



„Czasopismo Aptekarskie” we współdziałaniu z Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Okręgową Izbą Aptekarską w Krakowie i Wielkopolską Okręgową Izbą Aptekarską w Poznaniu ogłaszają:

Rok 2009 Rokiem Walki z Nadwagą i Otyłością

CZY DOŚWIADCZENIA APTEK ZWIĄZANE Z OFEROWANIEM WSPARCIA PACJENTOM CHCĄCYM RZUCIĆ PALENIE MOŻNA PRZEŁOŻYĆ NA DZIAŁANIA W SFERZE KONTROLI WAGI CIAŁA?

dr n. med. Jan RUXER

Zmiana statusu preparatów Nikotynowej Terapii Zastępczej (NTZ) z receptowych na preparaty dostępne w sprzedaży odręcznej okazała się potężną bronią w walce o zmniejszenie globalnych wskaźników palenia. Czy doświadczenie farmaceutów związane z NTZ może znaleźć zastosowanie w innych dziedzinach związanych z problematyką zdrowia społecznego, takich jak nadwaga i otyłość?

Jak w przypadku każdej zmiany statusu preparatu z receptowego na bezreceptowy ta dotycząca NTZ nie była prosta i doprowadzono do niej na drodze wyważenia spodziewanych korzyści i zagrożeń. Jednakże po ponad dziesięciu latach od

pierwszej zmiany statusu preparatów NTZ, której dokonano w USA, oraz w oparciu o doświadczenia zebrane z całego świata można stwierdzić, że istnieją konkretne dowody na to, że zmiana statusu odpowiednich preparatów receptowych na bezreceptowe może skutkować widoczną poprawą stanu zdrowia społeczeństwa.

W ramach analizy doświadczeń związanych z odręczną sprzedażą preparatów NTZ w Stanach Zjednoczonych, zbieranych przez dziesięć lat od zmiany statusu, profesor psychologii, psychiatrii i nauk farmaceutycznych z Uniwersytetu w Pittsburghu [1] **Saul Shiffman** zauważa w swojej nowej pracy, że jednym z najważniejszych ar-

gumentów przemawiających za zmianą statusu preparatów NTZ na bezreceptowy było zwiększenie dostępności NTZ dla osób chcących z powodzeniem rzucić palenie. Jak ważny i pożądanym jest to cel, dowodzą dane epidemiologiczne wskazujące jednoznacznie, że używanie tytoniu jest jedną z wiodących przyczyn zgonów na świecie [2]. W chwili obecnej palenie odpowiada za cztery miliony zgonów każdego roku, a prognozuje się, że do roku 2030 nałóg ten może powodować dziesięć milionów zgonów rocznie [3]. Mimo tak alarmujących danych i przeświadczenia, że odstawienie papierosów może cofnąć większość zagrożeń związanych z paleniem tytoniu, każdego roku

► palenie rzuca tylko 5% wszystkich palaczy [4]. Przed klasyfikacją preparatów NTZ do sprzedaży odręcznej ze środków tych korzystano tylko podczas 5-10% wszystkich prób odstawienia papierosów.

Niektórzy klinicyści należący do obozu sprzeciwiającego się zmianie statusu NTZ wyrażali szczególne zaniepokojenie kwestią bezpieczeństwa tych preparatów oraz potencjalnym brakiem ich skuteczności w obliczu braku wsparcia behawioralnego oferowanego pod nadzorem lekarza (oczekiwano, że wsparcia takiego zabraknie, jeśli preparaty będą dostępne w sprzedaży bezreceptowej). Z ostrożnością, ze zrozumiałych względów, odnoszono się również do unikatowej jak na tamte czasy propozycji zmiany klasyfikacji leku, który wymagał przyjmowania przez kilka miesięcy¹, a który należał do obszaru terapeutycznego wymagającego poważnej modyfikacji zachowań. Obie te cechy klóciły się z przyjętym wówczas poglądem na stosowanie leków bezreceptowych.

