



GUIDELINY KLINICKEJ PRAXE

Preložila: MUDr. Marta Kulichová, CSc.

Čo sú guideliney klinickej praxe?

Guideliny klinickej praxe (CPGs) boli definované ako “*systematicky vyvinuté ustanovenia, ktoré majú pomôcť praktikom a pacientom rozhodnúť o vhodnej zdravotnej starostlivosti v špecifických klinických podmienkach*” [1] alebo v ‘*ustanoveniach, ktoré zhrňujú odporúčania, v snahe optimalizovať starostlivosť o pacienta, na základe systematického prehľadu base evidence a vyhodnotenia cost benefit alternatívnych liečebných možností*’ [2]. Súhrnný cieľ CPGs je poskytnúť doporučenia pre zdravotnú starostlivosť a ostatných profesionálov, ako by sa mali starať o ľudí so špecialnymi ochoreniami [3]. Tieto doporučenia sa sústreďujú na CPGs a na liečbu pacientov s bolesťou.

Prečo sú dôležité?

Ľudia s bolesťou, klinici a ostatní sa stretávajú s liečebnými možnosťami, ktoré prinášajú výsledky novej liečby, alebo aj nie. Evidence base stúpa rýchlo, ale kvalita je veľmi variabilná. CPGs sú dôležité, cieľom je skúsiť priniesť výsledky best evidence, ako aj jasné doporučenia pre klinickú prax. S doporučením efektívnych evidence-based intervencií, či odmietnutých intervencií, ktorým chýba vedecký podklad, CPGs vyžadujú optimalizovať kvalitu starostlivosti, zároveň redukovať zbytočné a potencionálne nebezpečenstvo, s cieľom optimalizovať kvalitu starostlivosti, zároveň redukovať nebezpečenstvo z potencionálnych neúčinných a nebezpečných zákrokov [4].



Kto ich vyvíja a ako účinkujú?

CPGs sú často vyvinuté vládnyimi inštitúciami ako je National Institute for Health and Care Excellence (NICE) vo Veľkej Británii alebo organizáciami profesionálov/špecialistov. Príkladom je American College of Physicians alebo Neuropathic pain special interest group of IASP (NeupSIG).

Akýkoľvek typ organizácie ich vyvinie, existuje potreba, aby proces bolo možné inkorporovať, zahrnúť klinické guideliney, aby mohol byť prezentovaný naprieč všetkými klinickými disciplínami, ktoré sú zahrnuté v starostlivosti o pacientov žijúcich s daným ochorením. Ak toto nie je zohľadnené, je nebezpečenstvo, že guideliney by mohli odrážať len záujem špeciálnej profesnej skupiny, nie “best clinical practice” a doporučnia by nerefletovali potreby ľudí, ktorí majú bolesti. Tiež je potrebný transparentný plán ohľadne možných konfliktov záujmu, vrátane navrhujúceho tímu, tak profesionálov ako aj záujmov industriálnych spoločností a ich vzťahov. [5].

Ako by mohli byť vyvinuté, a ako ja môžem aplikovať dôveryhodné CPG?

Vývoj CPG by mal byť systematický a transparentný proces. Mal by obsahovať a definovať jasný pohľad na guideliney a metodológiu pred hľadaním evidencie; zvolať skupinu (výbor) pre navrhnutie guidelineov, s príslušnými vedomosťami, zručnosťami a reprezentáciou; za účelom systematického prehľadu špecifických otázok, ktoré vedú k finálnemu problému, zohľadňujúc konečné odporúčania.

Keď je definovaný rozsah, konečné guideliney by mali byť procesom dohovoru so všetkými dôležitými partnermi, vrátane ľudí s bolesťou. CPGs by mali byť jasne komunikovateľné odporúčania s určitou evidencie, od ľudí, ktorí ich vytvorili.

Môžete použiť AGREE-II zdroje, aby pomohli vyhodnotiť kvalitu CPGs [6]. Je na mieste otázka o rozsahu a cieľov guidelineov, kvalitu zúčastnených partnerov, prísnosť vývoja, jasnosť prezentácie, použiteľnosť a nezávislosť navrhovateľov guidelineov a aktuálnosť prehľadu.



Prečo môžu byť rôzne guideliney na tú istú tému nesúhlasné?

Existuje viac dôvodov, prečo rôzne guideliney na rovnaký problém, niekedy podávajú rozporuplné odporúčenia. Môžu zahŕňať rozlišnosti v záujmovej populácii a miestne nastavenie, diferencie v špecifických dátach a rozsahu výskumov evidencie, čo môže viesť k tomu, že boli zahrnuté rôzne štúdie; rôznorodosť metodológie o tom, čo reprezentuje presvedčivú evidenciu klinickej účinnosti a diferencie v interpretácii rovnakej priekaznosti u rôznych guideline výborov [4,7]. Potenciál konfliktných odporúčení medzi guidelineami sa znižuje, keď sa objem a kvalita evidencie zvyšuje. Fakticky, nekonzistenčnosť odporúčení guidelineov môže byť výstražným signálom pre nízku evidenciu [4].

