

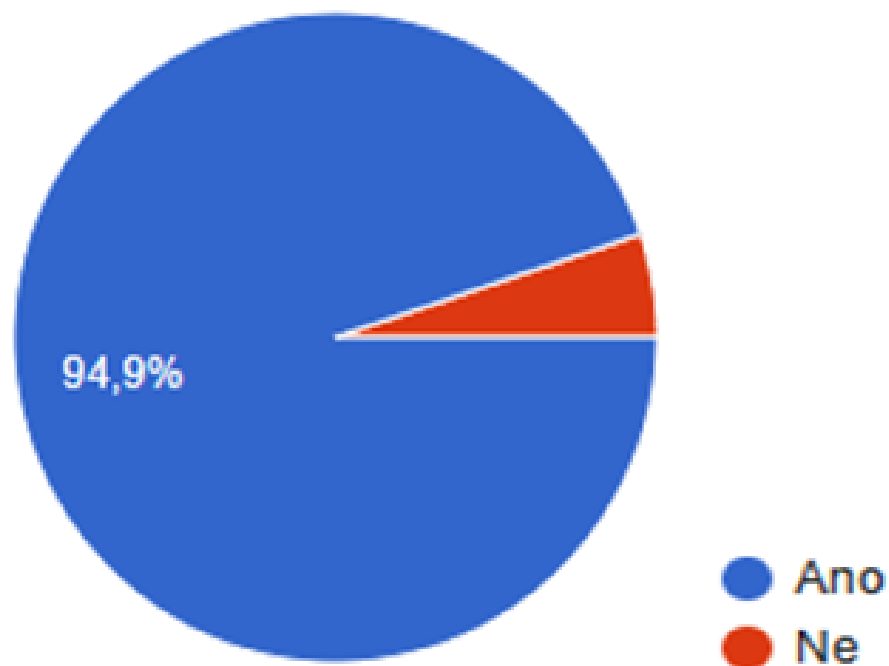
Choosing Wisely- Vybírejte moudře /v interních oborech/

Dan Rakušan, Jiří Nový, Petr Grenar, Jiří Cyrany, Radovan Malý
Lenka Bartošová, Michal Machava, Alžběta Molitorová,
Martin Kováčik, Tereza Šišková, Jan Vrdlovec, Matěj Knopp,
Klára Bořecká, Markéta Ibrahimová, Petra Rozsivalová

4.11. 2025

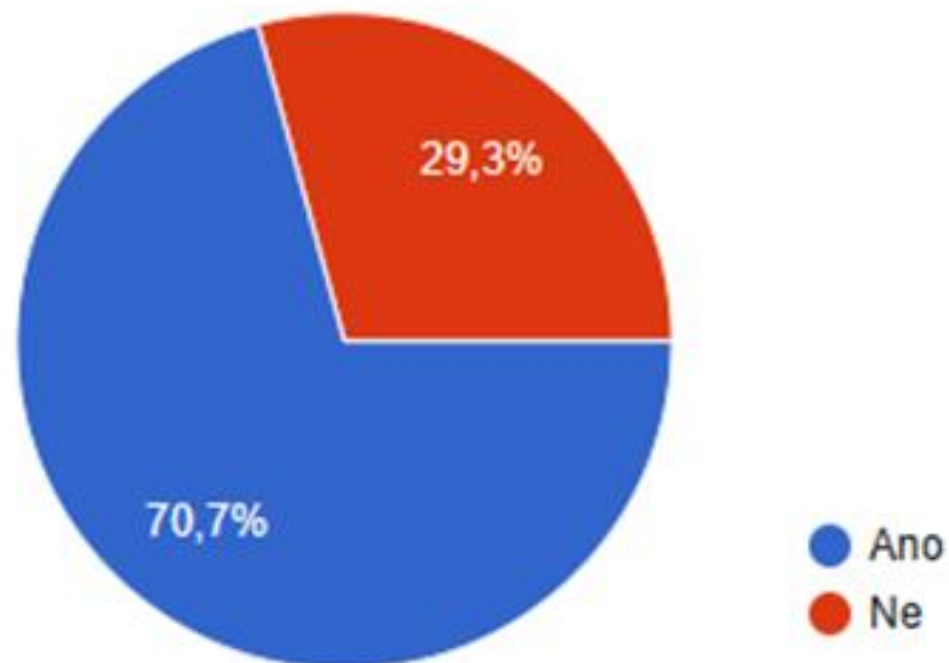
23. konference Společnosti vojenské medicíny ČLS JEP , Praha
Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní Thomayerova nemocnice – FTN, 00064190)

Považujete plýtvání ve formě ordinování zbytečných diagnostických a terapeutických vyšetření za problém současné medicíny?

