proLékaře.cz | 1.5.2025

PŘEHLEDY A ODBORNÁ SDĚLENÍ

Příspěvek k pojmu polypragmazie II. Preskripce a užívání léčiv

Contribution to the concept of polypharmacy II. Prescription and use of medicines

Jozef Kolář • Tünde Ambrus • Dominik Grega • Lenka Smejkalová

Došlo 20. září 2022 / Přijato 11. listopadu 2022

Souhrn

Studie definuje základní terminologickou strukturu spojenou s pojmy preskripce a užívání léčiv ve vztahu k polypragmazii. Správné pojmenování stávající preskripce či užívání léčiva konkrétním pacientem umožňuje volbu vhodné změny s cílem minimalizace lékové zátěže. Cílem zůstává zachování požadovaných terapeutických výstupů, s důsledkem zlepšení kvality života.
Klíčová slova: polypragmazie • sociální preskripce • racionální preskripce • neracionální preskripce • racionální užívání léčiv • neracionální užívání léčiv

Summary

The study defines the basic terminological structure associated with the concepts of prescribing and medication use in relation to polypharmacy. Correctly naming the current prescription or use of a medication by a particular patient allows for the selection of an appropriate change to minimize the medication burden. The aim remains to maintain the desired therapeutic outcomes with an improved quality of life.
Keywords: polypharmacy • social prescribing • rational prescribing • irrational prescribing • rational use of medicines • irrational use of medicines

J. Kolář[1, 2] • PharmDr. Tünde Ambrus, Ph.D. (✉)[1] • D. Grega[1] • L. Smejkalová[1, 2]
[1]Farmaceutická fakulta, Masarykova univerzita
Ústav aplikované farmacie
Palackého třída 1946/1, 612 00 Brno
e-mail: ambrust@pharm.muni.cz
[2]Farmaceutická fakulta Univerzita Karlovy, Hradec Králové
Katedra sociální a klinické farmacie

Polypragmazie

Polypragmazii můžeme chápat jako souběžné ***užívání více*** léčivých přípravků, přičemž bychom měli dodržovat terminologické linie předepisování, užívání, případně spotřeba/utilizace léčiv[1)]. Ty můžeme schematicky vyjádřit (obr. 1). Linie obsahují rovněž návrhy na řešení neadekvátní preskripce a mohou sloužit jako úvod k širší odborné diskusi.

OBSAHOVÉ VYMEZENÍ JEDNOTLIVÝCH SLOŽEK

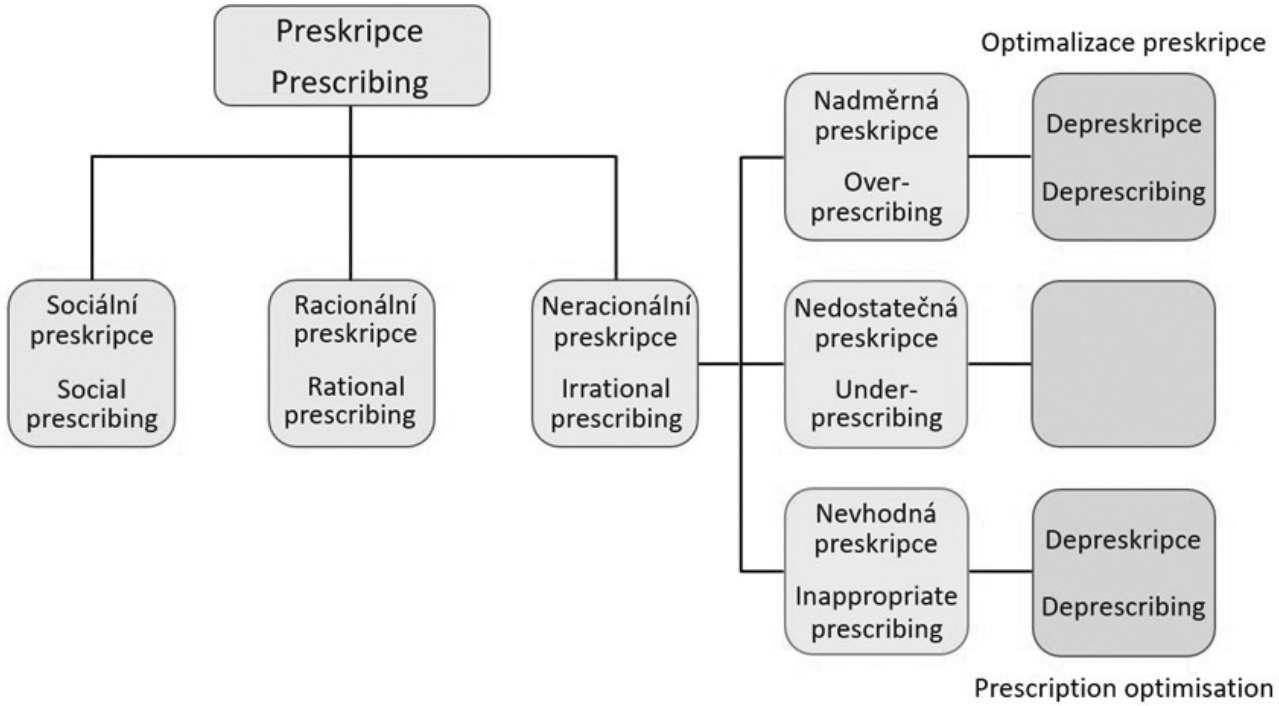
Preskripce

Sociální preskripce (social prescribing, social/community referral)

