravděpodobnost přijetí KDP uživateli musí být důvěryhodné, snadno použitelné a dostupné v místě poskytování péče (Campbell et al., 2001). Mezi složky úspěšných pokynů patří: vývoj na základě důkazů s pravidly definovanými klíčovými odborníky, jejich diseminace ke všem zúčastněným zdravotníkům k provedení kritiky, implementace s přímou zpětnou vazbou na výkon systému a odpovědnost za výkon podle doporučených postupů (Smith, Hillner, 2001).

Podle Fielda a Lohra (1992, s. 1–2) byly klinické doporučené postupy v 90. letech 20. století spjaty s návrhy řešení všech zásadních problémů v poskytování klinické péče americké zdravotní politiky. KDP byly vždy svázány různým způsobem s jednotlivcem nebo organizací, s náklady péče a její kvalitou, s posílením postavení pacienta v systému péče, profesionální autonomií zdravotníků, lékařskou odpovědností, hospodářskou soutěží či dalšími oblastmi poskytování péče. Koncept klinických doporučených postupů působil jako zrnko naděje na frustraci lékařů, pacientů, plátců péče, výzkumníků a politiků. Tento nárůst zájmů zainteresovaných skupin není nový. Profesní organizace vyvíjejí pokyny již přes půl století a doporučení týkající se příslušné péče lze nalézt ve starých odborných spisech. Co je ale na doporučených postupech od 90. let jiného, je důraz na jejich systematickou

tvorbu, doporučení založená na důkazech a zájem o procesy, strukturu a motivace podporující efektivní využití a hodnocení těchto pokynů. Na KDP nelze nahlížet jako na formu způsobu řešení problémů zdravotní péče, zejména na problém s eskalací nákladů, nicméně systematicky vyvinuté a vědecky podložené postupy se mohou stát součástí struktury zdravotní péče a mohou sloužit jako užitečné nástroje pro mnoho žádoucích změn. Jejich potenciál sahá od zlepšování klinické péče, včetně jejich měření, po pomoc omezovat nevhodné a zbytečné finanční náklady a nebezpečnou péči.

Rozmach tvorby klinických doporučených postupů podnítilo několik faktorů. Jedním z nich byl nárůst konzumentarismu. Poskytování zdravotní péče je nyní chápáno jako služba, pacient je brán jako spotřebitel, který v případě nespokojenosti bojuje za svá práva, např. prostřednictvím sdružení pacientů (Líčeník, 2009, s. 21). Dalším faktorem je přiměřenost zdravotní péče, přínos péče musí převýšit očekávané negativní následky péče (Field, Lohr, 1992, s. 14). Významným faktorem byly rozdíly v poskytování zdravotní péče. Cílem tvorby klinických doporučených postupů je snižovat rozdíly neopodstatněné péče, které mohou vznikat v důsledku nedostatečné nebo nadměrné péče. Posledním faktorem nutnosti tvorby doporučených postupů je potřeba stanovit náklady zdravotní péče v důsledku rozvoje technologií a zvyšování nákladů na zdravotní péči (Líčeník, 2009, s. 21). Klinické doporučené postupy by měly splňovat některé doporučované atributy, každý z těchto atributů ovlivňuje pravděpodobnost, že bude doporučený postup vnímán jako důvěryhodný a použitelný a že jeho použití přispěje k dosažení požadovaných výsledků v oblasti zdraví. Čtyři atributy se týkají věcného obsahu – platnost, spolehlivost, klinická použitelnost a klinická flexibilita. Další čtyři se vztahují k metodice tvorby a prezentaci pokynů – přehlednost, multidisciplinární proces tvorby, plánování revize, dokumentace procesu. Důležité jsou také citlivost, specifičnost, čitelnost, minimální rušivost nebo vlezlost, proveditelnost a kompatibilita s informačními technologiemi (Field, Lohr, 1992, s. 7).