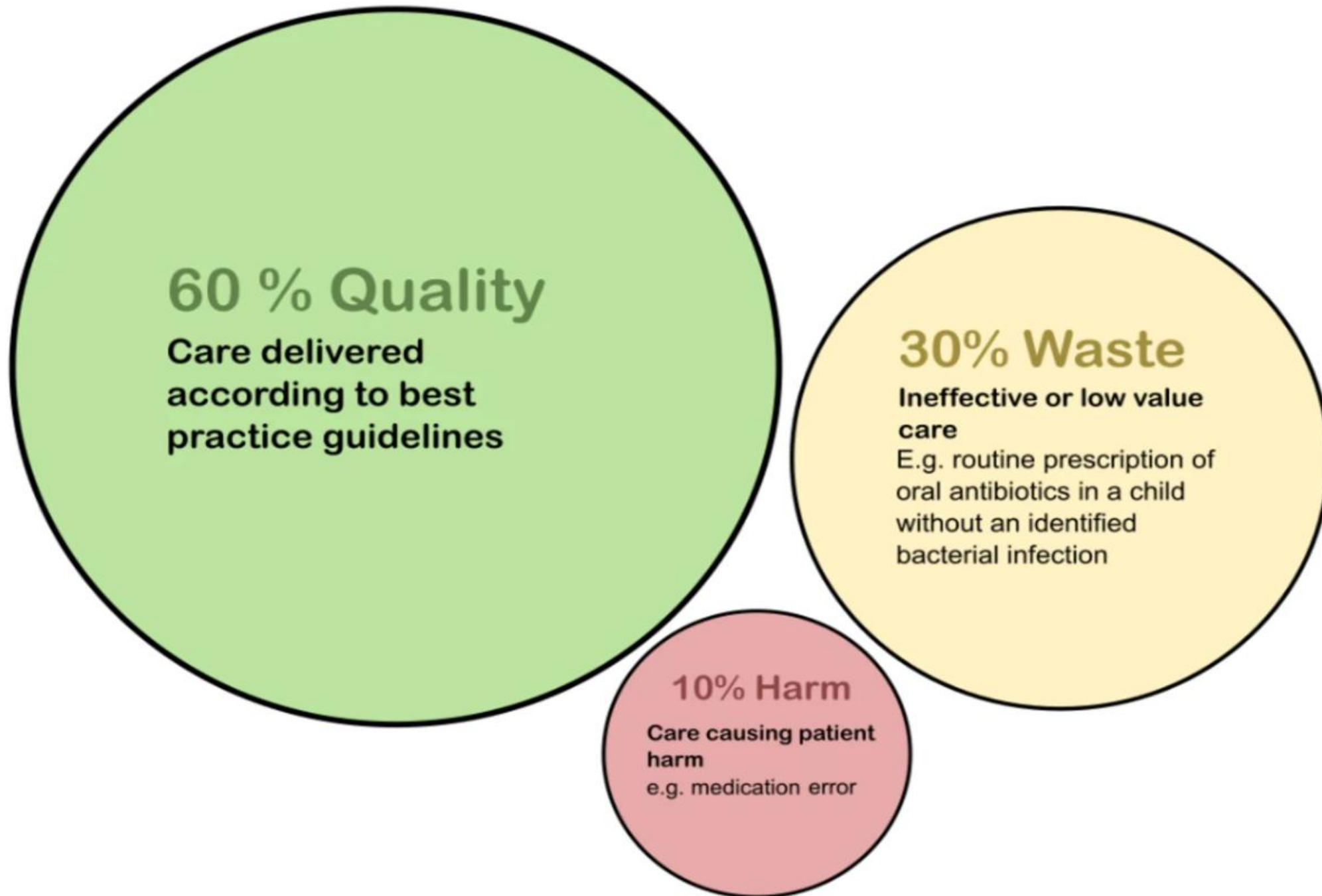


Dotazník FNHK 2023

Ordinujete ve své každodenní praxi diagnostické či terapeutické kroky o jejichž účelnosti a užitečnosti nejste přesvědčeni?