Sociální preskripce, někdy také sociální/komunitní doporučení je klíčovou součástí univerzální individualizované péče[2)]. Je to obecný termín, který vznikl ve Velké Británii[3)]. Jedná se o způsob, který umožňuje zdravotnickým pracovníkům odkazovat lidi na řadu místních neklinických služeb. Koncept vychází ze skutečnosti, že zdraví a životní pohodu lidí určuje především řada sociálních, ekonomických a environmentálních faktorů, a proto se snaží řešit potřeby lidí komplexním způsobem. Jeho cílem je také podpořit jednotlivce v tom, aby převzali větší kontrolu nad svým zdravím[4)]. Současně se řeší otázka úspěšnosti nebo hodnoty za vynaložené prostředky[5)].

Podobně jako v jiných případech neexistuje žádná obecně přijímaná definice sociální preskripce. Jedna z verzí publikovaná v roce 2016 v krátkém a úplném znění říká[6)]: *„Sociální preskripce umožňuje zdravotnickým pracovníkům odkázat pacienty na kontaktního pracovníka, aby společně navrhli neklinickou sociální preskripci s cílem zlepšit jejich zdraví a pohodu."* V úplné definici je charakterizována jako „Prostředek umožňující praktickým lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům v první linii odkázat pacienty na kontaktního pracovníka – poskytnout jim osobní rozhovor, během něhož se mohou dozvědět o možnostech a navrhnout vlastní individuální řešení, tj. „spoluvytvářet" svůj „sociální recept" – tak, aby lidé se sociálními, emocionálními nebo praktickými

proLékaře.cz | 1.5.2025



Obr. 1. Preskripce léčiv – terminologie

potřebami měli možnost najít řešení, která zlepší jejich zdraví a pohodu, často s využitím služeb poskytovaných dobrovolnickým a komunitním sektorem[6].

Smyslem sociální preskripce je redukovat náklady na zdravotní péči, zmírnit tlak na praktické lékaře – ve Velké Británii se v roce 2015 odhadovalo, že přibližně 20 % konzultací pacientů se týká spíše sociálních než zdravotních problémů[7]. Má potenciál jako částečná alternativa snížit preskripci léčiv a snížit náklady na ně, podpořit snížení nadměrné závislosti na léčivech i nadměrnou preskripci.

Racionální preskripce léčiv (rational prescribing)

„… jsem toho názoru, že lékařské umění by mělo být racionální, ale mělo by čerpat poučení ze zjevných příčin, přičemž všechny nejasné příčiny by měly být z praxe tohoto umění vyřazeny, i když ne ze studia lékaře.“[8].

Uvedenou myšlenku lze, po Hippokratových spisech, nalézt v úvodu nejstaršího latinsky psaného lékařského pojednání *De Medicina*. Jejím autorem je Aulus Cornelius Celsus (25 př. n. l. až 50 n. l.), jeden z nejvýznamnějších římských autorů.

Racionální preskripce popisuje logický přístup, který zahrnuje stanovení (diferenciální) diagnózy, odhad prognózy, stanovení cílů léčby, výběr nejvhodnější léčby a sledování účinků této léčby[9].

Světová zdravotnická organizace vydala k této problematice v roce 1994 *Příručku pro správné předepisování*, s dotisky v letech 1998 a 2001[10]. Na příručku navazoval doprovodný svazek *Průvodce učitele správným předepisováním* vydaný v roce 2001[11]. Z novějších pokynů pro správné předepisování léčiv vzpomeňme například *Deset principů správné preskripce* vypracovaných Britskou farmakologickou společností[12] aj.

Racionální preskripci lze charakterizovat jako snahu o:
- maximalizování klinické účinnosti,
- minimalizování poškození pacienta,
- zabránění plýtvání s omezenými zdroji zdravotní péče, tzn. minimalizování nákladů,
- respektování volby pacienta[9].

Aronson uvádí, že racionalita nemusí stačit. U preskripce všichni usilujeme o **racionální** předepisování, ale možná zapomínáme, že to není totéž jako **vhodné** předepisování[13]. Racionální předepisování je popisováno jako proces, při kterém se rozhoduje o předepisování; vhodné předepisování je to, co je výsledkem nebo by mělo být výsledkem[14]. Racionální předepisování nemusí být vhodné. Racionální argumentace může vést k nevhodnému předepisování; vhodné předepisování závisí na pochopení problému jako celku. Teprve, když předepisující lékař disponuje všemi potřebnými znalostmi a porozuměním, stává se racionální předepisování vhodným předepisováním. Naopak správné předepisování může být výsledkem i v případě chybné argumentace. Racionální argumentace může vést k nevhodnému předepisování, pokud předepisujícím lékařům chybějí důležité informace, které ovlivňují jejich úvahy, nebo pokud nedocení důležitou výhradu[13].