## 1.2 Atributy klinických doporučených postupů

### **Validita**

*„Doporučený postup je validní tehdy, pokud jeho použití za stejných podmínek vede k předpokládaným zdravotním a nákladovým výsledkům“*

(Graham, 2011, s. 18). Líčeník shrnuje problematiku validity na otázku provedení souhrnného a opakovatelného systematického přehledu a nutnosti uvedení údajů o úrovni kvality použitých důkazů s odkazy k příslušným citacím. Zavedení a použití klinického doporučeného postupu sporné validity může vést k neúčinným zákrokům, neefektivnímu využívání omezených zdrojů, či dokonce k poškození pacienta (Graham, Harrison, 2005, s. 68). Doporučené postupy musejí obsahovat popis hodnocení síly důkazů a jejich odborného posouzení a současně by měly obsahovat předpokládané výsledky zdravotního stavu a nákladů, které se očekávají použitím dané intervence ve srovnání s ostatními alternativními postupy. Hodnocením příslušných zdravotních výsledků budou zváženy pacientovy představy a preference (Field, Lohr, 1992, s. 8).

### **Reliabilita/opakovatelnost** (*reliability/reproducibility*)

Reliabilita znamená, že doporučení jeho tvůrci či jiná skupina expertů interpretují a použijí shodným způsobem a za stejných okolností; opakovatelnost znamená, že za využití stejných důkazů a stejné metodiky vytvoří jiná skupina odborníků totožný doporučený postup (Field, Lohr, 1992; Graham, 2011, s. 18).

### **Klinická použitelnost** (*clinical applicability*)

Doporučený postup by měl obsahovat informace, pro koho jsou doporučení určena, tj. pro kterou cílovou skupinu, konkrétní situaci a prostředí (Field, Lohr, 1992; Graham, 2011, s. 18). Omezenou použitelnost doporučeného postupu může definovat několik varovných signálů, např. výskyt nemoci v populaci je příliš nízký, existuje nedůvěra společnosti v doporučení, nevýhodnost doporučení, která by vedla k příliš vysokým skrytým nákladům, nebo nepřekonatelné překážky implementace doporučeného postupu (Líčeník, 2009, s. 44).

### **Klinická flexibilita** (*clinical flexibility*)

Doporučený postup by měl definovat známé nebo obecně očekávané výjimky od jednotlivých doporučení (Graham, 2011, s. 18). Měl by tedy počítat s výjimkami z pravidel a nabízet také alternativní doporučení (Field, Lohr, 1992).

### **Srozumitelnost** (*clarity*)

Srozumitelnost je jednou ze základních podmínek správné komunikace (Líčeník, 2009, s. 45). Doporučený postup má být psán jasným a jed-

noznameným jazykem, pojmy musí být pečlivě definovány a měla by být použita logická a jednoduše splnitelná úprava (Graham, 2011, s. 18).

### **Multidisciplinární přístup** (*multidisciplinary process*)

Do procesu tvorby doporučeného postupu musejí být zapojeny všechny zainteresované strany, které měly možnost postup připomínkovat. Čím pestřejší je tvůrčí skupina, tím širší dosah a větší legitimitu bude mít výsledný postup (Líčeník, 2009, s. 46).

### **Plánovaná revize** (*scheduled review*)

Doporučený postup musí obsahovat informace o termínu revize doporučeného postupu k zapracování nových skutečností, vědeckých a klinických poznatků nebo konsenzu (Graham, 2011, s. 18).

### **Dokumentace** (*documentation*)

Důkladně by měly být popsány analytické metody použité při tvorbě doporučeného postupu, včetně osob zapojených do tvorby, použitých výsledků výzkumů a přijatých předpokladů a zdůvodnění (Graham, 2011, s. 18).

### **Citlivost**

Posuzovaná kritéria jsou citlivá, pokud je vysoce pravděpodobné, že bude použití dané intervence postupu označeno jako nedostatečné, pokud bude skutečně nedostatečné a naopak.

### **Specifičnost**

Posuzovaná kritéria jsou specifická, je-li vysoce pravděpodobné, že při použití KDP bude výstupem skutečně dobrá péče.

### **Pacientova reakce**

Posuzovaná kritéria by měla výslovně stanovit úlohu a preference pacienta nebo zajistit, že způsob jejich použití umožňuje zvážení preferencí pacienta.

### **Čitelnost/čitelnost**

Hodnocená kritéria by měla být předložena v jazyce a ve formátu, který lze číst a je srozumitelný nelékařským hodnotitelům, lékařům a pacientům/příjemcům péče.