Jednakże decyzja o zmianie statusu NTZ okazała się korzystna: w dziesięć lat od podjęcia tej decyzji badania dowodzą, że preparaty te, sprzedawane bez recepty, nawet bez nadzorowanego przez lekarza wsparcia behawioralnego, zapewniły podobne wskaźniki zaprzestania palenia jak wtedy, kiedy były przepisywane w gabinetach lekarskich [5]. Sprzedaż odręczna preparatów NTZ nie wiązała się też z częstszymi czy poważniejszymi zagrożeniami dla zdrowia zażywających je pacjentów [6].

ZINTEGROWANIE WSPARCIA BEHAVIORALNEGO OFEROWANEGO PRZEZ PRODUCENTÓW NTZ

W Stanach Zjednoczonych, gdzie na skutek zmiany statusu preparaty NTZ stały się dostępne w supermarketach i innych nieaptecznych placówkach handlowych, producenci zapewnili dostęp do dostosowanych do indywidualnych potrzeb programów wsparcia behawioralnego oraz do materiałów edukacyjnych dołączanych do opakowań z preparatami NTZ. Oba działania wykazały się skutecznością, jeśli chodzi o poprawę wskaźników odstawienia palenia papierosów [7, 8].

Niemniej powstaje pytanie, czy pozostawienie sprzedaży preparatów NTZ w aptekach może przynieść większe korzyści niż ich dystrybucja w punktach nieaptecznych. Jednym słowem, czy interwencja personelu apteki wnosi jakąś wartość dodaną.

Jeśli przyjrzymy się Europie, gdzie bezreceptowa sprzedaż preparatów NTZ ogranicza się w głównej mierze do aptek, to istnieją dowody na to, że wsparcie behawioralne oferowane przez aptekę może poprawić współczynniki udanego zerwania z nałogiem. Randomizowane, kontrolowane badanie kliniczne, które objęło 484 brytyjskich palaczy, z których wielu przyjmowało NTZ, wykazało, że po 12 miesiącach wskaźniki nieprzerwanej abstynencji w grupie objętej interwencją pod postacią specjalistycznych porad farmaceutów były ponad pięciokrotnie wyższe niż w grupie

kontrolnej, nieobjętej interwencją [9]. Autorzy sugerują, że jednym z możliwych efektów porad uzyskanych w aptece było prawidłowe korzystanie z preparatów NTZ.

CO ZYSKALI FARMACEUCI Z BEZRECEPTOWEJ DOSTĘPNOŚCI NTZ?

Zdaniem farmaceutów skorzystali oni na zmianie statusu NTZ. Dane z Wielkiej Brytanii wskazują, że ta grupa zawodowa ocenia jako wartościowe doświadczenie odbyte szkolenia z zakresu udzielania porad w sprawie rzucenia palenia [10]. Farmaceuci uważają, że potrafią zastosować zdobytą wiedzę w praktyce, wiedza ta pozytywnie wpływa na sposób, w jaki doradzają pacjentom, co w ostateczności pomaga im w niesieniu pomocy pacjentom i podnosi stopień zadowolenia z wykonywanej pracy [10].

Odręczna sprzedaż preparatów NTZ umożliwiła także zamianę zmieniającej się roli aptek: ewolucji od dostawcy leków do wiarygodnego orędownika działającego na rzecz zdrowia publicznego.

SZERSZE WYKORZYSTANIE DOŚWIADCZEŃ ZWIĄZANYCH Z NTZ W SFERZE KONTROLI WAGI CIAŁA

Podobnie jak palenie tytoniu otyłość jest poważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego na świecie. W Europie nadwaga i otyłość osiągnęły rozmiary epidemii [11]. Częstość występowania obu stanów potroiła się w minionych dwóch dekadach [11]. Obecnie szacuje się, że

nadwagę ma około 400 milionów dorosłych zamieszkujących w regionie europejskim, a 130 milionów cierpi na otyłość [12]. Jeśli nie zostaną podjęte istotne działania prewencyjne w tym zakresie, to do 2010 roku w regionie europejskim objętym nadzorem WHO liczba otyłych dorosłych zwiększy się do 159 milionów (20% populacji!) [11].