Aronson později definuje další pojem – **vyvážené** předepisování jako proces, který doporučuje léčivý přípravek odpovídající stavu pacienta a v mezích nejistoty, která je spojena s terapeutickými rozhodnutími, dávkovací režim, který optimalizuje poměr prospěchu a rizika[15]. Vyvážené předepisování se řídí odpověďmi na devět otázek (indikace, účinnost, dávkování, překrývající se léčivé přípravky, inter-

proLékaře.cz | 1.5.2025

akce, onemocnění, objednávky, doba (trvání) užívání/léčby a výdaje – **I**ndication, **E**fficacy, **D**osage, **O**verlapping medications, **I**nteractions, **D**iseases, **O**rders, **P**eriod (duration) of treatment and **E**xpense.) K jejich zapamatování lze využít mnemotechnickou pomůcku v podobě akronymu: **I.E. DO I DOPE?** (tj. beru drogy?)[16].

Neracionální preskripce léčiv (irrational prescription)

Někdy se taxativně vyjmenovávají způsoby neracionální preskripce léčiv, které mohou mít podobu pěti různých způsobů: nadměrné preskripce (overprescribing), nedostatečné preskripce (underprescribing), nesprávné preskripce (incorrect prescribing), extravagantní preskripce (extravagant prescribing) a vícenásobné preskripce (multiple prescribing)[17].

Můžeme se také setkat s označením **suboptimální preskripce**. Suboptimální má význam ne úplně nejlepší, ale přijatelný, blížící se optimálnímu či úplnému řešení[18]. Je otázkou, zda je lze bez výhrad přijmout v situaci, kdy je suboptimální preskripce definována jako nadužívání (polypragmazie), nevhodná preskripce ve smyslu preskripce potenciálně nevhodných léčiv (léčiv, jejichž rizika jsou u starších dospělých vyšší než přínosy) a nedostatečné užívání indikovaných léčiv[19–21]. Další autoři definují suboptimální management léčiv jako nadměrné užívání, nedostatečné užívání, nepravidelné užívání nebo kontraindikované užívání předepsaných nebo nepředepsaných léčiv[22].

Rovněž se řada ukazatelů, které mohou zvyšovat riziko poškození v souvislosti s léčivy, včetně polypragmazie, nedostatečné preskripce a vysoce rizikové preskripce, jako je předepisování potenciálně nevhodných léčiv zahrnuje pod souhrnný pojem potenciálně suboptimální léčebné režimy[23].

Nadměrná preskripce (overprescribing)

Španělský jezuitský učenec Baltasar Gracián y Morales (1601–1658) už v roce 1647 ve své knize *Oráculo Manual y Arte de Prudencia* (Umění světské moudrosti), sbírce 300 maxim (tj. krátkých ponaučení, životních pravd) napsal: *„Je třeba moudrého lékaře, aby věděl, kdy nepředepisovat, a někdy větší umění spočívá v nepoužívání léčiv.“*[24, 25].

Slovníkové definice nadměrné preskripce se vesměs shodují: jedná se o předepsání nadměrného množství (počtu) léčivých přípravků nebo předepsání léčivého přípravku v nadměrném množství (dávce) nebo častěji, i když to není nutné.

Z odborného hlediska nadměrná preskripce popisuje situaci, kdy jsou lidem předpisovány léčivé přípravky, které nepotřebují nebo nechtějí, nebo kdy potenciální rizika převažují nad přínosy. Může k tomu dojít, když je k dispozici lepší alternativa, ale není předepsána, léčivý přípravek je vhodný pro daný stav, ale nikoliv pro konkrétního pacienta, stav se změní a léčivý přípravek již není vhodný nebo jej pacient již nepotřebuje, ale je mu nadále předepisován[26, 27].

Vymezení nadměrné preskripce je širší, zahrnuje rovněž aspekt předepsání léčiva, které není indikováno, nebo pokud je indikováno, je doba léčby příliš dlouhá nebo množství léčiva podaného pacientům přesahuje množství potřebné pro aktuální léčbu[17], předepsání léčivého přípravku v případě, kdy existuje lepší nemedikamentózní alternativa, nebo je použití léčivého přípravku nevhodné vzhledem k situaci a přáním pacienta[28].

Nedostatečná preskripce (underprescribing)

Nedostatečná preskripce je antonymum, opozitum k výše uvedenému pojmu nadměrná preskripce s významem nepředepisovat potřebná léčiva, nebo předepisovat léčiva v nižším dávkování, nebo méně často/dlouho, než je vhodné.

Nedostatečnou preskripci lze definovat jako absenci indikovaného léčivého přípravku, přičemž nebyl nalezen důvod pro jeho nepředepsání[29], resp. jako vynechání farmakoterapie, která je indikována k léčbě nebo prevenci nemoci nebo stavu[30]. Cherubini et al. v práci z roku 2012 uvádějí, že studie, které hodnotily nedostatečnou preskripci v kontextu celkové farmakoterapie starších pacientů za použití standardizovaných kritérií, potvrdily, že nedostatečná preskripce je rozšířená ve všech zdravotnických zařízeních. Současně se zamýšlejí nad otázkou, zda je nedostatečná preskripce vždy nevhodná a jaké jsou její následky a jaké jsou možnosti její prevence[21]. Nedostatečná preskripce nebo vynechání jasně indikovaného léčiva staršímu dospělému pacientovi může pravděpodobně prospět[31].