### **Minimální rušivost**

Hodnocená kritéria a jejich praktické použití by mělo minimalizovat nevhodnou přímou interakci zatěžující zdravotnického pracovníka nebo pacienta.

### **Proveditelnost**

Informace potřebné pro hodnocení by mělo být možné snadno získat přímou komunikací s poskytovateli péče, s pacienty, z dokumentace a dalších zdrojů; kritéria rozhodnutí by měla být snadno použitelná. Doporučení by měla být doplněna jednoznačnými slovními instrukcemi pro jejich použití a vyhodnocování.

### **Kompatibilita s výpočetní technikou**

Pokyny by měly být natolik jednoduché, aby mohly být snadno transformovány do počítačových protokolů, které mohou být efektivní v rámci usnadnění procesu posouzení pro všechny zúčastněné strany.

### **Požadovaná kritéria**

Doporučení by měla poskytnout jednoznačný návod k úvahám, jež by měly být provedeny v souvislosti s možným přijetím nežádoucího rozhodnutí, k jeho posouzení a případného odmítnutí použití ať už ze strany poskytovatelů péče nebo pacientů (Field, Lohr, 1992, s. 7–8).

Pokud budou KDP splňovat definované atributy, zjistí jejich uživatelé přesvědčivost důkazů pro daný případ. Budou schopni rozlišit péči, pro níž existují dobré vědecké důkazy, od péče, kde existuje dobrá shoda, ale omezené nebo žádné důkazy, a od péče, o které neexistuje žádný důkaz ani shoda. Závěry podporované vědeckými důkazy jsou přesvědčivější než závěry vytvořené na základě subjektivního hodnocení (Field, Lohr, 1992, s. 10).

## **1.3 Charakteristika klinických doporučených postupů**

Klinické doporučené postupy jsou tvořeny různými organizacemi, metodami, mají různé cíle, formy a konečné uživatele. Podat jednotnou definici není jednoduché (Suchý a kol., 2012, s. 7). *Institute of Medicine* (USA) definoval již v roce 1990 KDP jako „*systematicky vytvářená stanoviska pomáhající zdravotníkům a pacientům ve specifických klinických případech rozhodovat o přiměřené zdravotní péči*“ (Field,

Lohr, 1992, s. 8). Později tato odborná společnost definovala klinické doporučené postupy jako „*prohlášení, která obsahují doporučení pro optimalizaci péče o pacienty, která vycházejí ze systematických přehledů založených na důkazech a z posouzení přínosu a rizika poškození využitím různých alternativ péče*“ (Qaseem et al., 2012). Klinické doporučené postupy jsou dokumenty, jež shrnují nejlepší současné důkazy týkající se zdravotní péče, a jsou předkládány tak, aby byla aplikace důkazů do praxe jasná a jednoznačná. Na jejich tvůrce je kladen důraz, aby byly uživatelsky příjemné a v praxi snadno použitelné. KDP mají klinickým pracovníkům pomáhat v rozhodování o klinické aplikaci vhodných intervencí podpořených důkazy z výzkumu. Jsou sekundárním zdrojem informací vyříděných přehledem nejlepších dostupných důkazů. Klinické doporučené postupy mají svým uživatelům ušetřit čas s vyhledáváním primárních důkazů a informací pro podporu praxe (Hewitt-Taylor, 2006).

Definice KDP nadčasově ilustruje **tři základní principy**, z nichž by měly vycházet (Suchý a kol., 2012, s. 7):

- systematicčnost vývoje
- specifčnost klinického problému
- přiměřenost zdravotní péče

Uvedené definice odlišují vyvíjené doporučené postupy podle principů praxe založené na důkazech, implementované do praxe podle jasně daných kritérií, a se soustavným hodnocením, od jiných dokumentů podobného zaměření a cílů (Suchý a kol., 2012, s. 8).