Nadwaga i otyłość nie są wyłącznie kwestią estetyki. Oba te stany stanowią poważne czynniki ryzyka zachorowania na inne choroby przewlekłe, których zapadalność również rośnie w tempie epidemicznym, takich jak cukrzyca czy choroba wieńcowa.

Otyłość, prócz niekorzystnego wpływu na zdrowie człowieka, pociąga za sobą określone skutki ekonomiczne. Jest ona znaczącym bezpośrednim obciążeniem dla gospodarki, jeśli chodzi o profilaktykę, diagnostykę i leczenie, oraz obciążeniem pośrednim, generującym absencję w pracy na skutek związanych z nią chorób, inwalidztwem i przedwczesnymi zgonami. Szacuje się, że w Unii Europejskiej na leczenie skutków otyłości wydaje się do 6% całkowitego budżetu przeznaczanego na opiekę zdrowotną [11], a suma ta będzie rosła, jeśli weźmie się pod uwagę prognozy dotyczące narastania tego problemu zdrowotnego. Co istotne, biorąc pod uwagę, że negatywne skutki nadwagi zwykle dają o sobie znać po około 10 latach, to pełne żniwo bieżącej epidemii otyłości i nadwagi jest dopiero przed nami...

Praca Shiffmana, która nawiązywała do niedawnej zmiany statusu orlistatu (60 mg) w USA jako preparatu wspomagające-

go odchudzanie [1], wskazuje, że zaprzestanie palenia oraz utrata masy ciała wymagają od pacjenta wysiłku, zdyscyplinowania oraz modyfikacji stylu życia. Zarówno otyłość jak i nikotynizm mają charakter przewlekły. Ich leczenie jest zawsze długofalowe, często nieefektywne i charakteryzuje się tendencjami do nawrotów po uzyskaniu początkowego sukcesu. Wynika to z istotnego odsetka osób przerywających terapię. Należy zauważyć, że podobnie jak wielu pacjentom tak i ich terapeutom często nie wystarcza cierpliwości i determinacji, aby ugruntować już osiągnięte efekty leczenia [1, 12, 15]. Warto podkreślić również, że nie wszystkie sposoby stosowanej terapii mają udowodnioną skuteczność działania [1, 16, 17, 18].

CZY APTEKI POWINNY WNOSIĆ PODOBNY WKŁAD W KONTROLOWANIE MASY CIAŁA JAK W PROCES ZAPRZESTANIA PALENIA?

Już w chwili obecnej apteki na szeroką skalę prowadzą sprzedaż detaliczną suplementów wspomagających odchudzanie. W USA i Australii sprzedaż odręczna dotyczy również orlistatu. Zmiana statusu tego leku uzyskała ogromną aprobatę farmaceutów w Australii. W rok po zmianie statusu orlistatu ponad 60% australijskich aptek otwartych oferowała usługi z dziedziny kontrolowania masy ciała [19, 20]. Specjalista z dziedziny otyłości dr **Nick Finer** ze Szpitala Addenbrooke's w Cambridge w Wielkiej Brytanii uważa, że umożliwienie farmaceutom przyjęcia

na siebie pełniejszej roli w odręcznej sprzedaży leków przeciw otyłości pomoże poradzić sobie z tym ogromnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego [21].