Nevhodná preskripce (inappropriate prescribing)

Nevhodná preskripce byla definována jako preskripce léčiv, která mají větší potenciální riziko než potenciální přínos, nebo preskripce, která není v souladu s přijatými lékařskými standardy[20]. U starších osob jsou za potenciálně nevhodná léčiva považována ta, která nemají jasnou indikaci založenou na důkazech, nebo mají podstatně vyšší riziko nežádoucích vedlejších účinků ve srovnání s mladšími osobami, nebo nejsou nákladově efektivní[32].

Pozn.: Někteří autoři pracují s termínem **chybná** nebo **nesprávná preskripce** (misprescribing), přičemž ani v tomto případě není shoda na jeho obsahu. Například do této kategorie řadí neúmyslnou nadměrnou preskripci, korupční nadměrnou preskripci, kvalitativní nadměrnou preskripci, kvantitativní nadměrnou preskripci, „multiclass“ nadměrnou preskripci (tzn. předepisování léčiv z různých farmakoterapeutických skupin k léčbě stejné skupiny symptomů, resp. diagnózy) a nedostatečnou preskripci[33], nebo ji společně s nadměrnou a nedostatečnou preskripcí začleňují do kategorie nevhodná preskripce[34].

Extravagantní preskripce (extravagant prescribing)

O extravagantní preskripci se hovoří tehdy, když lékař předepíše dražší léčivý přípravek, ačkoliv existuje

proLékaře.cz | 1.5.2025

levnější léčivý přípravek se srovnatelnou bezpečností a účinností, nebo když lékař léčí pacienta symptomaticky, místo aby řešil základní závažné onemocnění[17].

Vícenásobná preskripce (multiple prescribing)
Za vícenásobnou preskripci se považuje i předepisování dvou nebo více léčiv v situaci, kdyby se stejného účinku dosáhlo pomocí méně léčiv, nebo pokud lékaři léčí několik souvisejících stavů, kdyby léčba základní (primární) poruchy zlepšila nebo vyléčila ostatní stavy[17].

Depreskripce (deprescribing)
Pojem depreskripce byl poprvé uveden v literatuře Woodwardem v roce 2003[35], jeho používání se stalo běžnějším po roce 2014, kdy jej Alldred popsal jako nové odvážné slovo[36].

Rozumná depreskripce je stejně důležitá jako rozumná preskripce[37]. Depreskripce je plánovaný a kontrolovaný proces snižování dávky nebo vysazení léčiva, které by mohly vést k poškození pacienta nebo již nejsou prospěšné. Jedná se o součást správné preskripce – ustupování od příliš vysokých dávek nebo vysazení podávání léčiv, která již nejsou potřebná[38]. Podobně jako v případě polypragmazie i u toho termínu existuje více definicí, například depreskripce je systematický proces identifikování a vysazení léčiv v případech, kdy existující nebo potenciální rizika převažují nad existujícími nebo potenciálními přínosy v kontextu cílů péče o jednotlivého pacienta, jeho současné úrovně fungování, očekávané délky života, hodnot a preferencí[39].

Také v případě depreskripce byly vypracovány návody či pokyny v podobě přehledů zásad a managementu tohoto postupu[40].

Cílem je snížit lékovou zátěž nebo poškození a zároveň zlepšit kvalitu života[41], v návaznosti na minimalizování polypragmazie zlepšit výsledky léčby pacientů[42, 43]. Otázka udržení nebo zlepšení kvality života v důsledku depreskripce zůstává otevřená, jak vyplývá ze studie[44]. Její autoři uvádějí, že depreskripce nemusí významně zlepšit kvalitu života a spokojenost pacientů s péčí.

S depreskripcí se můžeme též setkat při změně kauzální léčby (např. u protinádorové chemoterapie) na individualizovanou symptomatickou a podpůrnou léčbu v duchu konceptu nejlepší podpůrné péče (*best supportive care*) s cílem udržení, zachování a zlepšení kvality života v okamžiku, kdy již není možné pokračovat v kauzální léčbě.

Cílená léčba se mění na poskytování komplexních podpůrných intervencí pacientovi a jeho blízkým a snižování nepřiměřené péče (příliš zatěžujících diagnostických a terapeutických intervencí)[45].

Depreskripce – praktické pomůcky
Depreskripce je založena na revizi medikace. K přemýšlení nad racionální farmakoterapií, reflexi a její úpravě lze využít několik nástrojů – pokynů a algoritmů. Algoritmizace postupů je známa například pod akronymy „NO TEARS“, „SAIL“, „TIDE“, „ERASE“ aj. Těm se věnujeme v samostatném příspěvku[46]. Známé postupy optimalizace farmakoterapie u populace seniorů (Beersova kritéria, STOPP/START kritéria, OPERAM, STRIP, algoritmus ARMOR, MAI INDEX a jiné) v tomto sdělení neuvádíme.

Užívání léčiv

***Racionální užívání léčiv (rational/appropriate use of medicines)* (obr. 2)**
„Léčiva sama o sobě nejsou nic, ale jsou rukou Boží, pokud jsou používána s rozumem a rozvahou.“[47]

Tento výrok je přisuzován řeckému lékaři Hérofilovi působícímu v Alexandrii a žijícímu patrně v letech 335 př. n. l. až 280 př. n. l. Proto se někdy uvádí, že koncept racionálního (*ratio*, latinsky rozum) užívání léčiv sahá do roku 300 př. n. l.