V rámci projektu sjednocení národní metodiky tvorby klinických doporučených postupů se snaží Národní referenční centrum<sup>1</sup> sjednotit rozdílnou terminologii, která je nejednotná v České republice i v mezinárodním měřítku. Tzv. zmatení pojmů – synonymii a rozdílnou definici názvosloví klinických doporučených postupů – uvádí ve své publikaci také Líčeník (2009, s. 24). Národní referenční centrum (NRC) definuje klinický doporučený postup (*clinical practice guideline, clinical guideline*) jako „*komplexní, standardizovaný, systematicky zpracovaný dokument zaměřený na konkrétní cíl, kterým je zvyšování kvality péče o pacienty*“. Dokument má být podle NRC zpracován v předepsané podobě, podmínkou je systematický výběr klíčových doporučení a jejich hodnocení z hlediska kvality a síly vědeckého důkazu. V rámci tvorby

1 [www.nrc.cz](http://www.nrc.cz)

má být proveden systematický přehled literatury zaměřený na vědecké důkazy, má obsahovat zaměření na přesně vymezenou klinickou oblast a rozsah poskytované péče. Součástí doporučeného postupu má být také část zaměřená na hodnocení kvality a efektivity péče a část formulovaná pro potřeby pacientů (Suchý a kol., 2010, s. 22–23). Národní referenční centrum také definovalo pojem „klinický standard“ jako jednoznačně stanovený termín určený výhradně pro účely projektu *Vývoj národní sady ukazatelů zdravotních služeb*. Klinický doporučený postup vytvořený Národním referenčním centrem je doplněn o měřitelná klinická kritéria a indikátory výkonnosti a kvality péče. Součástí vývoje klinického doporučeného postupu je vždy popsána metodika a osnova vývoje klinického standardu, která obsahuje část doporučující sběr vhodných dat a používání konkrétních indikátorů odrážejících klíčová doporučení (NRCa, 2015).

### Účely klinických doporučených postupů

(NICE, 2014; Field, Lohr, 1992, s. 40)

- zlepšování kvality péče o pacienty
- redukce nevhodných rozdílů v praxi
- podpora efektivního využití zdrojů
- doporučení zakládat na nejlepších dostupných důkazech výzkumů a odborného konsenzu
- systematický vývoj pomoci analýzy důkazů
- poskytování zdroje pro kontinuální vzdělávání
- pomoc v klinickém rozhodování zdravotníkům a pacientům
- posouzení a zajištění kvality poskytované péče
- vedení alokace zdrojů zdravotní péče
- redukce rizika právní odpovědnosti za nedbalostní péči

Doporučení a pravidla zahrnutá v klinickém doporučeném postupu jsou stanovena obecně, nejsou závazná pro použití v každé situaci. Smyslem doporučení je být průvodcem zdravotnickým pracovníkům a radit, nikoliv nařizovat nebo diktovat, jak se to má dělat. Klinický doporučený postup je modifikován věkem, sociální a kulturní skupinou pacientů, jejich nemocí nebo zdravotním stavem, nemůže však reagovat na specifické a různorodé potřeby konkrétních pacientů, vždy je nutné zvažovat vhodnost jednotlivých doporučení pro každý jednotlivý případ (Jarošová, Zeleníková, 2014, s. 98).



## 1.4 Doporučené postupy a praxe založená na důkazech

Klinické doporučené postupy vycházejí z medicíny založené na důkazech (*evidence based medicine*, EBM). Jde o metodu systematického sběru vědeckých důkazů s využitím metodiky medicíny založené na důkazech. Medicína založená na důkazech spojuje nejlepší vědecké důkazy, klinické zkušenosti, pacientovy hodnoty a specifické okolnosti (Suchý a kol., 2012, s. 16). Termín *evidence based medicine* poprvé použil kanadský lékař a epidemiolog Guyatt v roce 1991 a zdůraznil, že EBM vyžaduje od lékařů dovednosti vyhledávání literatury, kritického hodnocení a schopnosti syntézy získaných informací pro rozhodování ohledně použitelnosti důkazů v péči o pacienty a systematický přístup v rozhodování, pokud nejsou přímé důkazy k dispozici. Z toho vyplývá, že jedním z nejdůležitějších aspektů EBM je přístup k informačním zdrojům, schopnost pracovat s vyhledávacími systémy, získávat relevantní informace a jejich následné kritické hodnocení předtím, než bude rozhodnuto o jejich použití v klinické praxi (Guyatt, 1991). V roce 1992 bylo publikováno programové prohlášení pracovní skupiny *Evidence-based Medicine Working Group* (Oxman et al., 1993) a o rok později byla založena mezinárodní organizace *Cochrane Collaboration* (Herxheimer, 1993), která mimo jiné vydává elektronickou databázi systematických přehledů a metaanalýz pod názvem *Cochrane Library*. Další významnou osobností EBM je kanadský epidemiolog Sackett, autor definice medicíny založené na důkazech: „*Medicína založená na důkazech je svědomitě, přesně definované a uvážlivé použití nejlepších důkazů při rozhodování v péči o pacienty. Znamená integraci klinických zkušeností s nejlepšími dostupnými klinickými důkazy ze systematického výzkumu*“ (Sackett et al., 1996).

