

# PRÍLOHA D: SYNTETIZOVANIE ÚDAJOV A VYPRACOVANIE ODPORÚČANÍ

## *Tabuľka údajov*

Ďalším krokom po dokončení vyhodnotenia kvality údajov, je extrakcia relevantných dát z každej štúdie, ktorá mala po vyhodnotení nízke, alebo mierne riziko výchyľky a zosumarizovať obe individuálne štúdie a celkový trend údajov.

## *Systematické zhodnotenia a a meta-analýzy*

Systematické zhodnotenia sú podľa definície sumarizáciou výsledkov zo súboru iných štúdií. Ktorýkoľvek pokus o ďalšie sumarizovanie sa musí vykonať opatrne, aby sa zabezpečilo, že sa berie do úvahy každý z problémov týkajúci sa hodnotenia.

V prípade meta-analýzy, kde sa používa iba veľmi obmedzený počet porovnaní, alebo kritérií vplyvu, sa výsledky môžu prezentovať v tabuľke údajov spolu s inými jednotlivými štúdiami, ktoré sa venovali tej istej otázke.

Pri viacnásobných porovnávaníach s viacnásobnými kritériami vplyvu alebo v prípade, ak hodnotiaci nevykonali žiadnu meta-analýzu, mala by sa vytvoriť separátna sumarizačná tabuľka. Každé hodnotenie pomocou sumarizačnej tabuľky by malo obsahovať aj naznačenie záverov hodnotenia a komentár k jeho relevantnosti voči kľúčovej otázke, ktorú skúma. V prípade, ak boli vykonané metanalýzy na okruhu porovnaní a/alebo výsledkoch, mali by byť závery týchto kalkulácií zosumarizované v tabuľke. Tvorcovia metodiky by sa pri vyhodnovení údajom mali riadiť plným textom systematického hodnotenia.

### *Údaj o diagnostickej presnosti*

Tam, kde sa vykonalo viacero štúdií týkajúcich sa presnosti diagnostických testov, vypracováva sa údajová tabuľka sumarizujúca kľúčové aspekty štúdie. Tieto tabuľky sa vypracovávajú v štandardnej forme, ktorá okrem identifikácie štúdie a jej metodologickej kvality obsahuje aj nasledovné stĺpce:

- Počet pacientov zahrnutých v štúdiu
- Rozsah ochorenia testovaného v štúdiu medzi populáciou
- Charakteristika sledovanej populácie
- Typ testu, ktorý hodnotíme
- Etalón (odvolávacia norma), s ktorým sa nový test porovnával
- Citlivosť testu
- Špecifickosť testu
- Kladná predpovedacia hodnota testu
- Negatívna predpovedacia hodnota testu
- Miera pravdepodobnosti daného testu
- Zdroj financovania štúdie

Špecifické problémy, ktoré vznikli počas štúdie a majú relevantný vzťah ku skúmanej otázke.

Všetky kritériá presnosti uvádzané v každej štúdií by sa mali zahrnúť, hoci iba vzácné sa celý tento zoznam objaví v každej zo štúdií. Aby bolo možné vykonať porovnávaní medzi štúdiami, môžu sa kritériá kalkulovať z dát prezentovaných v štúdiách a zahrnúť do tabuľky údajov. Pre tento účel sa zvyčajne použije miera pravdepodobnosti. V prípade, ak sú výsledky skôr vypočítavané, než prevzaté z pôvodných dokumentov, malo by to byť uvedené v tabuľke údajov (dôkazov).

## ***Iné typy štúdií***

Na rozdiel od systematických hodnotení a diagnostických štúdií, všetky ostatné štúdiá sa sumarizujú v tabuľke všeobecných údajov. Štandardná forma pre tieto tabuľky obsahuje okrem identifikácie štúdie, jej typu a metodologickej kvality aj nasledovné stĺpce:

- Počet pacientov zahrnutých v štúdií
- Charakteristika populácie pacientov
- Intervenciu, rizikový faktor, atď., ktoré štúdiá skúma
- Porovnávaní vykonané v štúdií
- Dĺžka sledovania
- Použité výsledné kritériá
- Rozsah pôsobnosti, vrátane štatistických kritérií, ako sú hodnoty „p“ alebo stupeň dôvernosti
- Zdroj financovania