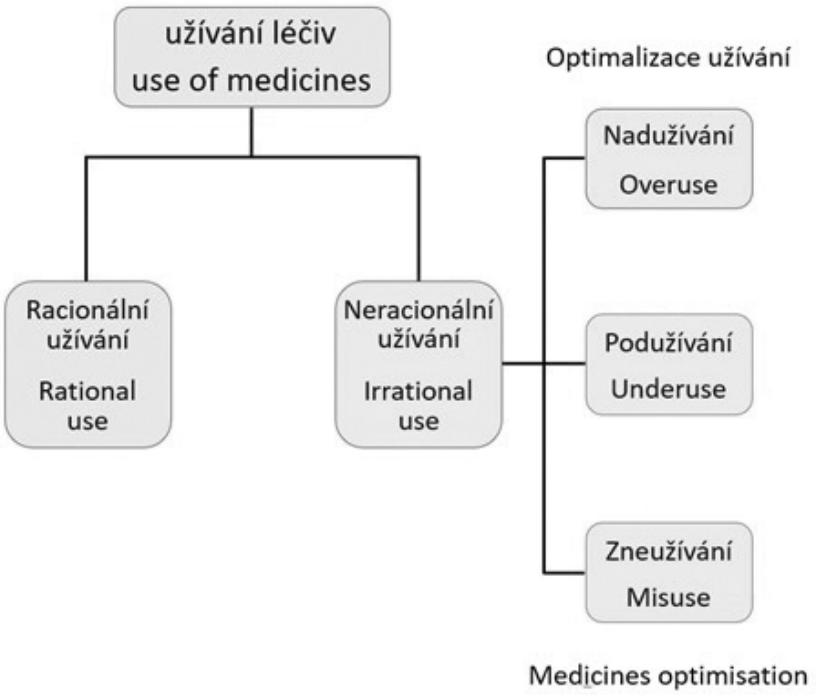
Nejčastěji citovaná definice byla formulována na Konferenci expertů o racionálním užívání léčiv, konané ve dnech 25. až 29. listopadu 1985 v keňské Nairobi. Racionální užívání léčiv vyžaduje, aby *„pacienti dostávali léčiva odpovídající jejich klinickým potřebám, v dávkách, které odpovídají jejich individuálním požadavkům po přiměřenou dobu a s co nejnižšími náklady pro ně i pro jejich komunitu.“*[48]

Racionální užívání léčiv podrobněji specifikují kritéria, v nichž se uvádí, že někdy nejvhodnější léčba nezahrnuje léčiva. Pokud ano, racionální užívání léčiv vyžaduje, aby byl vhodný léčivý přípravek předepsán, aby byl dostupný ve správný čas za cenu, kterou si lidé mohou dovolit, aby byl správně vydán a aby byl užíván ve správné dávce ve správných intervalech a po správnou dobu. Vhodný léčivý přípravek musí být účinný a mít přijatelnou kvalitu a bezpečnost[48].

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2002 publikovala dvanáct základních intervencí na podporu racionálnějšího užívání léčiv včetně vysvětlujícího komentáře[49], a v roce 2010 jejich stručnější podobu[50]:

- zřízení multidisciplinárního národního orgánu, který by koordinoval politiky v oblasti užívání léčiv,
- používání klinických pokynů,
- vypracování a používání národního seznamu esenciálních léčiv,
- zřízení lékových a terapeutických komisí v okresech a nemocnicích,
- zařazení výuky farmakoterapie založené na řešení problémů do pregraduálních studijních programů,
- kontinuální vzdělávání lékařů jako požadavek pro získání licence,
- dohled, audit a zpětná vazba,
- využívání nezávislých informací o léčivých přípravcích,
- vzdělávání veřejnosti v oblasti léčiv,
- vyhýbání se nevhodným finančním pobídkám,
- používání vhodné a prosazované regulace,
- dostatečné státní výdaje na zajištění dostupnosti léčiv a personálu.

proLékaře.cz | 1.5.2025



Obr. 2. Užívání léčiv – terminologie

Jiný pohled na racionální užívání léčiv představuje Světová banka. Ten zahrnuje dva hlavní principy:

- užívání léčiv v souladu s vědeckými údaji o účinnosti, bezpečnosti a compliance,
- nákladově efektivní užívání léčiv v rámci možností/omezení daného zdravotnického systému[51, 52].

Tato definice se od definice WHO liší dvěma způsoby. Zaprvé výslovně uvádí, že základem pro rozhodování o používání léčiv musí být vědecké údaje, zatímco definice WHO je ve svém přístupu relativističtější. Za druhé Světová banka uvádí, že užívání léčiv by mělo být řízeno v souladu s finančními možnostmi společnosti, v jejímž rámci je rozhodnutí přijímáno. Definice WHO naproti tomu říká, že vybrané léčivé přípravky by měly mít co nejnižší náklady bez ohledu na kontext[51].

Orive et al. se domnívají, že je třeba definici WHO urychleně aktualizovat v souladu s konceptem One Health (Jedno zdraví), který vychází z mezinárodní interdisciplinární spolupráce pro dosažení optimálního zdraví člověka, zvířat a životního prostředí. Navrhují její doplnění: *„Racionální užívání léčiv vyžaduje, aby pacienti dostávali léčiva odpovídající jejich klinickým potřebám, v dávkách, které odpovídají jejich individuálním požadavkům po přiměřenou dobu a s co nejnižšími náklady pro ně i pro jejich komunitu, s ohledem na vzájemné propojení lidí, zvířat, rostlin a jejich společného životního prostředí"*[53]. Tradiční pojetí racionálního užívání léčiv vůbec nebere v úvahu ekotoxikologický dopad léčiv[54].