Koncept EBM se stal ve Velké Británii mezi lékaři populární v rámci snahy a potřeby výkonu praxe založené na efektivních důkazech než na tradicích nebo zvycích. Vzhledem k tomu, že v současné době mají poskytovatelé zdravotní péče a široká veřejnost dobrou dostupnost k velkému množství informací, poskytují klinické doporučené postupy a klinické protokoly nejlepší důkazy pro klinickou praxi (Hewitt-Taylor, 2006, s. 15).

V současné době pokračuje trend nárůstu množství publikované zdravotnické literatury. Před koncovými uživateli stojí úkol vyhledávat relevantní informace a hodnotit jejich kvalitu, což ovlivňuje kromě nutnosti profesionálních znalostí a dovedností také časová náročnost

celého procesu. Je nutné myslet na to, že všechny dostupné informace nejsou stejně spolehlivé a hodnotné (Mihál a kol., 2012). Vyhledávání v kontextu praxe založené na důkazech vyžaduje systematický přístup, využití všech dostupných zdrojů, kritickou interpretaci každého vyhledaného článku a teprve poté použití získaných výsledků (Sackett et al., 1996). Proces vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci, účastníci musejí mít odpovídající kompetence, znalosti a dovednosti. Praxe založená na důkazech má několik kroků, z nichž práce s literaturou je pouze jedním z nich (Guyatt et al., 2008). Součástí celého procesu vytvoření klinické otázky je vyhledání nejlepších dostupných důkazů, kritické zhodnocení nalezeného důkazu, implementace získaných výsledků do klinické praxe a posouzení změněné praxe (Haynes et al., 1996).

Metodika praxe založené na důkazech se rozšířila také do ošetrovatelství (*evidence-based nursing*, EBN), veřejného zdravotnictví i zdravotnického managementu. Podstatou tohoto metodologického procesu je sběr dat podle přísně stanovených pravidel tak, aby nedocházelo k jejich zkreslování, přeceňování, podceňování či chybnému vyhodnocení (Ivanová in Líčeník, 2009, s. 11). Di Censo et al. (1998) definovali EBN jako: „*Proces, díky kterému sestry přijímají svá klinická rozhodnutí s využitím nejlepších dostupných důkazů z výzkumů, jejich klinických zkušeností a preferencí pacientů v rámci dostupných zdrojů.*“

## 1.5 Druhy klinických doporučených postupů

Klinické doporučené postupy je možné dělit na podkladě původu doporučení a důkazů na expertní KDP a klinické doporučené postupy vznikající metodou konsenzu. **Expertní klinický doporučený postup** (*opinion-based guideline*) vzniká na podkladě expertních doporučení. Jde o jednu z nejstarších tradičních metod tvorby doporučení. Proces není založen na důkazech, ale na věhlasu tvůrců. Expertní doporučení mají význam v oblastech, kde nejsou dostupné žádné důkazy vyšší kvality (Suchý a kol., 2012). Klinické doporučené postupy vznikající metodou konsenzu neboli **konsenzuální doporučené postupy** (*consensus-based guidelines*) vznikají v panelové diskuzi zúčastněných odborníků, kteří musejí dosáhnout všeobecné shody. Od 70. let 20. století došlo k postupnému vývoji formálních konsenzuálních technik, např. technika formální skupiny (*nominal group technique*) nebo delfská metoda aj. Tyto techniky začaly být používány k vyšší transparentnosti

konsenzuálních závěrů při tvorbě klinických doporučení (Raine et al., 2005, s. 632–633).