Špecifické problémy, ktoré vznikli počas štúdie a majú relevantný vzťah ku skúmanej otázke

Vzhľadom na skutočnosť, že proces uskutočnenia metodického hodnotenia nevyhnutne obsahuje istú dávku subjektívneho hodnotenia, od skupín tvorcov odborných odporúčaní sa vyžaduje, aby bola každá štúdiá nezávisle vyhodnotená najmenej dvoma jednotlivcami a aby sa dosiahol konsenzus pri ratingu ešte predtým, ako sa použije v ktorejkoľvek údajovej tabuľke.

## ***Stanovený posudok***

Ak bol údaj vložený do tabuľky úradov, musí prípravná skupina rozhodnúť, aké odporúčania sa nadajú urobiť na základe tohto údaje. V tomto prípade ide o pravdepodobne najťažšiu časť celého procesu, ktoré vyžaduje, aby bol posudok vypracovaný nielen na základe skúseností, ale aj poznania údaje a metód na jeho vytvorenie. Hoci je nepraktické týmto spôsobom predkladať pravidlá na tvorbu hodnotenia, niektoré z najpodstatnejších otázok, ktoré by mala prípravná skupina brať do úvahy, rozoberáme nižšie. Základné nadpisy, pod ktorými nájdete zmienené otázky sú:

- Kvantita, kvalita a zhoda údajov

- Možnosť zovšeobecnenia výsledkov štúdie
- Adresnosť (Použitelnosť)
- Klinický dosah

Tento zoznam nie je vyčerpávajúci a nemá ani za účel vysvetliť kompletne pozadie identifikovaných faktorov. Skupinám pripravujúcim metodiku sa odporúča u dôkazových tabuliek previesť analýzu citlivosti, aby zistili, či vypustenie niektorých úrovní kvality, alebo typov štúdií zapríčini hmatateľný rozdiel v kvalite výsledkov. Odporúča sa taktiež brať do úvahy iné faktory, ktoré členovia skupiny považujú za vhodné, pričom by mali robiť záznam, ktoré faktory boli brané do úvahy, aké analýzy sa uskutočnili a aké riešenia sa dosiahli v súvislosti sa každým vyjadreným odporúčaním. „Proforma“ príklad pre tieto prípady je súčasťou sprievodného dokumentu.

Zvýšenie roly subjektívneho hodnotenia pri formovaní odporúčaní guidelines nevyhnutne zvyšuje počas procesu aj riziko vzniku výchyľky. Musíme však zdôrazniť, že toto nie je zhodnotený posudok jedného individua, ale posudok starostlivo tvorenej multidisciplinárnej skupiny. Ako dodatočná záruka slúži požiadavka kladená na skupinu tvorby guidelines, aby predložili jasné údaje, na ktorých založili svoje odporúčanie, čím sa spojenie medzi údajom a odporúčaním stane explicitným, a tiež požiadavka aby vysvetlili ako a prečo dospeli k stanovenému posudku pri interpretácii daného údaju. Kdekoľvek je to možné, odporúčania by mali predložiť jasné a výstižné informácie o napr. úplnom, alebo relatívnom znížení rizika a o počtoch s ktorými potrebujeme pracovať, aby sme dosiahli definovaný úžitok za účelom umožniť miestnym rozhodovacím orgánom, individuálnym klinickým lekárom a pacientom porozumieť základu odporúčania a posúdiť, či sa dá aplikovať na ich individuálne podmienky.

