

Možnosti předcházení a řešení polypragmazie

Jozef Kolář, Dominik Grega, Lenka Smejkalová, Martina Šutorová, Tünde Ambrus

Masarykova univerzita, Farmaceutická fakulta, Ústav aplikované farmacie, Brno

Polypragmazie v souvislosti s léčivý znamená předepisování, vydávání nebo užívání více léčiv současně. Správné charakterizování preskripce či užívání léčiva konkrétním pacientem umožňuje volbu vhodné změny. Cílem racionální farmakoterapie je minimalizace lékové zátěže, což vyžaduje řízený a mnohdy déle trvající zásah a postupně realizované změny v terapii pacienta v návaznosti na individuálně vyhodnocené a identifikované lékové problémy. K omezení nevhodné polypragmazie lze využít například možnosti depreskripce zacílením na léčiva uplatňovaná v preskripčních kaskádách a komplexně zaměřené postupy a koncepty. Práce představuje problematiku preskripčních kaskád a možnosti jejich řešení v rámci optimalizace farmakoterapie. Charakterizuje koncepty a kampaně „Méně je více“, „Vybírejte rozumně“ a „Cesta pacienta“. Doporučení a upozornění formulovaná v rámci těchto konceptů a kampaní mají za cíl soustředit pozornost zdravotnických pracovníků na důležitost zhodnocení a zvážení nutnosti jimi aplikovaných postupů. Měli by upřednostňovat péči založenou na hodnotách a vyvarovat se nadbytečnému zatížení pacientů diagnostickými a terapeutickými intervencemi.

Klíčová slova: polypragmazie, preskripční kaskáda, depreskripce, optimalizace farmakoterapie.

Polypharmacy: Prevention and management

Polypharmacy in the context of medicines means the prescription, dispensing, or use of multiple medications simultaneously. The correct characterization of a particular patient's prescription or use of a medicine allows the appropriate change to be chosen. Rational pharmacotherapy aims to minimize the medication-related burden, which requires controlled and often longer-lasting intervention and gradually implemented changes in the therapy of a particular patient based on individually assessed and identified drug-related problems. For example, deprescribing options can reduce inappropriate polypharmacy by targeting medicines that occur in prescribing cascades and using comprehensive approaches and concepts. The paper presents the prescribing cascades and the possibilities of their solution within the framework of pharmacotherapy optimization, characterizing the concepts and campaigns "Less is More", "Choose Wisely", and "Patient pathway". The recommendations and warnings formulated within these concepts and campaigns aim to focus the attention of healthcare professionals on the importance of evaluating and considering the necessity of their interventions. They should prioritize value-based care and avoid overloading patients with diagnostic and therapeutic interventions.

Key words: polypharmacy, prescribing cascade, deprescription, optimizing medication use.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

Práce byla podpořena grantem Masarykovy univerzity (MUNI/A/1189/2022).

Cit. zkr: *Klin Farmakol Farm.* 2024;38(2):76-82

<https://doi.org/10.36290/far.2024.013>

Článek přijat redakcí: 11. 4. 2024

Článek přijat k tisku: 5. 6. 2024

PharmDr. Tünde Ambrus, Ph.D.

ambrust@pharm.muni.cz

Řecké slovo *pragma* má význam skutek, čin, činnost, řecký prefix *poly-* znamená mnohý, četný, hojný, různý. Jejich spojením vzniklé slovo *polypragmasie*, znamená dělánímnoha věcí současně, v souvislosti s léčivypředepisování, vydávání nebo užívání více léčiv současně. Latinský ekvivalent řeckého *poly-* je *multi-* s analogickým, synonymním významem mnohé či mnohonásobně se opakující (*multimedikace*).

V našich předcházejících příspěvcích, které vyšly v České a Slovenské farmacii, byly přiblíženy tři základní koncepty pojetí termínu polypragmaziie, kvantifikace úrovně polypragmaziie a nejčastější složená pojmenování polypragmaziie (1), dále terminologická struktura spojená s pojmy preskripce a užívání léčiv ve vztahu k polypragmaziie (2). Správné charakterizování preskripce či užívání léčiva konkrétním pacientem umožňuje volbu vhodné změny s cílem minimalizace lékové zátěže. K omezení nevhodné polypragmaziie lze využít soubor mnemotechnických pomůcek, technik a nástrojů (3).

Další možnosti řešení depreskripce nabízejí: zacílení na léčiva předepisována v rámci preskripčních kaskád, postupy realizované v rámci tzv. kvartérní prevence (4) a zkušenosti z realizace řady komplexněji zaměřených postupů, iniciativ, kampaní a konceptů, jejichž cíle jsou úzce propojeny s prevencí nadužívání léčiv, zdravotní péče a možného iatrogenního poškození pacienta.

Preskripční kaskády

Tzv. preskripční kaskáda má odlišný význam v případě preskripce humánních léčivých přípravků a preskripce veterinárních léčivých přípravků.

V případě preskripce **humánních** léčivých přípravků začíná preskripční kaskáda tehdy, když je nežádoucí účinek (NÚ) léčivého přípravku nesprávně interpretován jako nový zdravotní stav. Poté je předepsán další léčivý přípravek a pacient je vystaven riziku vzniku dalších NÚ souvisejících s touto potenciálně zbytečnou léčbou (5). Jedná se o relativně nový termín.

Ideu preskripční kaskády poprvé popsali kanadská geriatrička Paula Ann Rochonová a americký geriatr Jerry Howard Gurwitz v roce 1995 (6). Rovněž formulovali praktická doporučení, která je třeba zvážit při předepisování léčiv starším lidem (Tab. 1).