Klinické doporučené postupy vznikající bez vědeckých důkazů nelze považovat za kvalitní. Metody vývoje KDP všechny metody obvykle kombinují. Podle Suchého a kol. (2012, s. 21) není metodologie medicíny založené na důkazech v českých podmínkách dostatečně ustálená a hodnocení klinických doporučených postupů není zatím v našich podmínkách prováděno. V případě adaptace KDP je vyřešení tohoto problému podstatně usnadněno, protože tvůrčí tým z převážné části přebírá vědecké důkazy z KDP, který je adaptován. Při tvorbě klinických doporučených postupů je nutné posuzovat aspekty etické, právní, ekonomické a společenské a využívat k tomu poznatky psychologie, sociologie, ekonomie a jiných věd (Líčeník, 2009, s. 13).

## 1.6 Klinické doporučené postupy v České republice

V České republice se zabývají tvorbou nebo adaptací zahraničních klinických doporučených postupů především odborné lékařské společnosti. Národní referenční centrum na svých webových stránkách uvádí přes dvě desítky lékařských společností různého odborného zaměření, které se podílely na vývoji klinických standardů a ukazatelů (NRCd, 2015). V české legislativě se ke standardizaci péče vyjadřuje Úmluva o lidských právech a biomedicině (č. 96/2001) v článku 4 Profesionální standardy: „*Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.*“ V roce 2010 se Zvolský vyjádřil ke kvalitě doporučených postupů v ČR ve smyslu, že mnoho doporučených postupů v českém jazyce, publikovaných českými odborníky, nesplňuje ani základní požadavky na metodologii tvorby klinických doporučených postupů, a konstatoval, že nejsou často dohledatelné ani základní identifikační údaje (Zvolský, 2010).

V ČR jsou klinické doporučené postupy „*obvykle chápány jako nezávazná, odborná doporučení pro diagnostiku a léčbu daného onemocnění*“ (Filip, Sechser, 2006, s. 496). Doporučený postup je doporučení, jak postupovat při diagnostice, léčbě a ošetřování pacienta s konkrétní nemocí. I ta nejlepší doporučení však patřičně neovlivňují poskytovatele zdravotní péče (ani pacienty), pokud nejsou zaváděna současně s příslušnou strategií implementace. Tato strategie znamená, že doporučení

jsou aktivně prosazována až na lokální úroveň (klinika, oddělení, ale i jednotlivý pacient). Strategie implementace doporučených postupů se obecně obtížně prosazuje.

První pokus vytvořit efektivní systém vývoje standardů v ČR byl učiněn v roce 1998 ve spolupráci České lékařské komory, České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Ministerstva zdravotnictví (Struk, 2008, s. 5). Tato pilotní studie tvorby systémové struktury národní sady ukazatelů zdravotních služeb byla odzkoušena na několika modelových standardech efektivní léčebné péče v rámci výzkumného projektu IGA MZ ČR 5066–1/98 v letech 1998–2000. Výstupem projektu byl obecný návod pro tvorbu standardů efektivní péče, což bylo akceptováno odbornými společnostmi a oborovými komisemi České lékařské komory a schváleno jako závazné radou projektu standardizace Ministerstva zdravotnictví ČR. V návodu je mj. uvedeno několik doporučení pro autory (např. délka postupu by neměla přesahovat 10 stran), nutnost grafického znázornění postupu – algoritmus, chorobné stavy mají být popisovány kódy diagnóz v rámci MKN (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) a jiné (Bourek, 2008, s. 1–2).

### Národní referenční centrum

Od roku 2009 se na základě pověření MZ ČR zabývá tvorbou klinických doporučených postupů jednotných pro celou Českou republiku již zmiňované Národní referenční centrum (NRC). Do současnosti toto centrum zpracovalo několik desítek klinických doporučených postupů<sup>2</sup>, žádný z nich však není určen pro ošetrovatelskou péči. Národní referenční centrum bylo pověřeno ministerstvem zdravotnictví, aby převzalo výsledky projektu *Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni* realizovaného pod vedením pracovní skupiny pro kvalitu zdravotní péče MZ. NRC řídí v současné době také projekt *Šetření dekubitů*, ve kterém bude zajišťovat další vývoj standardizovaných ukazatelů kvality ošetrovatelské péče za využití vypracované metodiky prevalenčního sběru dat (NRCb, 2015).