## ***Rozhodujúce výsledky***

Keď údaj, získaný ako odpoveď na konkrétnu otázku posudzujeme po prvýkrát, je celkom bežné, že nájdeme celú škálu výsledných kritérií. Niektoré z nich pravdepodobne môžu byť priame kritériá vplyvu, ako napríklad predĺžená doba prežitia, zlepšená funkcia pľúc a pod. Iné môžu byť vedľajšie kritériá, ako napr. znížená spotreba liekov, alebo zlepšenie kvality života. Tvorcovia odporúčania musia zväziť rozsah použitých výsledných kritérií a rozhodnúť, ktoré z nich bude mať rozhodujúci vplyv na ich rozhodnutie. Vo väčšine prípadov budú rozhodujúce výsledky aj priamymi kritériami účinku, ale za určitých okolností môžeme aj nepriamym kritériám udeliť väčšiu dôležitosť. Napríklad pacienti môžu považovať za dôležitejšie zlepšenie kvality ich života, než krátke predĺženie ich života. Z tohto dôvodu je dôležité, aby sa všetci členovia skupiny tvorby odporúčaní zúčastnili pri procese dosiahnutia zhody pri rozhodujúcich výsledkoch.

Na vytvorenie rozhodujúcich výsledkov sa musí vytvoriť zoznam všetkých výsledkov použitých v dôkazových tabuľkách. (Nezabudnite, že je dôležité,

aby akékoľvek zhoršenie zdravotného stavu spojené s navrhnutou intervenciou bolo zahrnuté v zozname výsledkov). Skupina potom musí dosiahnuť konsenzus o relatívnej dôležitosti každého kritéria pomocou škály od jedna do deväť, pričom, jedna predstavuje najmenšiu dôležitosť a deväť najväčšiu. Tie výsledky, u ktorých sa dosiahol zhodný stupeň dôležitosti sedem a vyššie, sa môžu považovať za kľúčové.

Po dosiahnutí súhlasu o rozhodujúcich záveroch, by sa mala na ne zamerať následná diskusia. Záverečná úroveň údajov je založená na najnižšej úrovni údajov použiteľných pre kľúčový výsledok. Tento konzervatívny prístup k vyhodnoteniu údajov redukuje riziko, že prospech z intervencie bude nadhodnotený.

## ***Kvantita, kvalita a zhoda***

Cieľom guidelines NIKI je zabezpečiť národný dozor nad účinnou klinickou praxou pri zaobchádzaní s pacientmi v rámci štátnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Je preto dôležité zabezpečiť, aby boli odporúčania podložené adekvátnou základňou údajov. Skupiny tvorcov guidelines by preto mali brať do úvahy aj počet štúdií (vrátane celkového počtu sledovaných pacientov) a mali by byť opatrní ohľadom vytvárania závažných odporúčaní založených iba na malom počte štúdií, sade štúdií s malou veľkosťou vzorky a štúdií pochybnej kvality.

Kvalite metodiky použitej v štúdiách zodpovedá použitie kontrolných zoznamov počas hodnotiaceho kroku v triediacom procese. Tieto hodnotenia kvality sa zameriavajú na riziko výchyľky a neberú do úvahy iné otázky, ako napríklad štatistickú hodnovernosť štúdií. Malé, poddimenzované štúdie, ktoré sú inak hodnoverné, sa môžu taktiež zahrnúť do základne údajov, v prípade, ak ich zistenia vo všeobecnosti ukazujú na ten istý smer – ale prinajmenšom niektoré zo štúdií citovaných ako zdroj údajov musia byť dostatočne veľké na určenie veľkosti a smeru akéhokoľvek javu.

Pri vyhodnocovaní bázy údajov a odvodzovaní odporúčaní, sa skupiny tvorcov potrebujú dívať na výsledky cez všetky identifikované štúdie, aby preskúmali, či zistenia prejavujú v rozumnej miere zhodu aj pri sledovaní naprieč sledovaným populáciami a koncepciami štúdií. Ak sa vykonala štatistická analýza nerovnorodosti a nenašla výrazné nezrovnalosti, rozhodnutia sú pomerne zrejme. Keď však výpočty poukazujú na vysoký stupeň nerovnorodosti, alebo sa takéto kalkulácie ani neuskutočnili, tvorcovia odporúčaní musia preskúmať potencionálne dôvody na zmeny a zväžiť následky pre odporúčania, ktoré môžu byť podložené údajovou bazou.