O dva roky (1997) později tento koncept dále rozpracovali. Upozornili předepisující lékaře, že předcházení sledu událostí, který nazvali preskripční kaskádou, může být důležitým krokem k minimalizaci výskytu NÚ léčivých přípravků, které souvisejí s neoptimálními preskripčními rozhodnutími. Koncept doplnili o rozbor léčby nesteroidními protizánětlivými léčivy a zahájení antihypertenzní léčby, o rozbor léčby thiazidovými diuretiky a zahájení léčby dny a o rozbor užívání metoklopramidu při zahájení léčby levodopou (5). V roce 2017 popisované pojetí znovu zpřesnili a revidovali. Původní koncepce preskripčních kaskád identifikovala kaskády zahrnující předepsanou farmakoterapii pozorovanou v klinické praxi, přičemž mnoho preskripčních kaskád může zůstat delší dobu nerozpoznáno. S příchodem nových léčivých přípravků na trh se nevyhnutelně objeví nepředvídané preskripční kaskády. Koncept preskripční kaskády byl zpřesněn. Došlo k jeho rozšíření o další možné následné kroky v podobě řešení vzniklých zdravotních potíží pomocí léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis, doplňků stravy nebo zdravotnických prostředků (7).

NÚ spojené s preskripční kaskádou mohou nastat, pokud druhý léčivý přípravek

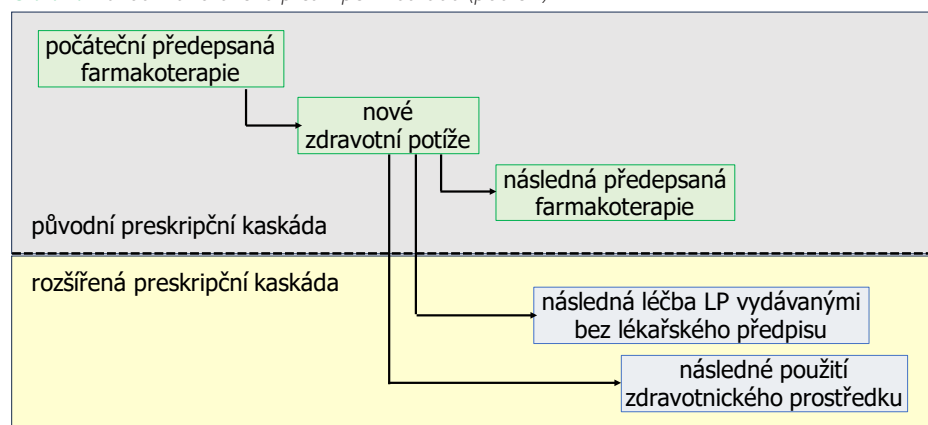
zvýší závažnost NÚ prvního léčivého přípravku nebo pokud druhý léčivý přípravek vystaví pacienta riziku dalších NÚ (8). Sumárně, k preskripční kaskádě dochází, když léčivý přípravek způsobí NÚ, který je následně řešen předepsáním dalších léčivých přípravků. Důvodem je často nesprávná interpretace NÚ jako nového zdravotního stavu nebo příznaku. Preskripční kaskády mohou vést ke zbytečné medikamentózní terapii, snížení kvality života a zvýšení nákladů na zdravotní péči. Mohou se vyskytnout u každého pacienta užívajícího jeden nebo více léčivých přípravků, ale jsou pravděpodobnější u pacientů užívajících více léčivých přípravků (9). To znamená, že vznik preskripční kaskády může iniciovat i užívání jenom jednoho léčivého přípravku, na jejím průběhu následně podílejí dva či více léčivých přípravků – viz příklad obecného schématu (Obr. 2). Konkrétní příklad ilustruje Obr. 3.

Komplexnost popisu dané problematiky doplňují poznatky, které ještě více zdůrazňují aktuálnost a relevantnost problematiky polypragmaziie. Ve Slovenské republice byla realizovaná studie, která prokázala u chronické farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění a metabolického syndromu u starších pacientů také vysoký výskyt kognitivních poruch, které představují další

Tab. 1. Praktická doporučení, která je třeba zvážit při předepisování léčiv starším lidem (6)

Pravidelně revidujte lékový režim u všech starších pacientů.
Přerušte podávání léčivých přípravků, pokud již není potřeba pokračovat v léčbě.
Zvažte NÚ léčivých přípravků jako možnou příčinu jakéhokoli nového příznaku.
Vždy nejprve zvažte nefarmakologické přístupy.
Pečlivě vybírejte v rámci skupiny léčiv, abyste snížili riziko NÚ.
Používejte nejnižší možnou dávku k dosažení požadovaného terapeutického účinku.
Pokročilý věk pacienta by sám o sobě nikdy neměl být považován za kontraindikaci potenciálně prospěšné farmakoterapie.

Obr. 1. Původní a rozšířená preskripční kaskáda (podle 7)



významnou limitaci na straně pacienta, který ještě citlivěji vnímá nadužívání léčivých přípravků a projevy NÚ (12, 13).

V návaznosti na výše uvedené vzniká otázka, zda existuje obecný formát preskripční kaskády, nebo zda je třeba od sebe odlišovat více typů preskripčních kaskád. Jako odpověď může sloužit klasifikace preskripčních kaskád a její členění na záměrné a nezáměrné a na vhodné a nevhodné.