Dotazník FNHK 2023



Principy Choosing Wisely – less is more

- Postupy založené na důkazech EBM
- Neduplikovat vyšetření
- Zvažování škodlivosti vyšetření - volení méně rizikových a zatěžujících procedur
- Zapojení pacienta
- Skutečná nutnost vyšetření ? individualizace

PĚT OTÁZEK

které byste měli položit svému lékaři před jakýmkoli vyšetřením, léčbou nebo výkonem:

1. PROSPĚCH: Opravdu potřebuji toto vyšetření nebo léčbu?

Vyšetření může pomoci vám a vašemu lékaři rozpoznat problém. Výkon ho může pomoci léčit.

2. RIZIKO: Jsou nějaká rizika nebo nežádoucí účinky?

Jaké jsou nežádoucí účinky léčby? Jaká jsou rizika výkonu nebo vyšetření? Jaká je šance, že výsledky vyšetření nebudou přesné? Mohlo by to vést k dalším vyšetřením nebo výkonům?

3. VOLBA: Jsou nějaké jednodušší a bezpečnější možnosti?

Někdy potřebujete jen změnit životní styl, třeba zdravěji jíst nebo se více hýbat.

4. NIC: Co se stane, když teď nebudu dělat nic?

Zeptejte se, zda by se vaše potíže mohly zhoršit (nebo zlepšit) pokud vyšetření nebo léčbu nepodstoupíte hned.

5. CENA: Kolik to bude stát?

Náklady mohou být finanční, citové nebo časové. Jaké jsou náklady pro společnost, jsou rozumné nebo existuje levnější alternativa? Budu něco sám doplácet?

..méně je někdy více.



ČESKÁ
INTERNISTICKÁ
SPOLEČNOST



www.cisweb.cz/choosing-wisely

Kampaň Choosing wisely 2012

výzva k **The Top five list** - 5 diagnostických či terapeutických úkonů v dané specializaci, které jsou dle lékařů nadužívané a neposkytující pacientům smysluplný prospěch

Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't recommend daily home glucose monitoring in patients with Type 2 diabetes mellitus not using insulin.

Self-monitoring of blood glucose (SMBG) is an integral part of patient self-management in maintaining safe and target-driven glucose control in type 1 diabetes mellitus. However, for patients with type 2 diabetes mellitus who are not on insulin or medications associated with hypoglycemia, daily glucose monitoring has been shown to have small statistically significant, but not clinically important, changes in glucose control, and small, but significant, patient harms are associated with daily glucose monitoring. SMBG as part of a structured program of education and medication modification should be reserved for patients during the titration of their medication doses or during periods of changes in patients' diet and exercise routines.

2

Don't perform routine annual checkups unless patients are likely to benefit; the frequency of checkups should be based on individual risk factors and preferences. During checkups, don't conduct comprehensive physical exams or routine lab testing.

Patients who are likely to benefit from annual checkups include those who are overdue for recommended preventive care, at high risk of undiagnosed chronic illness, rarely see their primary care physician, have low self-rated health, or have a high degree of worry. Patients from historically excluded or marginalized groups, such as racial and ethnic minoritized groups and those with low income, are at increased risk of many health problems and are more likely to benefit from checkups. Patients who do not meet any of these criteria probably do not need a checkup every year and should talk with their doctor about how often checkups should occur. For asymptomatic patients, beyond blood pressure measurement, body mass index (BMI) assessment, and cervical cancer screening for women, a regular screening physical examination has not been shown to improve health. For laboratory testing, current recommendations for patients with previously normal results range from every 3 to 5 years for common tests such as blood glucose and lipid levels.

3

Don't perform routine pre-operative testing before low-risk surgical procedures.

The goal of the preoperative evaluation is to identify, stratify, and reduce risk for major postoperative complications. The crucial elements of this evaluation are a careful history and physical examination. Preoperative testing (including blood and urine testing, chest radiographs and electrocardiograms) prior to low-risk surgical procedures typically does not reclassify the risk estimate established through the history and physical examination, may result in unnecessary delays, lead to downstream risk from additional testing, and add unnecessary costs. Clinicians should not routinely order testing before low-risk surgery.

4

Don't recommend cancer screening in adults with life expectancy of less than 10 years.