Medzi faktory, ktoré môžu predstavovať nerovnorodosť vo výsledkoch štúdie, patria:

### *(i) Typ osnovy štúdie*

Existujú významné dôkazy o tom, že nerandomizované štúdie účinnosti in-

tervencií v zdravotnej starostlivosti majú tendenciu k preceňovaniu účinnosti, ktoré vzniká ako výsledok väčšej výchyľky v takýchto štúdiách. Skupiny tvorcov guidelines by preto mali zvážiť, či sú zistenia zhodné naprieč rozdielnymi vzormi štúdií. Ak tomu tak nie je, mal by sa položiť väčší dôraz na zistenia zo vzorov štúdií, ktoré sú na vyššej úrovni. Nemali by však zabúdať na dôležitosť nenáhodných štúdií pri potvrdzovaní alebo skúmaní výsledkov z náhodných pokusov.

### *(ii) Kvalita štúdií*

Existujú významné dôkazy o tom, že stanoviská, z ktorých sa vedú štúdie, môžu viesť k odchýlkam. Kritériá kvality použité pri vyhodnocovaní štúdií ako súčasť procesu vytvárania guidelines NIKI odrážajú aspekty vedenia štúdií, ktoré môžu predstavovať odchýlku. V prípade typu pozorovacích štúdií, tieto sa taktiež pokúšajú odhadnúť riziko omylu obsiahnuté vo dizajne štúdie a pravdepodobnosť výsledkov, ktoré sa dajú pripísať náhode. Skupiny tvorcov odporúčaní by mali zvážiť, či sú zistenia zhodné naprieč štúdiami premenlivej kvality, v rámci rovnako širokej kategórie vzoru štúdie. Ak tomu tak nie je, väčšia váha by sa mala klásť na zistenia z dobre vedených štúdií.

### *(iii) Populačné výkyvy*

Mali by sa preskúmať dôkazy, či by rozdiely v populačnej štúdií mohli vysvetľovať niektoré, alebo všetky výkyvy. Všetky biologické (vek, kombinácia pohlaví, stav ochorenia), alebo spoločensko-ekonomické (spoločenská vrstva, zamestnaný / nezamestnaný, atď.) faktory môžu mať vplyv na výsledok.

## **Zovšeobecniteľnosť**

Pri zvažovaní konfliktných výsledkov by sa mala brať do úvahy aj možnosť zovšeobecnenia údaju. Zatiaľ čo závery z dobre vykonaného randomizovaného kontrolného testu (RKT) môžu byť sami o sebe hodnotné – t.j. v kontexte daného testu sa mohla dokázať účinnosť skúmanej intervencie; pokiaľ tento výsledok nie je možné zovšeobecniť nad rámec testovanej populácie, nebola dokázaná ani účinnosť intervencie. V takej situácii musíme dbať na to, aby sa automaticky nepridelovalo viac vierohodnosti údajom z testov RKT v porovnaní s odporujúcim údajom z pozorovacích štúdií, bez starostlivého zváženia vhodnosti daného rámca a vstupných podmienok, ktoré sa aplikovali na sledovanú vzorku populácie.

Samozrejme, platí to aj naopak: ak údaje z testov RKT sa potvrdia pozorovacími skúškami v klinickej praxi, potom bude odporúčanie o to pevnejšie. Ideálne by bolo stanoviť účinnosť prostredníctvom testov RKT a následne stanoviť efektívnosť prostredníctvom pokusov, ktoré sú náhodné, ale majú veľmi široké vstupné kritériá (t.j. vrátane všetkých pacientov, ktorým v „reálnom svete“ predpíšu skúmaný liek, alebo obdržia skúmaný zákrok). Údaje o efektívnosti pochádzajúce z takéhoto druhu pokusu však nemusia byť dovedty k dispozícii.

## *Adresnosť (použitelnosť)*

Výsledky väčšiny precízne vykonaných štúdií sa nemusia priamo týkať tvorby odborných odporúčaní v prípade, ak skúmajú zákrok, ktorý nie je dostupný, alebo použiteľný v rámci Slovenska. V takýchto prípadoch by sa mali odporúčania robiť na základe najlepších údajov, ktoré sú použiteľné v našom kontexte. Pri referenciách by ste sa mali odvolávať na ktorýkoľvek iný údaj, ktorý bol identifikovaný a vyhodnotený a mali by ste pridať vysvetlenie, prečo výsledky neboli pre odporúčanie akceptovateľné.