Národní referenční centrum vzniklo v roce 2003. Působí jako nezisková organizace a je financováno na bázi příspěvků od členů. V současné době sdružuje všechny zdravotní pojišťovny působící v České republice a vybrané poskytovatele péče. Vizí NRC je „být funkční,

2 [www.kvalita.nrc.cz](http://www.kvalita.nrc.cz)

otevřenou, transparentní organizací, která vyvíjí, udržuje a poskytuje nezbytné klasifikace a klasifikační systémy sloužící k popisu produkce zdravotních služeb<sup>3</sup>. Centrum má stanoveny několik hlavních principů své činnosti: a) představuje „neutrální půdu“ pro poskytovatele a plátce péče v oblastech, kde mohou mít tyto strany protichůdné zájmy; b) je důvěrným zpracovatelem dat a informací, které si nechťejí poskytovatelé a plátci vzájemně předávat; c) zajišťuje v současné době celonárodní sběr údajů a poskytuje data s celonárodní platností a působností; d) výstupy centra je možné využívat pro rozhodování jejich klientů; e) slouží k podpoře rozhodování se zaměřením na budoucí trend. Aktivity NRC jsou určeny přednostně celospolečenským veřejným zájmům, motivací je využití finančních prostředků v rámci veřejného zdravotního pojištění, a tím se stát základnou pro rozvoj veřejného zdravotního pojištění.

NRC má definovány rámcové cíle v několika oblastech<sup>3</sup>:

- *klasifikace a klasifikační systémy* – primární klinické klasifikace (MKN-10, seznam výkonů s bodovými hodnotami) a vývoj sekundárních klasifikací (DRG – *diagnosis-related group*, klasifikační systém nemocničních případů do originálních skupin)
- *zpracování dat* – zpracování administrativních a klinických dat s cílem zlepšit možnost sledování kvality a efektivity poskytované péče
- *analýza dat* – využití současných zdrojů dat pro podporu rozhodování a vytvoření pravidelných reportů
- *kvalita a efektivita zdravotní péče* – rozvoj národní sady ukazatelů kvality, dokončení standardizace zdravotní péče
- *společné činnosti a odborná platforma* – analýza změn a návrh procesů tvorby, správy a vydávání metodiky pro vykazování zdravotní péče a příslušných číselníků, analýzy možnosti využití registrů smluvních zdravotnických zařízení zdravotních pojišťoven, ve střednědobém horizontu pak realizace závěrů uvedených analýz

Národní referenční centrum se pokusilo vytvořit a sjednotit metodiku tvorby klinických doporučených postupů pro Českou republiku za podpory ministerstva zdravotnictví v rámci projektu IGA MZ ČR\_VES 2009 *Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený*

3 <http://www.nrc.cz>

na vývoj národní sady ukazatelů zdravotních služeb.<sup>4</sup> Od doby zahájení projektu bylo na webových stránkách NRC zpřístupněno odborné veřejnosti 17 již dokončených standardů, 4 schválené klinické standardy a 10 rozpracovaných klinických standardů. Tyto standardy jsou tvořeny podle jednotné národní metodiky odborníky z klinické praxe (NRCa, 2015). Národní referenční centrum definuje klinické doporučené postupy jako „komplexní, systematicky uspořádaný dokument, jehož základem je soubor klíčových doporučení ohodnocených z hlediska kvality a síly vědeckého důkazu s uvedením literárního zdroje“. Pojem klinický standard byl NRC definován jako: „klinický doporučený postup, který byl v rámci adaptace doplněn o měřitelná klinická kritéria a ukazatele výkonnosti a kvality péče“.<sup>5</sup> V rámci projektu je detailně popsána metodika a osnova vývoje klinického standardu, která obsahuje právě část doporučující sběr vhodných dat a používání konkrétních indikátorů nejlépe odrážejících formulovaná klíčová doporučení. Pokud je NRC použit pojem klinický standard, je myšlena problematika vývoje klinického standardu podle metodologie NRC (NRCc, 2015).