Wraz z wprowadzeniem łatwo dostępnych dla pacjenta procedur diagnostycznych, takich jak pomiar wskaźnika masy ciała (BMI), ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu we krwi oraz glikemii – czyli czynników, które istotnie wiążą się z nadwagą i otyłością – wykazano, że wkład, jaki apteki wnoszą w leczenie nadwagi i otyłości, przynosi efekty oraz jest kosztowo efektywny. Brytyjskie i duńskie badania nad leczeniem otyłości przez apteki wykazały, że apteki są w stanie osiągać porównywalne wskaźniki redukcji masy ciała i utrzymania tych rezultatów podobnie jak lekarze ogólni przy znacznie mniejszym obciążeniu finansowym dla systemu opieki zdrowotnej [22, 23]. Badanie pilotażowe przeprowadzone w USA, badające potencjalne korzyści interwencji farmaceuty podczas leczenia orlistatem na receptę, wykazało, że osoby, które dodatkowo otrzymały poradę farmaceuty, lepiej przestrzegały zasad kuracji i osiągały lepsze wyniki w redukcji masy ciała [24].

Brytyjskie państwowe centrum analiz Foresight, które wykorzystuje wyniki badań naukowych dla celów prognozytycznych, opublikowało niedawno raport na temat problemu otyłości, w którym ostrzega, że przeciwdziałanie temu zjawisku będzie wymagało daleko szerszej zakrojonych działań niż to miało miejsce do tej pory. Działania te powinny dotyczyć zarówno sfery osobistej, rodzinnej

► jak i społecznej [25]. Biorąc pod uwagę szeroką dostępność aptek, a także mając na względzie już oferowane przez apteki usługi dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, tj. cukrzycą czy nadciśnieniem tętniczym, argumentuje się, że apteki mogą również wnieść pewien wkład w terapię otyłości. Wielokrotne krótkie interwencje połączone z farmakoterapią – typowe dla amerykańskich aptek – mają nie tylko istotną skuteczność [26], ale też cieszą się popularnością wśród pacjentów. Prowadzone w tym zakresie badania wykazały, że interwencja podjęta przez farmaceutę, polegająca na codwutygodniowej 10-15-minutowej konsultacji na temat sposobów utraty masy ciała, obejmującej wskazówki dietetyczne, prowadziła do redukcji masy ciała o 5-6 kg w ciągu 22 tygodni [27].

PRZEZWYCIĘŻENIE PRZESZKÓD NA DRODZE DO CZYNNEGO UCZESTNICTWA APTEK W PROGRAMACH ZDROWOTNYCH

Farmaceuci amerykańscy [28], brytyjscy [9] oraz południowoafrykańscy [29] za główne przeszkody w bardziej czynnym uczestnictwie w aptecznych programach zdrowotnych dotyczących otyłości i zaprzestania palenia uznali brak czasu, brak zapotrzebowania wśród pacjentów oraz brak finansowania takiej działalności. Przeszkody te można przezwyciężyć, podnosząc świadomość społeczną co do możliwości uzyskania porady medycznej u farmaceuty oraz poprzez wynagradzanie

apteki za świadczone dodatkowe usługi [28].

Czynnikiem, który może wazyć na aktywności prozdrowotnej farmaceutów w zakresie zwalczania otyłości i nałogu palenia, może być brak stosownych umiejętności oraz brak wiary we własne możliwości i kompetencje. Analiza wkładu wniesionego przez apteki na rzecz zdrowia publicznego została jednak ujawniona w wynikach badań brytyjskich, które oceniały wpływ stosownego przeszkolenia w zakresie udzielania porad prozdrowotnych [30]. Udowodniono, że szkolenie było kluczowym elementem, od którego zależała zmiana zachowania farmaceuty podczas trwania konkretnych programów promujących zdrowie. Porady udzielane przez farmaceutów przeszkolonych w dziedzinie zaprzestania palenia powiązane ze znamienne wyższymi wskaźnikami odstawienia papierosów u palaczy w stosunku do porad udzielanych przez nieprzeszkolonych farmaceutów. Konsultacje przeprowadzane przez przeszkolonych farmaceutów wśród klientów trwały dłużej i wzrosło zaangażowanie farmaceuty w promocję zdrowia.

