

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
1 Klinické doporučené postupy (Kamila Majkusová)	9
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
2 Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství (Kamila Majkusová)	25
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
3 Tvorba a adaptace klinických doporučených postupů (Renáta Zeleníková)	38
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
4 Implementace a evaluace klinických doporučených postupů (Radka Kozáková)	72
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	Evaluační klinických doporučených postupů	91
4.8.1	Plán evaluace	92
5	Vývoj a implementace klinického doporučeného postupu	
	<i>Prevence pádů hospitalizovaných pacientů (Darja Jarošová)</i>	97
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
	Literatura	117
	Přílohy	134
	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
	Rejstřík	141
	Souhrn	144
	Summary	144

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, specifčnost, 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 (Ličeník, 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 vytržiděných 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 centrum¹ 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

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 většinu 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