Širší pojetí racionálního užívání léčiv představují Abive et al.: Racionální užívání léčiv je proces vhodného předepisování, výdeje a užívání léčiv pacientem pro diagnostiku, prevenci a léčbu nemocí a je nezbytné pro zajištění kvality zdravotní a lékařské péče o pacienty a účinnosti užívaných léčiv[55]. V tomto konceptu se od sebe neodlišují kompetence a zodpovědnosti jednotlivých aktérů – předepisujícího lékaře (např. adherence k doporučeným diagnostickým a terapeutickým postupům), dispendujícího lékárníka (adherence k doporučeným postupům k dispenzační činnosti a poskytování farmaceutické péče) a pacienta užívajícího léčiva (compliance s lékovou terapií – rozsah dodržování předepsaného lékového režimu; v širších souvislostech léčebného režimu).

Neracionální užívání léčiv (irrational/non-rational use of medicines)

Užívání léčiv je racionální (vhodné, správné), dochází-li k němu v duchu výše uvedené definice WHO. Neracionální (nevhodné, nesprávné) užívání léčiv nastává tehdy, když jedna nebo více z těchto podmínek není splněna[56]. Neracionální užívání je užívání léčiv způsobem, který není v souladu s výše definovaným racionálním užíváním, resp. s kritérii pro racionální užívání léčiv[57] – *„racionální užívání léčiv vyžaduje, aby byly předepsány vhodné léčivé přípravky, aby byly k dispozici ve správný čas za cenu, kterou si lze dovolit, v určitých intervalech a po správnou dobu. Vhodné léčivé přípravky musí být účinné a mít přijatelnou kvalitu a bezpečnost"*.

Nadužívání (overuse, overmedication, overutilization)

K nadužívání léčiv dochází tehdy, když pacient užívá nadměrné množství léčiv nebo užívá léčiva zbytečná; když je léčivý přípravek nebo léčba podávána bez lékařského opodstatnění.

Může souviset s nadměrnou preskripcí, ale nemusí – dochází k němu také ve vazbě na užívání dalších léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský

proLékaře.cz | 1.5.2025

předpis (iniciativa pacienta, tzv. příprodeje v lékárnách, reklama atd.) nebo v důsledku non-compliance.

Je namístě připomenout, že expanze medicíny je spojena s jejím přehnaným užíváním – s prvkem **medicinalizace**, kdy se některé problémy každodenního života stávají nemocemi, aniž jsou ve skutečnosti nemocemi. Navíc jsou tyto „nemoci" řešeny medikamentózně – **medikalizací**. Někteří autoři se domnívají, že jde jen o rozdíl v překladu tohoto pojmu z anglického jazyka[58]. Diskutují se kritéria odlišení medikalizace a nadměrné medikalizace[59].

Podužívání (underuse)

K podužívání či nedostatečnému užívání léčiv dochází z více důvodů – například v důsledku zanedbání poskytování lékařsky nezbytné péče pacientům, nedodržení osvědčených postupů zdravotní péče (non-adherence zdravotnických pracovníků), nezodpovědnosti (non-compliance) pacientů aj.

Nedostatečné užívání je definováno jako nezahájení účinné léčby u osob s onemocněním, u kterého byla prokázána účinnost jedné nebo více skupin léčiv[60].

Obecně: nedostatečné využívání a nevyužívání účinných a cenově dostupných lékařských zákroků.

Zneužívání, nesprávné užití (misuse)

Zneužívání léčiv lze definovat jako nevhodné užívání léčiva určeného k léčebným účelům – jiným způsobem nebo v jiné dávce. Jedná se o užívání látky/léčiva za účelem, který není v souladu s právními nebo lékařskými pokyny[61].

Často se pojmy misuse a abuse používají zaměnitelně, ale je mezi nimi zřetelný rozdíl. Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) vysvětluje, že rozdíl mezi zneužitím a nesprávným použitím souvisí s úmysly nebo motivací jednotlivce[62].

Závěr

Polymedikace je velkou výzvou současné medicíny. Postiženou je nejvíce stará a polymorbidní populace. Koncept polymedikace je svou podstatou těžko uchopitelný, příliš obecný a nepřesný[63]. Potvrzuje to i existence nejméně 138 definicí polypragmazie[64].

Uměním lékaře je léčit pacienta v rámci vhodné a racionální terapie/farmakoterapie a přistupovat ke každému pacientovi individuálně. V případě vyhodnocení, že pacient potřebuje farmakoterapii, by měl mít lékař na paměti, že je důležité zvolit vhodnou kombinaci a dávku léčivého přípravku, aby nedocházelo k neracionální preskripci. I přes největší snahu lékařů je někdy nutné počáteční preskripci upravit a neměla by být opomíjena vhodná a řízená depreskripce. Zapomínat by se nemělo také na sociální faktory, které ve velké míře mohou pomoci snížit zátěž lékových intervencí u pacienta.