Screening for cancer can be lifesaving in at-risk patients. While certain screening tests lead to a reduction in cancer-specific mortality, which emerges years after the test is performed, they expose patients to immediate potential harms. Patients with life expectancies of less than 10 years are unlikely to live long enough to derive the distant benefit from screening. Furthermore, these patients are more likely to experience harms since patients with limited life expectancy are more likely to be frail and more susceptible to complications of testing and treatments. Therefore, the balance of potential benefits and harms does not favor cancer screening in patients with life expectancies of less than 10 years.

5

Don't place, or leave in place, peripherally inserted central catheters for patient or provider convenience.

Peripherally inserted central catheters (PICCs) are commonly used devices in medical practice that are associated with costly and potentially lethal healthcare-acquired complications, including central-line associated bloodstream infection (CLABSI) and venous thromboembolism (VTE). Given the clinical and economic consequences of these complications, placement of PICCs should be limited to acceptable indications (e.g., long-term peripherally compatible infusions, non-peripherally compatible infusions, chemotherapy, palliative care, and frequent blood draws). PICCs should be promptly removed when indications for their use end.

Hypotézy TOP 5 pro interní oddělení

- CT angiografie je nadužívána při diagnostice plicní embolie
- restriktivní transfusní politika není respektována
- zbytná medikace geriatrických pacientů není během hospitalizace dostatečně redukována
- mražená krevní plazma je nadužívána u hospitalizovaných pac.
- sporné indikace endoskopie u křehkých geriatrických pacient

Kolonoskopie a křehký geriatrický pacient

- 560 koloskopií (!) ve sledovaném období
- z toho celkem 60 ve sledované věkové skupině 80+
- 20% vyšetření u pacientů s PS více než 2
- 5% indikací zcela nevhodných /PS >2 + nízké riziko nádoru/

zvažujme pečlivě poměr benefit/risk u koloskopií pacientů nad 80 let, zejména při performance status 3-4

Nízká suspekce na tumor	11	3
Jiné	13	3

- **zvažujeme** pečlivě indikaci mražené plazmy, pro většinu výkonů je dostatečným INR 1,8, pokud je pro mraženou plasmu indikace, pak ji podáme ve správném množství a s kontrolou efektu

Zbytná medikace geriatrických pacientů

- 289 pacientů ročník 1937 a starší, dimitováno 250

- nepodáváme u pacientů nad 85 let nevhodné
- lékové skupiny jako benzodiazepiny, Z-hypnotika,
- centrální antihypertenziva, digoxin ve vyšší dávce

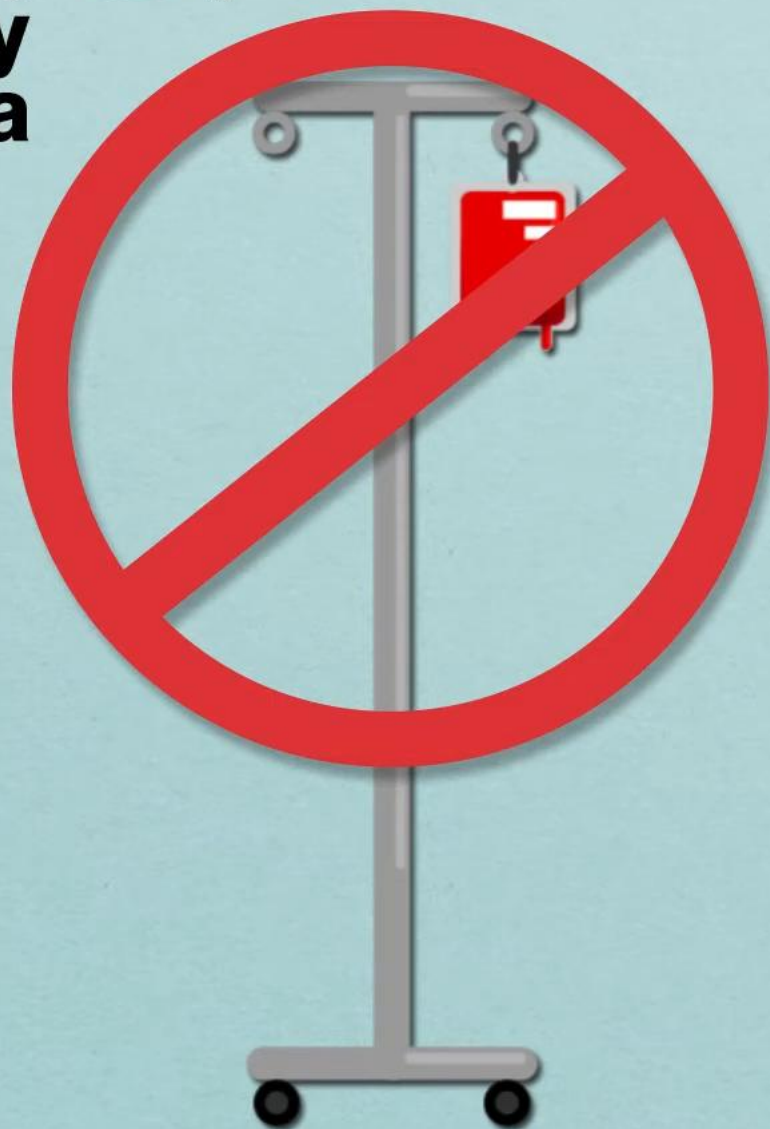
- **Centrální antihypertenzivum** bylo nalezeno u 5 pacientů (2%), **Digoxin** v dávce nad 0,125 mg byl nalezen pouze u 1 pacienta (0,4 %).



