

Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 8/2010 z dnia [REDAKTOWANO]
o projekcie programu zdrowotnego
„Regionalny program zwalczania otyłości i jej powikłań
ze strony narządu ruchu u osób dorosłych”
realizowanym przez:
Urząd Marszałkowski Województwa [REDAKTOWANO]
w [REDAKTOWANO]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej nr 8/2010 z dnia [REDAKTOWANO] przedstawiam opinię dotyczącą projektu programu zdrowotnego „Regionalny program zwalczania otyłości i jej powikłań ze strony narządu ruchu u osób dorosłych” realizowanym przez: Urząd Marszałkowski Województwa [REDAKTOWANO] [REDAKTOWANO].

Prezes za wskazaniem Rady stwierdza, że projekt programu zdrowotnego „Regionalny program zwalczania otyłości i jej powikłań ze strony narządu ruchu u osób dorosłych” dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jednakże nie jest możliwe wydanie pozytywnej opinii o tym projekcie ponieważ zawiera on wiele istotnych uchybień.

Program sformułowany jest dość ogólnie, przez co nie jest możliwe dokonanie wiarygodnej oceny jego funkcjonowania oraz oceny jego efektów. Główne jego wady to:

- program nie obejmuje wszystkich osób otyłych w województwie;
- nie określono kryteriów wyboru osób otyłych do uczestnictwa w programie;
- brak schematu postępowania z osobami włączonymi do programu. Nie jest jasne czy osoby włączane do programu już na wstępie będą musiały zgodzić się na wszystkie proponowane interwencje czy też możliwe będzie skorzystanie tylko z części z nich;
- wątpliwości budzi propozycja wykonywania prześwietlenia stawów biodrowych i kolanowych (nie wiadomo czy u wszystkich włączonych chorych, czy tylko u osób z objawami, np. bólowymi);
- biorąc pod uwagę przewlekłość problemu zdrowotnego, w tak krótkiej perspektywie czasowej ocena efektów programu jest mało wiarygodna, ponieważ tylko niewielkiej części osób, które początkowo osiągają korzystne efekty, udaje się utrzymać je w perspektywie kilku lat.

Otyłością nazywane jest nadmierne, patologiczne zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej jako części składowej organizmu. W ujęciu medycznym jest to choroba spowodowana w głównej

mierze niską aktywnością fizyczną oraz nadmierną podażą wysokoenergetycznego pożywienia w połączeniu z genetyczną predyspozycją do gromadzenia tłuszczu.

Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie ma związek ze stanem zdrowia. Osoby, które są otyłe bądź mają nadwagę, mają wyższe ryzyko takich chorób jak: choroba niedokrwienna serca, cukrzyca (w szczególności cukrzyca typu 2), hipercholesterolemia, nadciśnienie, kamica żółciowa, choroba zwyrodnieniowa stawów czy zespół bezdechu sennego. Spodziewana długość życia przy otyłości jest krótsza, głównie ze względu na wpływ zwiększonej wagi na związane z nią choroby i ich następstwa. Niski poziom aktywności fizycznej (siedzący tryb życia) jest w krajach europejskich jednym z najbardziej rozpowszechnionych czynników zagrożenia chorobami układu krążenia i wieloma innymi chorobami przewlekłymi, w tym otyłości. Redukcja masy ciała w przypadku pacjentów z nadwagą i otyłością wpływa przede wszystkim na zmniejszenie zachorowalności z powodu chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy typu 2, a także umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych.

Przedstawiony projekt programu zdrowotnego wydaje się dotyczyć dokładnie określonego problemu zdrowotnego, którego rozpowszechnienie można oszacować i któremu można zapobiegać. Jednak brakuje jasnego określenia charakteru programu, a tym samym populacji, do jakiej jest skierowany. Nazwa programu sugeruje profilaktykę trzeciego rzutu (tj. skierowaną do osób w zaawansowanym stadium, mającą na celu zapobieganie skutkom choroby oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby), podczas gdy wskazana populacja docelowa programu sugeruje program profilaktyki pierwotnej.