Práce byla podpořena grantem Masarykovy univerzity (MUNI/A/1246/2021).

Střet zájmů: žádný.

Literatura

1. **Kolář J., Ambrus T., Grega T., Smejkalová L.** Příspěvek k pojmu polypragmazie. I. Etymologické poznámky a charakteristika. Čes. slov. Farm. 2022; 71, 245–250.
2. Social prescribing. https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/
3. **Islam M. M.** Social Prescribing – An Effort to Apply a Common Knowledge: Impelling Forces and Challenges. Front Public Health 2020; 8, 515469
4. What is social prescribing? https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing
5. **Bickerdike L., Booth A., Wilson P. M., Farley K., Wright K.** Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open 2017; 7, e013384.
6. Report of the annual social prescribing network conference. (2016). London: University of Westminster, Wellcome Trust, & College of Medicine.
7. **Roberts N.** Plan to expand social prescribing in bid to tackle health inequalities. https://www.gponline.com/plan-expand-social-prescribing-bid-tackle-health-inequalities/article/1442837
8. De Medicina. Celsus. W. G. Spencer ed. Cambridge, Massachusetts. Harvard University Press. 1971 (Republication of the 1935 edition).
9. **Maxwell S. R. J.** Rational prescribing: the principles of drug selection. Clin. Med. (Lond) 2016; 16(5), 459–464.
10. **De Vries T. P. G. M., Henning R. H., Hogerzeil Hans V., Fresle D. A.** WHO Action Programme on Essential Drugs. et al. (1994). Guide to Good Prescribing: A practical manual/authors: T. P. G. M. de Vries ... [et al.]; with contributions from F. M. Haaijer-Ruskamp and R. M. van Gilst. World Health Organization.
11. World Health Organization (2001). Teacher's guide to good prescribing. Hans V. Hogerzeil (editor) ... [et al.]. World Health Organization.
12. Ten Principles of Good Prescribing. https://www.bps.ac.uk/education-engagement/teaching-pharmacology/ten-principles-of-good-prescribing
13. **Aronson J. K.** Rational prescribing, appropriate prescribing. Br. J. Clin. Pharmacol. 2004; 57(3), 229–230.
14. **Buetow S. A., Sibbald B., Cantrill J. A., Halliwell S.** Appropriateness in health care: application to prescribing. Soc. Sci. Med. 1997; 45(2), 261–271.
15. **Aronson J. K.** Balanced prescribing. Br. J. Clin. Pharmacol. 2006; 62(6), 629–632.
16. **Aronson J. K.** Balanced prescribing – principles and challenges. Br. J. Clin. Pharmacol. 2012; 74(4), 566–572.
17. **Ofori-Asenso R., Agyeman A. A.** Irrational Use of Medicines – A Summary of Key Concepts. Pharmacy (Basel) 2016; 4(4), 35.
18. Pojem suboptimální. https://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/suboptimalni
19. **Blanco-Reina E., Ariza-Zafra G., Ocaña-Riola R., León-Ortíz M., Bellido-Estévez I.** Optimizing elderly pharmacotherapy: polypharmacy vs. undertreatment. Are