neordinujeme angio CT k vyloučení PE při Wellsově score pod nebo rovno 4 a negativních D dimerech korelovaných na věk

Celkový počet CT-Ag	131
Pozitivní CT-Ag	34 (25,9%)
Negativní CT-Ag	97 (74,1%)
Nesprávná indikace	19 (14,5%)

**Choosing
Wisely
Canada**



If



**would be
just as effective**



-
- ☒ Iron deficiency
 - ☒ Chronic disease
 - ☒ B12/Folate deficiency

- ☒ Bone marrow disorder
- ☒ Hemoglobin disorder
- ☒ Bleeding

Recommendation:

hospitalized adult patients hemodynamically stable
...restrictive transfusion strategy:

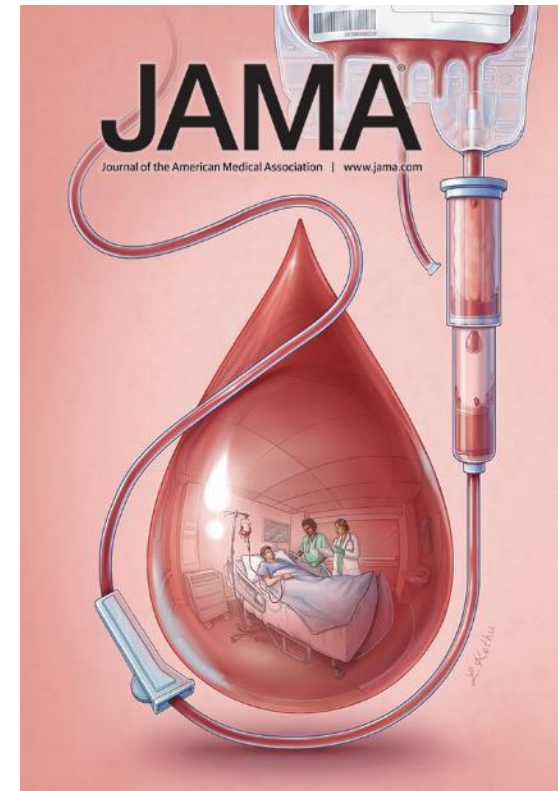
Hb < 70 g/L

Hb < 70 g/L clinically stable on ICU

Hb < 70 g/L hematologic and oncologic disorder.

Hb < 80 g/L preexisting cardiovascular disease

Hb < 80 g/L acute gastrointestinal bleeding.



Restriktivní transfusní politika není respektována

květen - srpen 2023: 615 erymass

respektujme restriktivní transfusní politiku a
nepodávejme u nekrvácejících pacientů transfuze
při Hb nad 70 g/l (ICHS 80g/l)

TOP FIVE list pro interní oddělení

- **neordinujeme** angio CT k vyloučení PE při Wellsově score pod nebo rovno 4 a negativních D dimerech korelovaných na věk 14,5.....8 %
- **respektujeme** restriktivní transfusní politiku a nepodáváme u nekrvácejících pacientů transfuze při Hb nad 70 g/l (ICHS 80g/l) 34%.....25%/o 160EM méně/
- **nepodáváme** u pacientů nad 85 let nevhodné lékové skupiny jako benzodiazepiny, Z-hypnotika, centrální antihypertenziva 12%.....10%
- **zvažujeme** pečlivě indikaci mražené plasmy, pro většinu výkonů je dostačujícím INR 1,8, pokud je pro mraženou plasmu indikace, pak ji podáváme ve správném množství a s kontrolou efektu 45%45% /o 100 MP méně/
- **zvažujeme** pečlivě poměr benefit/risk u koloskopií pacientů nad 80 let, zejména při performance status 3-4 5%.....7,5%