V niektorých prípadoch sa môže ukázať nevyhnutné založiť odporúčania na extrapolovaných dátach pochádzajúcich zo štúdií z populácií mimo Slovenska. Skupiny tvorcov guidelines musia starostlivo zvážiť použitie výsledkov štúdií v slovenskom kontexte a na slovenských pacientoch. Neustále musia mať na mysli, že takéto výsledky predstavujú oslabenie údajovej bázy a následné znehodnotenie akýchkoľvek súvisiacich odporúčaní.

Jednou z bežne používaných metód pri odhadovaní použiteľnosti údaje je porovnať charakteristiky sledovanej populácie s vlastnosťami populácie, na ktorej by sme chceli aplikovať intervenciu. Pravdepodobne ide však o príliš zjednodušujúci prístup a ak nevezmeme do úvahy aj iné faktory, ako napr. rámec štúdie, môže viesť k nevhodným záverom.

Alternatívny prístup je zvážiť, ktoré podstatné biologické, alebo spoločenské faktory môžu obmedzovať použiteľnosť výsledkov štúdie a posúdiť, či v týchto faktoroch existujú dostatočné rozdiely, ktoré nás oprávňujú nepoužiť údaj na slovenskej populácii. Účinné modifikačné faktory, ktoré môžu zredukovať priame použitie výsledkov štúdie zahŕňajú:

### *(i) Faktory pacienta*

Skupiny tvorcov odborných odporúčaní potrebujú zvážiť, či jestvujú biologicky hodnoverné faktory, ktoré by mohli modifikovať relatívnu dôležitosť rozdielnych prognostických faktorov, citlivosť a špecifickosť diagnostických testov, alebo účinnosť zákrokov a ktorými sa od seba líšia populácie v identifikovaných štúdiách a slovenská populácia. Príklady takýchto faktorov obsahujú základné riziko referenčných štúdií v primárnej alebo sekundárnej starostlivosti alebo vplyv pohlavia, veku, či etnickej príslušnosti.

### *(ii) Faktory dodávateľa*

Skupiny tvorcov guidelines musia zvážiť, či jestvujú faktory týkajúce sa dodávateľa alebo organizačné faktory, ktoré by mohli modifikovať citlivosť, či špecifickosť diagnostických testov na efektívnosť zákrokov, napr. dostupnosť skúseného personálu, ktorý by prevzal postup a interpretoval výsledky.

### *(iii) Kultúrne faktory*

Skupiny tvorcov guidelines taktiež musia zvážiť, či jestvujú kultúrne fakto-

ry, ktoré by mohli modifikovať relatívnu dôležitosť rozdielných prognostických faktorov, citlivosť a špecifickosť diagnostických testov, alebo účinky zákrokov a ktorými sa od seba líšia populácie v určených štúdiách a slovenská populácia. Príklady takýchto faktorov zahŕňajú postoje k propagovaniu zdravia, alebo postoje k sexualite.

V prípade štúdií diagnostických testov jestvuje množstvo dodatočných kritérií, ktoré sa musia brať do úvahy, keď sa chceme uistiť, že zistenia majú relevantný vzťah k cieľovej populácii odborných odporúčaní. Medzi ne patrí:

#### *(i) Spektrum ochorenia*

Pokrýva štúdia rozpätie štádií ochorenia? Toto je zvlášť dôležité pri dlhodobých ochoreniach, ako je rakovina, kde môžu pacienti prechádzať viacerými stupňami, od skorého predmetastázového stupňa až po pokročilé štádium rakoviny. Študované testy by mali demonštrovať vysoký stupeň citlivosti naprieč celou škálou štádií daného ochorenia. Rozsah ochorenia musí byť jasne indikovaný, pretože výsledky sa nedajú zovšeobecniť na iné stupne ochorenia.