### **Centrum pro klinické doporučené postupy<sup>6</sup>**

Národní referenční centrum spolupracuje také s Centrem pro klinické doporučené postupy (CKDP), které se zabývá především metodologií tvorby klinických doporučených postupů, včetně překladů nástrojů AGREE a ADAPTE z angličtiny do češtiny.<sup>7</sup> CKDP zahájilo svoji činnost v roce 2007 a působí při Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci s cílem nezávislého poradenství v oblasti tvorby, adaptace, implementace a evaluace klinických doporučených postupů. Má za cíl mj. inovovat vzdělávání v medicíně se zaměřením na znalosti obecných zásad tvorby a kritického hodnocení kvality KDP. Centrum pro klinické doporučené postupy považuje KDP za důležitou a nedílnou součást systému poskytování zdravotní péče a medicínského vzdělávání. Nevyřešenou otázkou centra však zůstává hlavní garant tvorby KDP pro ČR, který by měl zaručit národní kvalitu metodické přípravy doporučených postupů v ČR, a otázka poskyto-

4 <http://www.nrc.cz/archiv/interni-grantova-agentura-mz-cr/mzcr-ves-2009-c10650-3/o-projektu>

5 [https://kvalita.nrc.cz/Klicove\\_pojmy\\_v2.pdf](https://kvalita.nrc.cz/Klicove_pojmy_v2.pdf)

6 <http://usl.upol.cz/sites/default/files/flipr/Implementace/web/flipviewerexpress.html>

7 <http://www.usl.upol.cz/esf/ckdp>

vatele nezávislých finančních zdrojů pro přípravu nových klinických doporučených postupů.

### **Katalog klinických doporučených postupů<sup>8</sup>**

Katalog klinických doporučených postupů vznikl v roce 2007 v rámci Centra biomedicínské informatiky při Ústavu informatiky Akademie věd ČR s cílem mapovat elektronické verze klinických doporučených postupů. Zpočátku zahrnoval pouze české dokumenty, postupně jsou zde publikovány také cizojazyčné verze, např. dokumenty WHO. Dokument zařazený do katalogu musí splňovat základní kritéria: volná dostupnost dokumentu prostřednictvím internetu a garance prezentovaných informací některou z odborných společností. Dokumenty jsou definovány jako guidelines, klinické doporučené postupy nebo standardy. V databázi katalogu jsou uloženy bibliografické informace, hodnocení a informace o aktuálnosti dokumentů a také webové nástroje a aplikace vytvořené na základě klinických doporučených postupů. V současné době (září 2015) zahrnuje databáze 561 záznamů o KDP, z nich je však pouze 117 záznamů validních, uplatnitelných v praxi a přístupných prostřednictvím katalogu KDP. Tyto dokumenty jsou vytvářeny odbornými autoritami, především odbornými lékařskými společnostmi, z nichž většina je sdružena pod Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně.

### **Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP)<sup>9</sup>**

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně je dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob – lékařů, farmaceutů a dalších pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech. Společnost v současné době (září 2015) zastřešuje více než 150 odborných společností a organizací ve zdravotnictví a její členská základna dosahuje více než 30 000 členů. Ministerstvo zdravotnictví ČR pověřilo v roce 2000 ČLS JEP tvorbou klinických doporučených postupů. Od té doby bylo zpracováno nebo vytvořeno přes 300 doporučených postupů, které obsahovaly aktuální poznatky medicíny založené na důkazech a byly primárně určeny pro praktické lékaře. Jednotlivé společnosti sdružené pod ČLS JEP si pak začaly vytvářet KDP samy.<sup>10</sup> Mezi aktivní společnosti ČLS

8 [http://neo3.cs.cas.cz/kkdp/?akce=o\\_projektu](http://neo3.cs.cas.cz/kkdp/?akce=o_projektu)

9 <http://www.svl.cz/files/files/CDP-PL/Metodika-CDP.pdf>

10 <http://www.cls.cz/zakladni-informace>

JEP patří Společnost všeobecného lékařství, která spravuje Centrum pro správu doporučených postupů.<sup>11</sup> Centrum eviduje od roku 2003 přes 100 doporučených postupů volně dostupných elektronicky. Na stránkách je také mj. volně dostupný aktuální metodický pokyn pro tvorbu doporučeného postupu i s odkazy na zahraniční databáze a odborné společnosti.

---

11 <http://www.svl.cz/doporucene-postupy/centrum-pro-spravu-doporucenych-postupu-pro-prakticke-lekare-cdp-pl/ustaveni-centra-pro-spravu-doporucenych-postupu-pro-prakticke-lekare-cdp-pl/>