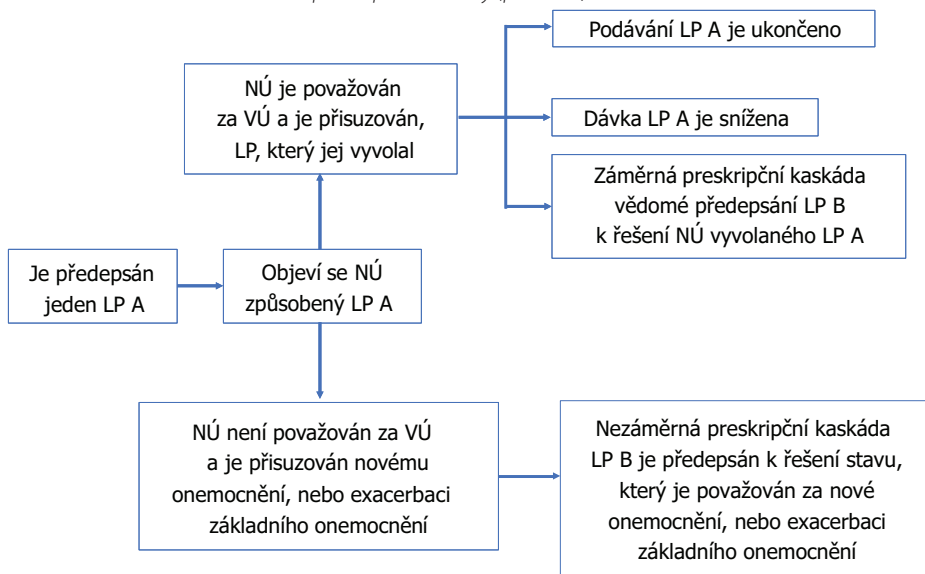
Preskripční kaskáda může mít více kroků a lišit se složitostí a závažností. Navzdory tomu, že je správně identifikována, je v medicínské praxi stále častým problémem. Představuje varování před neracionálním užíváním léčivých přípravků, které ohrožuje zdraví a zvyšuje náklady na léčbu (14). Také dochází ke zpřesnění definice preskripční kaskády tak, aby zahrnovala jak rozpoznatelné, tak nerozpoznané NÚ, protože obojí může přispívat k problematické preskripci. Ačkoli jsou preskripční kaskády nejčastěji považovány za problematické, mohou být v určitých klinických situacích vhodné a terapeuticky přínosné. McCarthyová a spol. rozlišují mezi vhodnými a problematickými preskripčním kaskádami (10), přičemž vycházely z podobného přístupu, který byl navržený anglickým nezávislým think-tankem, organizací, která formuje politiku a praxi v oblasti zdravotní a sociální péče, v její zprávě King's Fund Polypharmacy and Medicines Optimization (15).

Předchozí definice preskripční kaskády rozlišovaly mezi záměrnou a nezáměrnou preskripcí a vhodnou a nevhodnou preskripcí (11, 14). Dreischulte a spol. na základě selektivní literární rešerše navrhli další rozlišení mezi profylaktickými a terapeutickými preskripčními kaskádami a mezi nezbytnými, pouze vhodnými kaskádami a potenciálně nevhodnými (16).

Identifikování a přerušení preskripčních kaskád je významnou příležitostí a nástrojem ke snížení polypragmatie a zvýšení bezpečnosti medikace zejména u starších pacientů (vysazení léčivého přípravku, nahrazení léčivého přípravku, změna dávkování) (17).

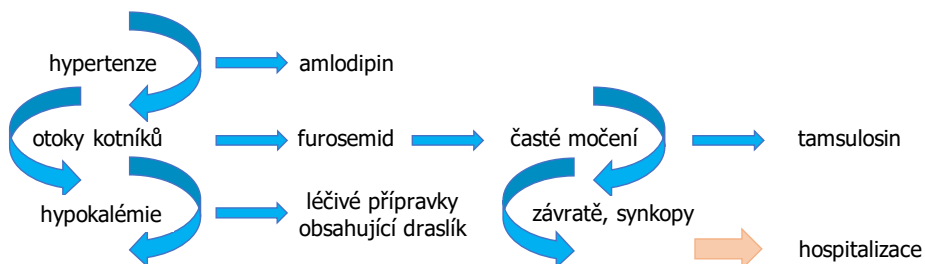
Na rozdíl od humánní zdravotní péče pojem preskripční kaskáda ve **veterinární** medicíně se týká situací, kdy je nemožné použít vhodný registrovaný veterinární lé-

Obr. 2. Obecné schéma vzniku preskripční kaskády (podle 10)



NÚ – nežádoucí účinek, VÚ – vedlejší účinek, LP – léčivý přípravek

Obr. 3. Konkrétní příklad preskripční kaskády (podle 11)



čivý přípravek pro účely poskytování veterinární péče. Vyskytne-li se tato situace, lze pro ošetření zvířat předepsat, vydat nebo použít, zejména z důvodu zabránění utrpení ošetřovaných zvířat, výjimečně léčivý přípravek v posloupnosti podle tzv. kaskády (18, 19).

Problémy spojené s nadužíváním lékařské péče v podobě nadbytečných vyšetření a diagnostiky (overtesting, overdiagnosis) a následné zbytečné léčby (overtreatment) mohou souviset s defenzivní medicínou a projevit se negativními následky medicínskými, ekonomickými a psychologickými (iatrogenizace nemocného). Defenzivní medicínu lze definovat jako ordinování vyšetření, léčby a výkonů s cílem chránit lékaře před kritikou, nikoliv diagnostikovat nebo léčit pacienta (20); jako odchylku vyvolanou hrozbou odpovědnosti od toho, co lékař považuje za správnou lékařskou praxi a co je za ni obecně považováno (21). Reakcí na popsany stav byl vznik řady iniciativ, kampaní a konceptů.

1. Koncept Méně je více (Less is More)

Koncept Less is More vznikl v USA v roce 2010. Jeho cílem bylo zvýšit uvědomění si potenciálních rizik nadměrného využívání lékařské péče, která může vést spíše k poškození než ke zlepšení zdraví, a vypořádat se s mylným předpokladem, že více péče je vždy lepší (22). Tedy omezit nadměrné využívání služeb s „nízkou hodnotou“ (low-value care), jako jsou screening, diagnostické testy nebo léčba, které pacientům pravděpodobně nepomohou a představují riziko poškození (23). Naproti tomu směřovat k péči založené na hodnotách (value-based care), tzn. k lepší péči, lepšímu zdraví a nižším nákladům. Hodnota ve zdravotní péči je měřitelné zlepšení zdravotního stavu člověka v poměru k nákladům na dosažení tohoto zlepšení (24).