WNIOSEK

Doświadczenia z bezreceptową sprzedażą preparatów NTZ pokazują, że farmaceuci są w stanie wnieść bezpośredni i znaczny wkład w stan zdrowia publicznego. Mamy wszelkie podstawy, aby wierzyć, że farmaceuci mogą pełnić równie skuteczną rolę w zwalczaniu epidemii nadwagi i otyłości, pod wa-

runkiem odpowiedniego przeszkolenia oraz dostępu do bezreceptowych kuracji odchudzających o naukowo udowodnionej skuteczności.

Piśmiennictwo:

1. Shiffman S., Sweeney C.: *Ten years after the Rx-to-OTC switch of nicotine replacement therapy: what have we learned about the benefits and risk of non-prescription availability?* Health Policy. Epub ahead of print Oct 10, 2007. Full Text + Links.
2. Ezzati M., Lopez A.D., Rogers A. et al.: *Selected major risk factors and global and regional burden of disease.* *Lancet* 2002; 360: 1347-1360. Full Text + Links.
Peto R., Lopez A.: *Critical issues in Global Health*, 2001. Chapter 18: 154-161. *Future worldwide health effects of current smoking patterns.*
3. Centers for Disease Control and Prevention. *Cigarette smoking among adults – United States 2000: Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002; 51: 642-645. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5129a3.htm>.
4. Hughes J.R., Shiffman S., Callas P., Zhang J.: *A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine medications.* *Tob Control* 2003; 12: 21-27. <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/12/1/21?maxto-show=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=hughes&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=12&resourcetype=HWCIT>
5. Shiffman S., Rolf C.N., Helebusch S.J. et al.: *Real-world efficacy of prescription and over-the-counter nicotine replacement therapy.* *Addiction* 2002; 97: 505-516. <http://www.blackwell-synergy.com/action/showPdf?submitPDF=Full+Text+PDF+%28118+KB%29&doi=10.1046%2Fj.1360-0443.2002.00141.x>
6. Shiffman S., Paty J.A., Rohay J.M. et al.: *The efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine polacrilex gum therapy.* *Arch. Intern. Med.* 2000, 160: 1675-1681. <http://archin->