#### *(ii) Rámec štúdie*

Tento je ovplyvnený študovanou skupinou pacientov. V primárnej starostlivosti je to pravdepodobne zmes chorých a ne-chorých subjektov, v terciálnej starostlivosti sa u všetkých subjektov dá predpokladať pokročilé ochorenie. Poznanie spoločenského pôvodu pacienta, alebo existencia epidémie ochorenia v čase štúdie môžu u výskumníkov vyvolať predispozíciu identifikovať ako pozitívne výsledky, ktoré by boli inokedy považované za marginálne, alebo negatívne.

#### *(iii) Dĺžka ochorenia*

Ako ľahko sa ochorenie diagnostikuje? Ako dlho musí prebiehať, kým testy neodhalia zhodné výsledky? Aby sme mohli všetko toto vziať do úvahy, mali by sme sledovanú populáciu vyselektovať

## ***Klinický dopad***

Záverečná otázka, ktorú musia skupiny tvorcov odborných odporúčaní zvážiť pri odvodzovaní odporúčaní z potvrdenej bázy zhromaždených údajov, je to, či potencionálny úžitok zo skúmaného zákroku, pokusu a pod. je dostatočne významný na to, aby opodstatnil odporúčanie použiteľné v praxi..

Toto bude závisieť od celého radu faktorov, vrátane veľkosti patientskej populácie, ktorej sa to týka, rozsahu účinku v porovnaní so žiadnou intervenciou, alebo inými možnosťami ošetrovania, dĺžka terapie vyžadovanej na dosiahnutie účinku a pomer rizika a prospešnosti.

Ak údajová základňa neobsahuje žiadnu ekonomickú štúdiu, bolo by potrebné zvážiť, či akékoľvek odporúčania založené na dôkazoch budú mať dopad na zdroje pre zdravotnú starostlivosť na Slovensku. Otázky, ktoré by sa mali zvážiť:

- Počíta navrhnutý spôsob jednania s použitím zdrojov, ktoré sú momentálne dostupné pre všetky zložky štátnej zdravotnej starostlivosti?
- Ak tomu tak nie, je pravdepodobné, že zdroje budú dostupné pre ktorúkoľvek časť zdravotnej starostlivosti (napr. v mestách, ale nie vo vidieckych oblastiach)?
- Ak je nepravdepodobné, že požadované zdroje budú široko dostupné, jestvuje dôkaz podporujúci alternatívny spôsob jednania?
- Je pravdepodobné, že zavedenie odporúčania si bude vyžadovať nové zdroje, alebo presun existujúcich zdrojov?
- Ak áno, ako pravdepodobná je požiadavka na dodatočné zdroje? Boli by oprávnené celkové ekonomické analýzy možností?

(Pozn.: termín “zdroje” pokrýva široký rozsah položiek, ktoré sú odlišné od finančných zdrojov – školený personál, klinický čas, špeciálne diagnostické, alebo liečebné vybavenie a pod.)

Táto etapa by mala tiež obsahovať zváženie pacientových obáv a prání súvisiacich s ponúkaným ošetrením. Údaje o tom, že pacienti si želajú konať v zhode s podávanou liečbou by mali odporúčanie ešte posilniť. Eventuálne, údaj, že pacienti nie sú schopní, alebo si neželajú sledovať predpísanú liečbu by mali zoslabiť odporúčanie a viesť k potrebe vyšetrenia dôvodov vyvolávajúcich pacientove obavy a spôsobov, ako na ne odpovedať.

## ***Posudok kvality dôkazového materiálu***

Kľúčová otázka:	Tabuľka dôkazov:
1. Miera dôkazu <i>Tu uveďte poznámky ku každému problému ohľadom kvantity dôkazov, ktoré sú dostupné k danej téme a ich metodologickej kvality.</i>	
2. Použiteľnosť <i>Tu uveďte poznámky k rozsahu, do akého je dôkaz aplikovateľný v zdravotnej starostlivosti na Slovensku.</i>	
3. Možnosť zovšeobecnenia <i>Tu uveďte svoj komentár na to, do akej miery je rozumné zovšeobecniť výsledky štúdií použitých ako dôkaz pre cieľovú populáciu tejto metódy.</i>	