V několika evropských zemích, kde je nadužívání léčiv zakořeněno v kultuře a vyžadováno společností, se objevily překážky a problémy při zavádění tohoto konceptu. Na rozdíl od převládající maximalizace péče může být

optimalizace péče, kterou prosazuje iniciativa Less is More, výzvou, ale také skutečnou přítelovostí k prosazování udržitelné medicíny (22). Významnou byla v této souvislosti série článků v časopise Archives of Internal Medicine zahájená v květnu v roce 2010. Seriál byl inspirován rozhovorem Deborah Gradyové s Ritou Fran Redbergovou po zveřejnění zprávy americké pracovní skupiny pro preventivní služby (U.S. Preventive Services Task Force), která dospěla k závěru, že mamografie u žen ve věku 40–50 let představuje více škody než užítu. Konstatovalo se, že screeningová mamografie je pravděpodobně stejně účinná při snižování rizika úmrtí na rakovinu prsu u mladších žen jako u žen starších. Protože je však absolutní riziko úmrtí na rakovinu prsu u mladších žen nižší než u žen starších, je absolutní přínos nižší. Nežádoucí účinky mamografie – falešně pozitivní nálezy, biopsie, úzkost a nadměrná diagnostika a léčba latentních nádorů – jsou však stejné a mohou převážet nad přínosem (25, 26). Aktuální situaci popisuje (27).

V podmínkách ČR se tomu problému věnovaly práce např. 28–31. Roste množství důkazů, že medicína škodí zdravým lidem tím, že se snaží o stále dřívější detekci onemocnění a rozšiřování definice patologií. Vědecké studie přinášejí důkazy, že mnoho osob je „přeléčeno“, „předávkováno“ a „přediagnostikováno“ (overtreated, overdosed and overdiagnosed). Primárním cílem kampaně Less is More však není především omezení nákladů zdravotnických systémů, ale racionální užití současných možností moderní medicíny tak, aby její nadužívání nepoškozovalo pacienty, což se nyní již „bohužel“ často děje (28). Méně je více hlavně v oblasti farmakologické léčby – nedoporučuje se začínat léčbu nových příznaků u pacienta bez ověření toho, zda nejsou nežádoucí reakcí podávané medikace. Například blokátory kalciových kanálů jsou často předepisovány jako léčba hypertenze a vedou potenciálně k periferním edémům. Jestliže jsou tyto edémy interpretovány jako projev srdečního selhávání a jsou předepsána diuretika namísto vysazení léčby zodpovědné za tuto komplikaci, je to chyba poškozující pacienta. Jako příklad nejčastěji zbytečně podávané farmakoterapie jsou uváděny inhibitory protonové pumpy. Dále se za vhodné považuje přesvědčit pacienta o ukončení ne

zcela nutné medikace (u starších pacientů). Zajímavý je poznatek, že je v poslední době značně přeceňován vzestup C-reaktivního proteinu (CRP) jako indikace k antibiotické léčbě (29). Dále se autoři věnovali vybraným problémům interní medicíny – detailněji otázkám a postupům ve specializovaných oborech nefrologie a revmatologie. Jsou uvedena negativní, ale i některá pozitivní doporučení (30). Poukazují na neúčelnost některých, v klinické praxi často používaných, postupů v rámci metabolických a endokrinních chorob. V oblasti diabetologie za kontroverzní téma považují rutinní doporučování selfmonitoringu glukózy u diabetiků 2. typu neléčených inzulinem. V oboru endokrinologie se v rámci této iniciativy konstatuje nadužívání laboratorních vyšetření a sonografie (31).

2. Kampaň Vybírejte rozumně (Choosing Wisely)

Jinou možnost ke snížení polypragmazi, zejména nadužívání léčiv zranitelnými skupinami obyvatelstva, představuje šířeji koncipovaná kampaň Vybírejte rozumně (Choosing Wisely), jejímž cílem je podpořit dialog o předcházení zbytečným nebo nepotřebným lékařským vyšetřením, léčbě a výkonům (32).

Koncept kampaně Choosing Wisely vznikl na základě spolupráce tří lékařských organizací – Americké společnosti pro interní medicínu (American Board of Internal Medicine, ABIM), Americké společnosti lékařů (American College of Physicians, ACP), což je národní organizace internistů, a Evropské federace

interní medicíny (European Federation of Internal Medicine, EFIM). Tyto organizace se spojily s cílem formulovat profesní závazky lékařů a zdravotnických pracovníků v moderní době. V roce 2002 zveřejnily „Chartu lékařů“ (Physician Charter), která zahrnovala základní principy blaha pacienta, autonomie pacienta a sociální spravedlnosti (33).

Charta stanovila, že profesionalita lékařů znamená nejen osobní závazek k blahu pacienta, ale také společné úsilí o zlepšení systému zdravotní péče. Hlavní zásadou bylo „spravedlivé rozdělení omezených zdrojů zdravotní péče“ a odpovědnost lékařů za „svědomité vyhýbání se zbytečným vyšetřením a postupům“. Potvrdila se jejich odpovědnost jako správců omezených zdrojů zdravotní péče (33, 34).

Po publikování Charty následovaly články v renomovaných amerických lékařských časopisech, které byly pro lékaře výzvou k akci, aby zásady Charty prokázali v praxi. Díky těmto výzvám k akci se zrodila iniciativa Choosing Wisely. Stalo se tak v roce 2012, kdy devět národních odborných společností, zastupujících 375 000 lékařů, nabídlo 45 příkladů vyšetření nebo léčebných postupů, které se v jejich oborech běžně používají, ale chybějí pro ně pádné důkazy.

Na jakých principech je kampaň Vybírejte rozumně založena, ilustruje tabulka 2.

Kampaň zpočátku národní je nyní mezinárodní s tím, že většina zemí se přiklání k anglickému názvu Choosing Wisely, přičemž k tomuto označení připojily název své země,

Tab. 2. Zásady kampaně Vybírejte rozumně (podle 34, 35)