proLékaře.cz | 1.5.2025

these two concepts related? Eur. J. Clin. Pharmacol. 2015; 71(2), 199–207.
20. **Hanlon J. T., Schmader K. E., Ruby C. M., Weinberger M.** Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. J. Am. Geriatr. Soc. 2001; 49(2), 200–209.
21. **Cherubini A., Corsonello A., Lattanzio F.** Underprescription of Beneficial Medicines in Older People. Causes, Consequences and Prevention. Drugs Aging 2012; 29(6), 443–475.
22. **Montamat S. C., Cusack B**. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. Clin. Geriatr. Med. 1992; 8(1), 143–158.
23. **Lee G. B., Etherton-Beer Ch., Hosking S, M., Pasco J. A., Page A. T.** The patterns and implications of potentially suboptimal medicine regimens among older adults: a narrative review. Ther. Adv. Drug Saf. 2022; 13, 1–41.
24. Baltasar Gracián. https://www.goodreads.com/author/show/1026409.Baltasar_Graci_n
25. The Art of Worldly Wisdom. https://en.wikipedia.org/wiki/The_Art_of_Worldly_Wisdom
26. Government pledges to reduce overprescribing of medicines. https://www.gov.uk/government/news/government-pledges-to-reduce-overprescribing-of-medicines
27. **Ogden J.** NHS overprescribing: the national review recommendations. Prescriber 2022; 33(2), 35–38.
28. Good for you, good for us, good for everybody. A plan to reduce overprescribing to make patient care better and safer, support the NHS, and reduce carbon emissions. Department of Health & Social Care, 2021
29. **Kuijpers M. A. J., van Marum R. J., Egberts A. C. G., Jansen P. A. F.** Relationship between polypharmacy and underprescribing. Br. J. Clin. Pharmacol. 2008; 65(1), 130–133.
30. **Lipton H. L., Bero L. A., Bird J. A., McPhee S. J.** Undermedication among geriatric outpatients: results of a randomized controlled trial. Ann. Rev. Gerontol. 1992; 12, 95–108.
31. **Barry P. J., Gallagher P., Ryan C., O'Mahony D.** START (screening tool to alert doctors to the right treatment) – an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age and Ageing 2007; 36(6), 632–638.
32. **O'Mahony D., Gallagher P. F.** Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. Age and ageing 2008; 37(2), 138–141.
33. **Dineen K. K.** Defining Misprescribing to Inform Prescription Opioid Policy. The Hastings Center Report 2018; 48(4), 5–6.
34. **San-José A., Agustí A., Vidal X., Formiga F., López-Soto A., Fernández-Moyano A., García J., Ramírez-Duque N. Torres O. H., Barbé J.** Inappropriate prescribing to older patients admitted to hospital: a comparison of different tools of misprescribing and underprescribing. Eur. J. Intern. Med. 2014; 25(8), 710–716.
35. **Woodward M. C.** Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. J. Pharm. Pract. Res. 2003; 33(4), 323–328.
36. **Alldred D. P.** Deprescribing: a brave new word? J. Pharm. Pract. Res. 2014; 22(1), 2–3.
37. **Halli-Tierney A. D., Scarbrough C., Carroll, D.** Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. Am. Fam. Physician 2019; 100(1), 32–38.
38. What is Deprescribing? https://deprescribing.org/what-is-deprescribing/
39. **Scott I. A., Hilmer S. N., Reeve E., Potter K., Le Couteur D., Rigby D., Gnjidic D., Del Mar C. B., Roughead E. E., Page A., Jansen J., Martin J. H.** Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern. Med. 2015; 175(5), 827–834.
40. Medication management – deprescribing. https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/
41. **Coggins M. D.** Deprescribing Improves Quality of Life. Today's Geriatric Medicine 2017; 10(4), 8.
42. **Scott I. A., Gray L. C., Martin J. H., Pillans P. I., Mitchell C. A.** Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. Evid. Based Med. 2013; 18(4), 121–124.
43. **Tenni P., Dunbabin, D.** A guide to deprescribing. 2019, 8. https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/General-information-fact-sheet.pdf
44. **Pruskowski J. A., Springer S., Thorpe C. T., Klein-Fedyshin S., Handler S. M.** Does Deprescribing Improve Quality of Life? A Systematic Review of the Literature. Drugs & Aging 2019; 36(862), 1097–1110.
45. **Hanousková K., Neumannová J.** Možnosti spolupráce nemocničního paliativního týmu s praktickým lékařem aneb jak vám můžeme pomoci. Practicus 2022; 21(6), 23–25.
46. **Kolář J., Ambrus T., Grega D., Smejkalová L.** Příspěvek k problematice polypragmazie. Depreskripce – praktické nástroje. Farm. Obzor 2022; 91(5), 109–117.
47. Herophilos Quote. https://libquotes.com/herophilos/quote/lbb0b0t
48. The rational use of drugs: report of the conference of experts Nairobi, 25–29 November 1985. Geneva: World Health Organization 1987.
49. WHO Policy Perspectives on Medicines. 5. Promoting rational use of medicines: core components. WHO/EDM/2002.3
50. Promoting rational use of medicines. https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines/
51. **Almarsdóttir A. B., Traulsen J. M.** Rational use of medicines – an important issue in pharmaceutical policy. Pharm. World Sci. 2005; 27(2), 76–80.
52. **May F.** Whither 'Rational' Use of Drugs? J. Pharm. Pract. Res. 2008; 38(2), 89–91.
53. **Orive G., Domingo-Echaburu S., Lertxundi U.** Redefining the "rational use of medicines". Sustain. Chem. Pharm. 2021; 20(4), 100381.
54. **Lertxundi U., Domingo-Echaburu S., Orive G.** Rational use of drugs as a source control measure to fight drug pollution. J. Hazard Mater. 2021; 410, 124664.
55. **Abiye A. A., Kedir H. M., Salile S. S., Woldamo B. A., Ali H. S., Berhe A. B.** Rational Drug Use in a Rural Area of Ethiopia: Based on WHO/INRUD Prescribing Indicators. J Basic Clin Pharma 2021;12(7), 104–108.

proLékaře.cz | 1.5.2025

56. **Holloway K., van Dijk L.** The World Medicines Situation 2011 Rational Use of Medicines 3rd Edition WHO/EMP/MIE/2011.2.2
57. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs (Nairobi, Kenya: 1985) & World Health Organization. Action Programme on Essential Drugs and Vaccines. (1985). The Rational use of drugs: review of major issues. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/62311
58. **Kaczmarek E.** How to distinguish medicalization from over-medicalization? Medicine, Health Care and Philosophy 2019; 22(1), 119–128.
59. **Bártlová S.** Proces medicinalizace. Kontakt 2006; 8(2), 280–285.
60. **Piau A., Hein C., Nourhashemi F., Sebbagh M., Legrain S.** Omission de traitement chez la personne âgée: quelle définition pour quels enjeux? Geriatr. Psychol. Neuropsychiatr. Vieil. 2012; 10(2), 129–135.
61. Lexicon of alcohol and drug terms. WHO 1994
62. What is drug abuse and misuse? https://short-facts.com/what-is-drug-abuse-and-misuse/
63. **Alušík, Š., Paluch, Z.** Úskalí řešení problémů polymedikace. Vnitř. Lék. 2021; 67(1), 22–25.
64. **Masnoon N., Shakib S., Kalisch-Ellett L., Caughey G. E.** What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017; 17(1), 230.