- te.ama-assn.org/cgi/reprint/160/11/1675
7. Shiffman S., Paty J.A., Rohay J.M. et al.: *The efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine patch therapy*. Drug Alcohol Depend 2001, 64: 35-46.
 8. Maguire T.A., McElnay J.C., Drummond A.: *A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies*. Addiction 2001; 96: 325-331. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1360-0443.2001.96232516.x>.
 9. Sinclair H.K., Bond C.M., Lennox A.A. et al.: *An evaluation of a training workshop for pharmacists based on the Stages of Change model of smoking cessation*. Health Education Journal 1997; 56: 296-312.
 10. World Health Organization. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Istanbul, Turkey, 15-17 November 2005. *10 things you need to know about obesity*. http://www.euro.who.int/Document/NUT/ObesityConf_10things_Eng.pdf
 11. World Health Organization. Fact sheet EURO/13/05. *The challenge of obesity in the WHO European Region*. Copenhagen, Bucharest, 12 September 2005. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1305e.pdf>
 12. Kopelman P.G.: *Obesity as a medical problem*. Nature 2000; 404: 635-643. <http://www.nature.com/nature/journal/v404/n6778/pdf/404635a0.pdf>
 13. Sciamanna C.N., Tate D.F., Lang W., Wing R.R.: *Who reports receiving advice to lose weight? Results from a multistate survey*. Arch. Intern. Med. 2000; 160: 2334-2339. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/160/15/2334>
 14. Simkin-Silverman L.R., Gleason K.A., King W.C. et al.: *Predictors of weight control advice in primary care practices: patient health and psychosocial characteristics*. Prev. Med. 2005; 50: 71-82. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WPG-4CVR1R4-1&_user=2529830&_coverDate=01%2F31%2F2005&_alid=709568279&_rdoc=1&_fmt=full&_orig=search&_cdi=6990&_sort=d&_docanchor=&view=c&_ct=1&_acct=C000008658&_version=1&_urlVersion=0&_userid=2529830&md5=01913bcd81dcfad09632cdcd7d902930
 15. UK Clinical Knowledge Summaries: *Smoking*. February 2006. http://cks.library.nhs.uk/smoking_cessation/view_whole_guidance
 16. Pittler M.H., Ernst E.: *Dietary supplements for body-weight reduction: a systematic review*. Am. J. Clin. Nutr 2004; 79: 529-536. <http://www.ajcn.org/cgi/reprint/79/4/529?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&firstpage=529&resourcetype=HWCIT>
 17. Pittler M.H., Ernst E.: *Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review*. Int. J. Obesity 2005; 29: 1030-1038. <http://www.nature.com/ijo/journal/v29/n9/pdf/0803008a.pdf>
 18. Berbatis C.G.: *Weight management and the challenges to Australian pharmacy*. Aust. Pharmacist 2005, 24: 196-201.
 19. Joyce A.W., Sunderland B., Burrows S. et al.: *Community pharmacy's role in promoting healthy behaviours*. J. Pharm. Pract. Res 2007; 37: 42-44.
 20. *Pharmacists can play a role in helping defuse the obesity time-bomb*. Pharm. J. (UK) 2007, 279; 425. <http://www.pjonline.com/editorial/20071020/news/p425obesity.html>
 20. UK Health Select Committee Inquiry into Obesity, written evidence submitted by the Pharmaceutical Services Negotiating Committee. April 2003. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/23/23we27.htm>
 21. Toubro S., Dahlagar L., Hermansen L. et al.: *Dietary guidelines on obesity at Danish pharmacies. Results of a 12-week course with a 1-year follow-up*. Research Group on Human Nutrition, Frederiksberg. Ugeskr Laeger 1999; 161: 5308-5313.
 22. Malone M., Alger-Mayer S.A.: *Pharmacist intervention enhances adherence to orlistat therapy*. Ann. Pharmacother. 2003; 37: 1598-602. <http://www.theannals.com/cgi/reprint/37/11/1598>
 23. Foresight report: *Tackling obesity: future choices*. October 2007. http://www.foresight.gov.uk/Obesity/obesity_final/17.pdf
 24. Wadden T.A., Berkowitz R.I., Vogt R.A. et al.: *Lifestyle modification in the pharmacologic treatment of obesity: a pilot investigation of a potential primary care approach*. Obesity Res 1997; 5: 218-226.
 25. Ahrens R.A., Hower M., Best A.M.: *Effects of weight reduction interventions by community pharmacists*. J. Am. Pharm. Assoc. 2003; 43: 583-9.
 26. O'Donnell D.C., Brown C.M., Dastani H.M.: *Barriers to counseling patients with obesity: a study of Texas community pharmacists*. J. Am. Pharm. Assoc. 2006; 46: 465-471.
 27. Futter B., Burton S.: *Research barriers to implementing pharmaceutical care: using pharmacy students to assess good pharmacy practice in community pharmacies*. Report funded by and prepared for the South African Pharmacy Council. Journal of Research and Teaching for Undergraduate Pharmacy Students 1999, 2; 1. http://www.ru.ac.za/academic/departments/pharmacy/jrats/voll_2/report1/barrier.htm
 28. Anderson C., Blenkinsopp A., Armstrong M.: *The contribution of community pharmacy to improving the public's health*. Report One. Evidence from the peer-reviewed literature 1999-2001. 1st edition, 2001. <http://www.pharmacyhealthlink.org.uk/> (Click research and publications and then evidence base reports) UK contractual framework for community pharmacy. <http://www.primarycarecontracting.nhs.uk/183.php>