Princip	Popis
Vedená lékařem	Na rozdíl od systému vedeného plátcí, vládou, zdravotnickým systémem. Důležité pro důvěru lékařů a pacientů. Organizace a sdružení lékařů vedou tuto iniciativu jako iniciativu profesionality. To také zajišťuje, aby vlády a zdravotnické systémy nepoužívaly kampaň ke snižování nebo kontrole nákladů.
Zaměřená na pacienta	Klíčová je komunikace mezi lékařem a pacientem. Proces sdíleného rozhodování s cílem přizpůsobit nejlepší péči a zabránit poškození konkrétního pacienta. Při sdíleném rozhodování lékaři a pacienti diskutují o tom, zda jsou vyšetření nebo léčba skutečně nezbytné.
Založená na důkazech	Aktuální důkazy prokazují nedostatečný přínos nebo čistou škodu. Důležité pro důvěru lékaře a pacienta. V doporučeních je třeba uvést důkazy, které ukazují, kde mohou běžná vyšetření a léčba způsobit škodu nebo kde nepřinášejí pacientům prospěch.
Multiprofesní	Klíčovou roli v kampani hrají také všeobecné sestry a farmaceuti. Lékaři poskytují péči ve spolupráci s dalšími odborníky, kteří by měli být do kampaně zapojeni jako partneři.
Transparentní	Procesy používané k vytvoření seznamu jsou veřejné. Prohlášení o střetu zájmů.

jiné země pojmenování iniciativy Choosing Wisely rozšířily, např. Francie (moins, c'est parfois mieux – méně je někdy více), Itálie (fare di più non significa fare meglio – dělat více neznamená dělat lépe), Německo (Gemeinsam klug entscheiden – společné chytré rozhodování), Portugalsko (Escolhas Criteriosas em Saúde – moudré rozhodování v oblasti zdraví), Švýcarsko (smarter medicine – inteligentnější, chytřejší medicína).

Cílem všech národních iniciativ kampaně Choosing Wisely je rovněž jako u kampaně Less is More omezit nadměrné, nedostatečné a nesprávné používání zdravotních intervencí v oblastech, kde doporučení klinických doporučených postupů nejsou dostatečně prováděna nebo zcela chybějí. Jinými slovy identifikovat péči nízké léčebné hodnoty a implementovat postupy k jejímu omezení.

Iniciativa Choosing Wisely nabízí pacientům i zdravotnickým pracovníkům instrument v podobě pěti otázek. Ty slouží k ujištění pacienta, že nakonec dostane správnou a potřebnou péči.

V roce 2012 vyzvala ABIM americké lékařské společnosti jednotlivých medicínských oborů, aby vytvořily negativní doporučení, resp. seznamy pěti až deseti diagnostických vyšetření a léčebných výkonů, které by se měly velmi důsledně zvažovat při jejich ordinování, resp. které by se mohly považovat za ne zcela nevyhnutné (39). Jinými slovy, co v jednotlivých oborech nedělat, čeho se vyvarovat. Tyto seznamy nemají právní ani závazující charakter, nejsou příkazem ani zákazem (40). Doporučení nejsou závazná, měla by však vést k zamyšlení nad možnostmi racionalizace péče (31, 40). Jednou z oblastí využití myšlenky Choosing Wisely je racionalizace preskripce léčiv, jak vyplývá například z TOP 7 doporučení Slovenské internistické společnosti: „vyhýbat se polypragmazií a ordinaci nevhodných kombinací léčivých přípravků“ (41).

Jaká je v souvislosti s touto iniciativou úloha farmaceutů?

V kontextu výše uvedených principů, je nutné připomenout roli farmaceuta. Jednoznačným příkladem může být adaptace principů Choosing Wisely farmaceutickými odbornými společnostmi v Austrálii, na Novém Zélandu nebo v Kanadě. Jedná se

o definici základních otázek, bodů, které mají podpořit rozhodování, jaká je vhodná či nezbytná léčba při posouzení jedinečné situace každého pacienta, vždy s cílem ověřit, zda není možné snížit dávkování léčiv, nebo není možné přímo přerušení léčby nebo, zda není vhodná zcela jiná léčba.

Základní otázky, které mají být zodpovězeny v rozhodovacím procesu, uvádí Tab. 4.

V kontextu komercializace produktů péče o zdraví, kdy se v praxi objevují požadavky na uplatňování marketingových strategií (up-selling, cross-selling, překládaný jako křížový prodej nebo příprodej, down-sell), nabývají hodnoty zmíněné v principech Méně je více a Choosing Wisely zvýšeného významu a měli bychom při realizaci příprodeje na ně pamatovat. Měly by být také v souladu s etickými principy farmaceuta/lékárníka implementovány při výdeji, prodeji obecně všech produktů péče o zdraví, a v rámci nabídky služeb péče o zdraví.

Další iniciativa představuje jinou možnost těsnější spolupráce a komunikace pacienta se zdravotnickými pracovníky.

3. Pacientská cesta/Cesta pacienta (Patient pathway)

Tento koncept se velmi rozvíjí, i když existují menší či větší formální odlišnosti (např. různá pojmenování včetně nejednotného překladu), obsahové odlišnosti (poměrně široké používání více pojmů, a částečné překrývání jejich obsahu), a teritoriální odlišnosti (Velká Británie, USA). Chybí mezinárodní terminologický a významový konsenzus, aby se předešlo nejednoznačnosti v chápání jednotlivých pojmů.

Cesta péče (Care Pathway, CP)

Autoritativní definice cesty péče mezinárodní neziskové organizace E-P-A (European Pathway Association) vychází z disertační práce Krise Vanhaehta: „CP je komplexní intervence pro vzájemné rozhodování a organizaci procesů péče o přesně definovanou skupinu pacientů během přesně definovaného období. Cílem CP je zlepšit kvalitu péče v celém kontinuu tím, že se zlepší výsledky pacientů s ohledem na riziko, podpoří se bezpečnost pacientů, zvýší se jejich spokojenost a optimalizuje se využívání zdrojů“ (45–47).

Tab. 3. Pět otázek, které by měl pacient položit svému lékaři před jakýmkoli vyšetřením, léčbou nebo výkonem (podle 36–38)

1. Prospěch Skutečně potřebuji toto vyšetření nebo léčbu?	Vyšetření může pomoci vám a vašemu lékaři nebo jinému poskytovateli zdravotní péče rozpoznat problém. Léčebný výkon nebo zvolený léčivý přípravek ho může pomoci léčit.
2. Riziko Jaká existují 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 Existují jednodušší a bezpečnější možnosti?	Někdy stačí jen změnit životní styl, například jíst zdravěji nebo více cvičit nebo se pohybovat.
4. Nic Co se stane, když nebudu nic dělat?	Zeptejte se, zda by se váš stav mohl 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? Zeptejte se, zda existují levnější vyšetření, léčba nebo výkon, co může vaše pojišťovna hradit, a na možnost předepsání generik namísto originálních léčivých přípravků.