TOP FIVE LIST pro laboratorní diagnostiku PORUCH FUNKCE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY a PATOLOGICKÉ KALCÉMIE

TSH

K vyloučení poruchy funkce štítné žlázy ordinujeme **pouze TSH** - v laboratoři bude v případě patologického TSH reflexním testováním doplněno z téhož odběru:

- free T4 v případě zvýšeného TSH
- free T4 + free T3 v případě sníženého TSH

Free T4/free T3

Free T4 v úvodním odběru je indikován **spolu s TSH** pouze:

- při monitorování léčené hyperfunkce štítné žlázy
- v úvodu léčby hypofunkce štítné žlázy
- při suspektu nebo již známé léčené centrální hypotyreóze

Free T3 je indikováno **pouze**:

- u sníženého TSH a normálního free T4 k vyloučení T3 toxikózy (viz reflexní testování v bodě 1)
- v úvodních kontrolách efektu léčby u těžší hyperfunkce štítné žlázy

Netyreoidální onemocnění

TSH i free T4/free T3 mohou být **mírně mimo referenční meze netyreoidálních příčin**, např. z důvodu stresu, spánkové deprivace, vlivem některých léků, u vážných onemocnění atd., což se často vyskytuje zejména v úvodu akutní hospitalizace. U hospitalizovaných pacientů tedy laboratorně vyšetřujeme štítnou žlázu **pouze** při podezření na klinické projevy tyreopatie - jestliže hodnoty nekorelují s klinickým stavem a dalšími laboratorními parametry, vyšetření po rekonvalescenci opakujeme.

Autoprotilátky anti-TPO, anti-TG, TRAK

Anti-TPO a anti-TG protilátky **neordinujeme** u asymptomatických pacientů, ale citlivější **anti-TPO** pouze při podezření na autoimunitní tyreoiditidu:

- k určení etiologie zjištěné hypofunkce nebo při laboratorním obrazu subklinické hypofunkce (normální free T4+ vyšší TSH), event. hyperfunkce štítné žlázy
- SONO nálezu svědčícímu pro autoimunitní tyreoiditidu
- při podezření na autoimunitní polyglandulární syndrom - při již prokázaných často asociovaných autoimunitních onemocněních
- dále u screeningu těhotných v 1. trimestru v případě zvýšeného TSH

Anti-TG pouze:

- v případě negativního nálezu anti-TPO při trvajícím podezření na autoimunitní tyreoiditidu
- jsou automaticky měřeny při požadavku tyreoglobulinu

Nekontrolujeme vývoj titru již jednou prokázaných patologických protilátek anti-TPO a anti-TG (nekorelují s aktivitou onemocnění).

TRAK ordinujeme **pouze** v dif. dg. zjištěné hyperfunkce štítné žlázy, event. při monitoraci léčby pacientů s GB toxikózou.

Vápník (Ca), parathormon (PTH)

Při patologické kalcémii doplňme:

- **u hyperkalcémie**: PTH, fosfát, albumin, vitamin D pro rychlou dif. dg. mezi dvěma nejčastějšími příčinami: primární hyperparatyreóza (zvýšené Ca + zvýšený PTH) vs. hyperkalcémie u maligních onemocnění (zvýšené Ca+ normální, či spíše suprimovaný PTH)
- **u hypokalcémie**: albumin, fosfát a vitamin D - v případě normální koncentrace vit. D u hypokalcémie, st. p. TTE, při nálezu vyššího fosfátu u hypokalcémie pak také PTH

Ekonomika

Vyšetření	Body	Přímé náklady (Kč)	Omezení frekvencí
TSH	196	20	3/1 den
FT4	203	20	2/1 den
FT3	204	22	bez omezení
Anti-TPO	434	40	1/1 týden
Anti-TG	416	41	1/1 týden
TRAK	608	80	1/1 den
tyreoglobulin	285	74	1/1 den

Při poklesu indikace fT4 a fT3 o 75 % z ambulancí se sníží celkový počet bodů za rok o více než 2 miliony.



**Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z.s.**
Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje,
Výškovická 2995/40 700 30 Ostrava – Zábřeh

Choosing Wisely pro urgentní medicínu

4

Helicobacter pylori IgA, IgG

Promítnost *H. pylori* v populaci je velmi vysoká (30–50 %). Stanovení protilátek proti *H. pylori* nerozliší akutní a prodělanou infekci. Pro potvrzení akutní infekce neinvazivní cestou můžete využít stanovení antigenu ve stolici, které naleznete na naší žádance.

5

SARS-CoV-2 S (IGRA); SARS-CoV-2 S IgG

Stanovením buněčné nebo protilátkové odpovědi proti spike proteinu SARS-CoV-2 nelze rozlišit přirozenou infekci od očkování. Pozitivita nemá jednoznačnou výpovědní hodnotu o ochraně proti infekci. Pro přímý průkaz akutní infekce je nutné použít PCR test. Při podezření na postakutní infekci lze provést stanovení protilátek proti nukleokapsidu SARS-CoV-2 N IgM, IgA, IgG.

Choosing Wisely pro urgentní medicínu

- 1. Neužívejte antibiotika rutinně u dospělých a dětí s nekomplikovanými bolestmi v krku
- 2. Neprovádějte rutinní vyšetření koagulace u pacientů na urgentním příjmu, pokud neexistuje jasně definovaná specifická klinická indikace, jako je monitorování antikoagulancií, u pacientů s podezřením na závažné onemocnění jater, koagulopatii nebo při hodnocení otravy hadím uštknutím.
- 3. Neodkládejte zahájení paliativní péče v přednemocniční péči a na urgentním příjmu u pacientů, kteří by z toho mohli mít prospěch.

- 4. Neindikujte CT plicní angiografii nebo ventilačně perfuzní scintigrafii u pacientů s podezřením na plicní embolii, pokud nebyla použita riziková stratifikace na jejímž základě je vyšetření indikováno.
- 5. Akutní snížení krevního tlaku je indikováno pouze v případě emergentní hypertenze. Nezahajujte léčbu nekorigované arteriální hypertenze rychle působícími perorálními preparáty (captopril apod.)

- 6.Pro laboratorní diagnostiku akutního infarktu myokardu (AIM) nepoužívejte myoglobin nebo CK-MB, ale stanovujte dynamiku troponinu. Odběr kardiomarkerů neprovádějte při nízké klinické pravděpodobnosti ischemické choroby srdeční.
- 7.Tíži alkoholové ebriety stanovujte dle klinického vyšetření, nikoliv dle výsledku orientační dechové zkoušky/ethanolemie
- 8.Neprovádějte endotracheální intubaci paušálně u všech pacientů s GCS ≤ 8 .

- 9. Nepodávejte rutinně kyslík pacientům bez známek hypoxémie – s výjimkou závažného traumatu nebo vybraných specifických stavů.
- 10. Neindikujte zobrazovací vyšetření hlavy nebo krční páteře rutinně u pacientů s nízkým rizikem závažného poranění – využijte validovaná klinická rozhodovací pravidla.

Ordinujete ve své každodenní praxi diagnostické či terapeutické kroky o jejichž účelnosti a užitečnosti nejste přesvědčeni? **Pokud ano, proč?**

FNHK 2023

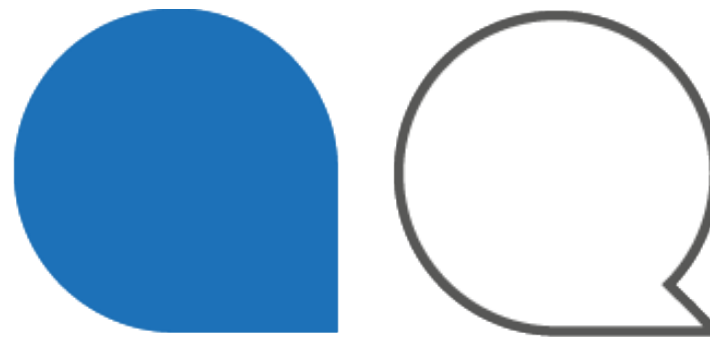
1/ vyžaduje starší lékař/nadřízený

2/ „standardní postup“, zaběhnutá praxe

3/ strach ze stížnosti - žaloby

4/ trvá na tom pacient, rodina pacienta..

5/ „pro jistotu ...“, ujištění se



CHOOSING WISELY
CZECH



VYBÍREJ MOUDŘE!

<https://www.cisweb.cz/choosing-wisely>