Prečo vždy nemenia prax?

Publikácia CPG negarantuje, že sa klinická prax zmení. Existuje veľa príkladov, kedy odporúčenia guidelineov neboli široko akceptované [8], pretože existovali početné bariéry, aby boli uvedené do praxe [9,10]. Tieto zahŕňujú klinikov, vedomosti a pochopenie guidelineov, ich ochotu akceptovať odporúčenia (často s ohľadom na hlboko zakorenenú vieru, klinickú skúsennosť, preferencie a nesporné záujmy), miestne problémy vo vzťahu k realizovateľnosti implementácie CPG odporúčení a organizácie, prijateľnosti a vieruhodnosti samotných guidelineov [9-13] alebo chýbaniu guidelineových odporúčení pre pacientov [14].

Ako ich môžeme implementovať?

Zmena klinickej praxe je komplexný proces a neexistuje silný dôkaz evidencie pre podporu žiadnej čiastočnej stratégie [15,16]. Starostlivé zváženie potrieb je potrebné, aby bolo možné čo najlepšia implementácia odporúčení CPGs. Toto pravdepodobne vyžaduje detailné pochopenie klinických okolností a rôznorodosť miestnej komunity pacientov, a zhodnotenie lokálnych zdrojov potrebných na implementáciu, adekvátny tréning a podporu pre klinikov, partnerstvo s



pacientami a prebiehajúcim procesom vývoja a adaptácie. Existuje naliehavá potreba pre väčší výskum ohľadne efektívnosti implementácie na poli liečby bolesti.

Záver

CPGs sú dôležitým zdrojom v posúdení evidence-based praxe. Môžu potencionálne pomôcť zvýšiť kvalitu, konzistenciu a účinnosť klinickej starostlivosti, poskytnúť lepšie skúsenosti pre pacientov, na zlepšenie účinnosti klinických systémov. Využívatelia a navrhovatelia, ktorí plánujú implementovať CPGs, by mali postupovať kriticky, a zohľadniť tak tých, ktorí ich vyvinuli, ako aj process vývoja, ktorý môže určiť indikátory kvality.

Použitá literatúra:

1. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. Graham R, Mancher M, Miller, Wolman D. Clinical practice guidelines we can trust. Washington DC: Institute of Medicine. National Academies Press; 2011.
3. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/how-nice-clinical-guidelines-are-developed-an-overview-for-stakeholders-the-public-and-the-nhs-2549708893/chapter/nice-clinical-guidelines> . Accessed 23/11/21
4. O'Connell NE, Ward SP. Low Back Pain: What Have Clinical Guidelines Ever Done for Us? J Orthop Sports Phys Ther 2018;48(2):54-57. doi:10.2519/jospt.2018.0602
5. Spithoff S, Leece P, Sullivan F, Persaud N, Belesiotis P, Steiner L (2020) Drivers of the opioid crisis: An appraisal of financial conflicts of interest in clinical practice guideline panels at the peak of opioid prescribing. PLoS ONE 15(1): e0227045.
6. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010. doi:10.1503/cmaj.090449
7. O'Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: a critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016;30:968-980.



IASP 2022
GLOBAL YEAR

Translating Pain Knowledge to Practice

FACT SHEET



<https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.00>

8. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018 ;391(10137):2368-2383. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
9. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Clin J Pain*. 2016;32:800-816. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000324>
10. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation—a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4:36.
11. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
12. Bishop FL, Dima AL, Ngui J, et al. “Lovely pie in the sky plans”: a qualitative study of clinicians’ perspectives on guidelines for managing low back pain in primary care in England. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015;40:1842-1850. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001215>
13. Bishop PB, Wing PC. Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing worker’s compensation board patients with acute lower back pain. *Spine J*. 2003;3:442-450. [https://doi.org/10.1016/S1529-9430\(03\)00152-9](https://doi.org/10.1016/S1529-9430(03)00152-9)
14. Figg-Latham J, Rajendran D. Quiet dissent: the attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance – a qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;27:97-105. <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.10.006>
15. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: a qualitative study from the patients’ perspective. *J Eval Clin Pract*. 2017;23:165-172. <https://doi.org/10.1111/jep.12660>
16. Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:258. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1110-z>
17. Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci*. 2016;11:126. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0482-7>

AUTHORS

Neil E O’Connell, Phd, Reader, Department of Health Sciences, Centre for Health and Wellbeing across the



Lifecourse, College of Health, Medicine and Life Sciences, Brunel University London, UK

Didier Bouhassira (MD, PhD), Director of Research, Laboratory of Pathophysiology and Clinical Pharmacology of Pain, Inserm (U987), APHP, Paris-Saclay University, Ambroise Paré Hospital, Boulogne-Billancourt, France.

Prof. Denise Harrison (RN, RM, PhD) Professor, Department of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences. University of Melbourne.