Tab. 4. Základní otázky v rozhodovacím procesu (podle 42–44)

	Základní otázky v rozhodovacím procesu
1.	Nezahajujte léčbu léčivy k léčbě příznaků, nežádoucích účinků jiných léčiv (pokud to není nezbytně nutné), aniž by bylo ověřeno, zda jejich výskyt není způsoben stávající terapií nebo nedostatečnou adherencí k ní. Protože nežádoucí účinky léčivých přípravků jsou často chybně diagnostikovány jako symptomy jiného zdravotního stavu a v důsledku toho může být pacientům předepsán jeden nebo více dalších léčivých přípravků. To může způsobit zvýšení počtu interakcí mezi léčivy, zvýšenou frekvenci nebo závažnost dalších vedlejších účinků, zbytečné náklady na léčbu, a i paradoxně opět nedostatečnou adherenci.
2.	Nevydávejte léčiva pacientům, kteří užívají pět nebo více léčivých přípravků současně, bez komplexního přezkoumání jejich stávající medikace (včetně léčiv užívaných bez lékařského předpisu a doplňků stravy).
3.	Nedoporučujte doplňková léčiva (i doplňky stravy), pokud neexistují věrohodné důkazy o účinnosti a přínosu užívání nepřeváží riziko.
4.	Nepokračujte v terapii léčivými přípravky, pokud není zřejmá vhodná indikace a adekvátní očekávání přínosu u daného konkrétního pacienta.

Z pojmů, u kterých se diskutuje shoda, příbuznost nebo odlišnost, uvedme: kritická cesta (critical pathway), klinická cesta (clinical pathway), integrovaná cesta péče (integrated care pathway), cesty péče (care pathway), mapa cesty pacienta (care map/patient journey mapping), průchod pacientů zdravotnickým zařízením/systémem (patient flow) aj.

Cesta pacienta (Patient pathway)

Obecně a zjednodušeně se týká převážně poskytovatelů zdravotní péče.

Cesta pacienta/Léčebný plán (Patient pathway)

Obecně a zjednodušeně se týká převážně příjemců zdravotní péče.

V tabulce 5 uvádíme některé další definice, resp. charakteristiky výše uvedených pojmů.

K možnostem využití konceptu Cesta péče při řešení problému polypragmázie patří řízení přechodů v péči a účinný management léčiv s cílem minimalizovat polypragmázii (57), klinická cesta nabízí týmový přístup k hodnocení a snižování nevhodné polypragmázie, možnost reagovat na podněty pacientů a individualizovat péči (57, 58); na optimalizaci farmakoterapie také cílí Cesta pacienta (59) v návaznosti na léčebný plán.

V českém prostředí byl obdobně znějící pojem, ale poněkud s odlišným obsahem, představen Českým zdravotnickým fórem v roce 2011. Jednalo se o projekt Cesta ke zdraví (60), jehož cílem byla podpora péče o zdraví a šíření informací ve všech věkových skupinách obyvatel ČR. Projekt byl především zaměřen na výchovu ke zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti lidí. Jeho součástí bylo také sestavení a distribuce Desatera pro zdraví.

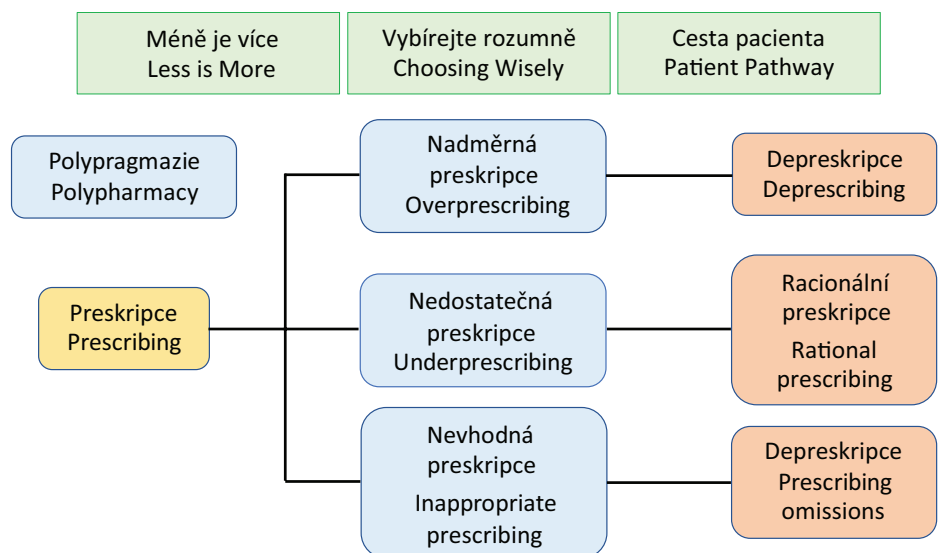
Závěr

Všechny výše popsané postupy a koncepty (Obr. 4) – řešení preskripčních kaskád, uplatňování konceptu Méně je více (Less is More), dopo-

Tab. 5. Vybrané charakteristiky pojmů Patient pathway (léčebný plán) a Patient journey (cesta pacienta)