#### 4. Zhoda

*Tu uveďte svoj komentár k úrovni zhody demonštrovanej poskytnutými dôkazmi. Tam, kde sú nezhodné výsledky, naznačte, ako si skupiny vytvorila názor pokiaľ ide o celkové smerovanie dôkazov.*

#### 5. Klinický dopad

*Tu uveďte svoj komentár na potencionálny klinický dopad, ktorý môže mať niektorý z vplyvov – napr. množstvo pacientov, rozsah účinku, relatívny úžitok v porovnaní s inými možnosťami, vplyv zdroja, porovnanie rizík a úžitku.*

#### 6. Ostatné faktory

*Tu označte ostatné faktory, ktoré ste vzali do úvahy pri vyhodnocovaní dôkazovej základne.*

#### 7. Bilancia dôkazov

*Prosím, sumarizujte syntézu dôkazov zozbieraných prípravnou skupinou, ktorý sa týka tejto kľúčovej otázky, berúc do úvahy všetky hore uvedené faktory a označte primeranú úroveň dôkazov.*

Úroveň dôkazov

#### 8. Odporúčanie

*Áké odporúčania získala skupiny tvorcov metodiky z týchto dôkazov? Prosím označte stupeň odporúčenia (-ni) a akýkoľvek nesúhlasný názor v rámci skupiny.*

Stupeň odporúčania

<b>Informácie potrebné k preskúmaniu ekonomických dôsledkov odborných odporúčaní</b>			
Metodika NIKI:			
Kontrolný zoznam vypracoval:			
<b>1.časť: Zmeny voči súčasnej praxi</b>			
1.1	Podajte krátky popis súčasnej praxe súvisiacej s témou metodiky		
1.2	Aké rozdiely, ak vôbec, by vznikli zavedením guidelines v porovnaní so súčasnou praxou?		
<b>2.časť: Predpokladaný vplyv zmien voči súčasnej praxi</b>			
2.1	Aké pozitívne následky by pravdepodobne malo zavedenie guidelines?		
2.2	Aké vplyv, ak vôbec, by malo zavedenie guidelines na použitie súčasných prostriedkov?		
2.3	Koľko ľudí približne by ovplyvnilo zavedenie odporúčania?		
<b>3.časť: Špecifické ekonomické problémy spojené so zavedením guidelines</b>			
		Ano/ Nie	Stručné detaily a komentáre
3.1	Je pravdepodobné, že zavedenie odporúčania bude mať tak závažné celonárodné, alebo lokálne dôsledky na zdroje, že by napríklad nemohli byť prijaté v rámci existujúceho rozloženia zdrojov?		
3.2	Ovplyvní zavedenie odporúčania výsledky, alebo použitie zdrojov v iných oblastiach štátnej zdravotnej starostlivosti? (Berte do úvahy všetky oblasti, primárnej sekundárnej, alebo lokálnej starostlivosti.)		
3.3	Ovplyvní zavedenie guidelines výsledky, alebo použitie zdrojov v partnerských organizáciách (napr. sociálnu prácu, alebo dobrovoľný sektor)?		
3.4	Ovplyvní zavedenie odporúčania výsledky, alebo použitie zdrojov v budúcnosti?		
3.5	Ovplyvní zavedenie odporúčania výdavky pacientov, napríklad budú musieť uskutočniť dodatočné návštevy nemocnice, alebo všeobecného lekára?		

3.4	Budú iné skupiny profitovať, alebo budú potencionálne znevýhodnené odporúčaniami?		
3.5	Je pravdepodobné, že zavedenie odporúčania bude mať za následok disproporciu v nákladoch alebo v dôsledkoch na konkrétne skupiny?		
<b>4.časť: Celkové hodnotenie ekonomických dôsledkov</b>			
4.1	Sú pravdepodobné ekonomické dôsledky spojené so zavedením tohoto odporúčania?		
4.2	Aké informácie máte k dispozícii, ktoré dokladujú ďalšie hodnotenie ekonomických následkov?		
4.3	Ktoré dodatočné informácie by boli potrebné na ďalší odhad ekonomických vplyvov?		
4.4	Dodatočné komentáre		