Patient pathway – léčebný plán	Patient journey – cesta pacienta
Cesta pacienta (patient pathway) je posloupnost (nebo síť) typů zdravotních událostí, která abstrahuje a seskupuje cesty pacienta (patient journeys) (48). Ideální standardizovaný proces nebo protokol, který poskytovatelé zdravotní péče dodržují při zvládání konkrétního onemocnění nebo stavu včetně kroků od diagnózy až po výsledky léčby. Důraz je kladen na medicínské a procedurální aspekty péče, přičemž se podrobně popisují klinické kroky a intervence od diagnostiky až po léčbu a následná opatření. Cíl: zefektivnit poskytování zdravotní péče, snížit rozdíly v postupech a zlepšit klinické výsledky (49). Strukturovaný rámec pro poskytování péče u člověka s danou diagnózou. V češtině můžeme mluvit o „léčebném plánu“ nebo „diagnosticko-terapeutickém postupu“ (50).	Cesta pacienta je soubor zdravotních událostí jednotlivých osob (48), řetězec vzájemně propojených událostí, které pacient zažívá, když se poprvé zapojí do určitého systému zdravotní péče nebo k různým poskytovatelům (51, 52), časoprostorové rozložení interakcí pacienta s více zařízeními péče v čase (53, 54). Označuje zkušenosti pacienta během celého období péče, počínaje přijetím a konče propuštěním z nemocnice (52, 55, 56). Holistický pohled na zkušenosti pacienta od vzniku příznaků přes různé fáze vyhledávání a přijímání péče včetně diagnostiky, léčby a průběžného managementu. Důraz je kladen na zkušenosti pacienta, jeho pocity, výzvy a celkový vliv onemocnění a systému zdravotní péče na jeho život. Cíl: Pochopit a zlepšit zkušenosti pacientů, jejich spokojenost a zapojení do služeb zdravotní péče (49). Pohled na individuální zkušenosti pacienta, zdůrazňuje význam pochopení a podpory celkového zážitku pacienta v rámci zdravotnického systému i mimo něj (50).

Obr. 4. Nástroje pro optimalizace farmakoterapie



ručení kampaní Vybírejte rozumně (Choosing Wisely) a Cesty pacienta (Patient pathway) – mají za cíl soustředit pozornost zdravotnických pracovníků na důležitost zhodnocení a zvážení nutností jimi aplikovaných postupů. Doporučení a upozornění formulovaná v rámci těchto konceptů a kampaní mohou přispět ke zlepšení poskytované zdravotní péče a lze předpokládat, že tím i zdravotních výsledků pacientů. Studie změn zdravotního stavu obyvatel hodnotící pří-
mý dopad výše uvedených doporučení zatím

nejdou k dispozici. Obtížné bude v této souvislosti od sebe odlišit vliv jednotlivých determinant zdraví včetně dalších forem poskytované zdravotní péče, dále podpory zdraví (health promotion), zdravotní gramotnosti (health literacy) aj. Přesto se může popsané pojetí pozitivně uplatnit při racionalizaci preskripce, podpoře správného užívání léčiv a zdůraznit důležitost upřednostňovat péči založenou na hodnotách a vyvarovat se nadbytečnému zatížení pacientů diagnostickými a terapeutickými intervencemi.

LITERATURA

- Kolář J, Ambrus T, Grega T, et al. Příspěvek k pojmu polypragmázie. I. Etymologické poznámky. Čes slov Farm. 2022;71(6):245-250.
- Kolář J, Ambrus T, Grega T, et al. Příspěvek k pojmu polypragmázie. II. Preskripce a užívání léčiv. Čes slov Farm. 2023;72(1):3-10.
- Kolář J, Ambrus T, Grega T, et al. Příspěvek k problematice polypragmázie. Depreskripce – praktické nástroje. Farm

Obz. 2022;91(5):109-17.

- Engi Z, Matuz M, Soós G, et al. Gyógyszerrosta: a racionális gyógyszeres terápia meghatározó eleme. Orv Hetil. 2023;164(24):931-941.
- Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. BMJ. 1997; 315(7115):1096-1099.
- Rochon PA, Gurwitz JH. Drug therapy. Lancet. 1995; 346(8966):32-36.

346(8966):32-36.

- Rochon PA, Gurwitz JH. The prescribing cascade revisited. Lancet. 2017;389(10081):1778-1780.
- Kalisch LM, Caughey GE, Roughead EE, et al. The prescribing cascade. Aust Prescr. 2011;34(6):162-166.
- Adrien O, Mohammad AK, Hugtenburg JG, et al. Prescribing Cascades with Recommendations to Prevent or Reverse Them: A Systematic Review. Drugs & Aging. 2023;40(12):1085-1100.

10. McCarthy LM, Visentin JD, Rochon PA. Assessing the Scope and Appropriateness of Prescribing Cascades. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(5):1023-1026.
11. Hickman E, Gillies C, Khunti K, Seidu S. Deprescribing, Polypharmacy and Prescribing Cascades in Older People with Type 2 Diabetes: A Focused Review. *J Indian Inst Sci.* 2023;103(1):191-204.
12. Macekova Z, Fazekas T, Stanko P, et al. Cognitive screening within advanced pharmaceutical care in elderly patients with suspected metabolic syndrome. *Int J Gerontol.* 2022;16(4):355-360.
13. Mačeková Z, Krivošová M, Fazekas T, et al. Short cognitive screening in elderlies as a part of advanced pharmaceutical care in Slovak community pharmacies – The pilot study KOGNIMET-SK. *Eur Pharm J.* 2022;69(1):37-42.
14. Ponte ML, Wachs L, Wachs A, et al. Prescribing cascade. A proposed new way to evaluate it. *Medicina (Buenos Aires).* 2017;77(1):13-16.
15. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound. *The King's Fund* 2013.
16. Dreischulte T, Shahid F, Muth C, et al. Prescribing Cascades: How to Detect Them, Prevent Them, and Use Them Appropriately. *Dtsch Arztebl Int.* 2022;119(44):745-752.
17. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People Through Reducing Medications. *J Pharm Pract Res.* 2003;33(4):323-328.
18. Vyhláška č. 344/2008 Sb., o používání, předepisování a výdeji léčivých přípravků při poskytování veterinární péče.
19. Nepejchalová L. Předepisování v rámci kaskády. [cited 2021 November 20]. Available from: <http://www.uskvbl.cz/cs/informace/proveterinaremen/kaskadamen>.
20. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract.* 2000;50(456):565-6.
21. Veldhuis M. Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept. *Fam Med.* 1994;26(1):27-29.
22. Kherad O, Peiffer-Smadja N, Karlafti L, et al. The challenge of implementing Less is More medicine: A European perspective. *Eur J Intern Med.* 2020;76:1-7.
23. Stephenson J. 'Less Is More': The Next Big Thing for Medicine. If the doctor just says no, what does the patient hear? [cited 2024 February 6]. Available from: <https://www.medpagetoday.com/medpagetodayat10/lessismore/51763>.
24. Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med.* 2020;95(5):682-685.
25. Grady D, Redberg RF. Less Is More: How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Intern Med.* 2010;170(9):749-750.
26. Redberg R. Less Is More. *NAM Perspectives.* Commentary, National Academy of Medicine, Washington, DC 2012.
27. Breast Cancer: Screening. [cited 2024 May19]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-screening>.
28. Kotlík L. Co přináší pro klinickou praxi mezinárodní aktivita Less is more a Choosing wisely? *Vnitř Lék.* 2021;67(7):383-384.
29. Kotlík L. Kdy nadbytek péče může poškodit nemocné v oblasti zájmu generalistů? *Vnitř Lék.* 2021;67(7):394-398.
30. Havránek P. Cesty ke správnému rozhodování ve všeobecné interně, nefrologii a revmatologii. *Vnitř Lék.* 2021;67(7):390-393.
31. Brunerová L, Urbanová J, Brož J. Metabolické a endokrinní choroby – je náš přístup vždy racionální? *Vnitř Lék.* 2021;67(7):399-403.
32. Choosing Wisely. [cited 2024 January 28]. Available from: <https://www.choosingwisely.org/#:~:text=Choosing%20Wisely%20was%20an%2011-year%20campaign%20launched%20by,patients%20about%20unnecessary%20medical%20tests%2C%20treatments%2C%20and%20procedures>.
33. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002;136(3):243-246.
34. Born KB, Levinson W. Choosing Wisely campaigns globally: A shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. *J Gen Fam Med.* 2019;20(1):9-12.
35. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, et al. Choosing Wisely International Working Group. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(2):167-174.
36. 5 Questions to Ask Your Doctor Before You Get Any Test, Treatment, or Procedure. *Choosing Wisely.* 2016 Consumer Reports.
37. Do you really need that medical test or treatment? The answer may be no. *Choosing Wisely.* 2017 Consumer Reports.
38. Pět otázek, které byste měli položit svému lékaři před jakýmkoli vyšetřením, léčbou nebo výkonem. [cited 2024 January 21]. Available from: www.cisweb.cz/choosing-wisely.
39. Lazúrová I. Robiť viac neznamená robiť lepšie alebo Choosing Wisely kampaň vo svete a na Slovensku. *Interná Med.* 2017;17(3):75-76.
40. Brúšiková K. Misia Vyberaj rozumne. *Kompendium medicíny* 2023; 11-5.
41. Lazúrová I, Payer J, Kiňová S, et al. Vyberajme rozumne alebo Choosing wisely kampaň v SR Výsledky a TOP 7 odporúčaní. *Interná Med.* 2018;18(7-8):309-311.
42. Pharmaceutical Society of Australia. Choosing Wisely Recommendations [online]. [cited 2024 February 16]. Available from: <https://www.psa.org.au/choosing-wisely/>.
43. Health Quality & Safety Commission. New Choosing Wisely pharmacy recommendations [online]. [cited 2024 February 16]. Available from: <https://www.hqsc.govt.nz/news/new-choosing-wisely-pharmacy-recommendations/>.
44. Canadian Pharmacists Association. Choosing Wisely Ca-
- nada – Six tests and Treatments to question [online]. [cited 2024 February 16]. Available from: <https://choosingwiselycanada.org/recommendation/pharmacist/>.
45. About care pathways. E-P-A Definition of care pathway. [cited 2024 January 28]. Available from: <https://e-p-a.org/care-pathways/>.
46. Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes [PhD dissertation], Belgium: KU Leuven; 2007.
47. Schrijvers G, van Hoorn A, Huiskes N. The care pathway: concepts and theories: an introduction. *Int J Integr Care (Spec. Ed. Integrated Care Pathways)* 2012;12:e192.
48. Drake B. Patient Journey Modelling from data to insights into patient pathways. [cited 2024 February 16]. Available from: https://wentwest.com.au/wp-content/uploads/Research/Patient_Journey_Modelling.ProfB_Drake_.pdf.
49. Šarkanová I. Cesta pacienta. *Svetlo do zdravia.* SZU Bratislava 15. 02. 2024.
50. Tichopád A. Proč bychom měli analyzovat cesty pacientů. *Medical Tribune* 2024;20(3):A4-5.
51. What Is the Patient Journey and Why Is It Important? [cited 2024 February 16]. Available from: <https://webmdignite.com/blog/patient-journeys-in-healthcare-organizations>.
52. Membrillo A. What is a Patient Journey? Examples to Grow Your Practice. [cited 2024 February 16]. Available from: <https://www.cardinaldigitalmarketing.com/healthcare-resources/blog/what-is-a-patient-journey-grow-your-practice/>.
53. Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, et al. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management.* Springer 2021;496s.
54. Carayon P, Woolldridge AR. Improving patient safety in the patient journey: contributions from human factors engineering. In: Smith AE. *Women in industrial and systems engineering.* 2020;275-299.
55. Patient Journey. What is a patient journey? [cited 2024 February 16]. Available from: <https://www.definitivehc.com/resources/glossary/patient-journey>.
56. Sheasby L. What is a Patient Journey? [cited 2024 February 16]. Available from: <https://www.theaccessgroup.com/en-gb/health-social-care/software/patient-journey/what-is-a-patient-journey/>.
57. Grocott MPW. Pathway redesign: putting patients ahead of professionals. *Clin Med.* 2019;19(6):468-472.
58. Mangin D, Lamarche L, Freeman K, et al. Linking Patients' Goals and Priorities to Recommendations for Medication Changes in a Polypharmacy-Focused Structured Clinical Pathway. *J Patient Exp.* 2023;10:23743735231174762.
59. Tarrant C, Lewis R, Armstrong N. Polypharmacy and continuity of care: medicines optimisation in the era of multidisciplinary teams. *BMJ Qual Saf.* 2023;32:121-124.
60. České zdravotnické fórum obecně prospěšná společnost Výroční zpráva 2011.