Pomimo dostępnych danych, w projekcie nie przedstawiono oszacowań zapadalności na otyłość na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Szacując na podstawie wyników badania WOBASZ oraz danych GUS za 2008 r., otyłość dotyczyłaby ok. 196 tys., a nadwaga ok. 297 tys. mieszkańców województwa. Główne świadczenia przewidziane w ramach programu i ujęte w planowanym budżecie (konsultacje lekarskie, badania diagnostyczne) wydają się dotyczyć populacji 100 osób. Brak informacji, do jakiej grupy miałyby być skierowane oraz jak miałyby przebiegać cykle szkoleń przewidziane w programie. W projekcie nie przedstawiono uzasadnienia ograniczenia programu do grupy 100-200 osób oraz informacji dotyczącej sposobu rekrutacji czy kryteriów kwalifikacji pacjentów. Ze względu na brak informacji, nie jest jasne czy optymalnie dobrano sposób docierania do potencjalnych beneficjentów programu (w formie bezpośredniej, bądź za pomocą ulotek, broszur, plakatów – te ostatnie mogą istotnie zwiększyć koszty programu). Trudno ocenić czy program zaspokaja istotne potrzeby lokalnej społeczności. Mając jednak na uwadze założone przez autorów projektu cele, istnieje wątpliwość czy program ograniczony do 100 osób zaspokoi te potrzeby.

Analizując udział w ćwiczeniach fizycznych w czasie wolnym od pracy zawodowej, największy odsetek osób mało aktywnych stwierdzono wśród kobiet z województwa kujawsko-pomorskiego (65%), pomorskiego i śląskiego (w obu przypadkach 64%) oraz wśród mężczyzn z województw: podlaskiego (62%), kujawsko-pomorskiego (58%) oraz dolnośląskiego (52%). Dla porównania, odsetek dla Polski wyniósł odpowiednio 56% dla kobiet i 49% dla mężczyzn.

Wyniki badania WOBASZ przeprowadzonego w populacji 13 545 mężczyzn i kobiet w wieku 20–74 lat, wykazały, że co piąty Polak cierpi na otyłość, przy czym częstość występowania otyłości jest podobna u kobiet (20,2%) i u mężczyzn (20,6%).

Wyniki dla województwa kujawsko–pomorskiego zbliżone były do wyników populacji ogólnej Polski – otyłość stwierdzono odpowiednio u 24,0 % mężczyzn i 20,5% kobiet, zaś otyłość znaczną – u 21,4% mężczyzn i 20,1% kobiet. W województwie tym, nadwagę stwierdzano częściej u mężczyzn niż kobiet, odpowiednio 42,7% i 24,9%. Województwo kujawsko-pomorskie zajmuje natomiast wysokie pozycje w zakresie niskiej aktywności fizycznej: mało aktywnych jest 65% kobiet i 58% mężczyzn.

Zgodnie z danymi GUS za 2008 r. w województwie kujawsko–pomorskim zamieszkiwało ogółem 881 821 osób w wieku 30-59 lat (odpowiednio 433 050 mężczyzn i 448 771 kobiet). Jeśli uwzględnić wyniki badania WOBASZ, na otyłość cierpiałyby ok. 104 tys. mężczyzn oraz ok. 92 tys. kobiet (ogółem ok. 196 tys. osób), zaś na nadwagę ok. 185 tys. mężczyzn i ok. 112 tys. kobiet.

Działania przedstawione w programie – konsultacje lekarskie (również konsultacje dietetyka i specjalisty rehabilitacji ruchowej) oraz zajęcia ruchowe pod nadzorem fizjoterapeuty – są zgodne z dostępnymi zaleceniami postępowania klinicznego zarówno w przypadku otyłości, jak również w przypadku leczenia chorób zwyrodnieniowych stawów kolanowych i biodrowych.

Dostępne opracowania potwierdzają skuteczność ćwiczeń jako interwencji redukującej masę ciała, w szczególności gdy ćwiczenia te są połączone ze zmianą diety. Opracowania wskazują dodatkowo na korzystny wpływ ćwiczeń na poprawę czynników ryzyka sercowo naczyniowego u osób z nadwagą czy otyłością, nawet przy braku redukcji masy ciała.

W odniesieniu do powikłań otyłości ze strony narządu ruchu, istnieją dowody naukowe, potwierdzające pozytywną zależność między otyłością, a występowaniem choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego. Tym niemniej to występowanie choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego wiąże się z zwiększoną otyłością (a nie odwrotnie).

Istnieją dobrej jakości dowody naukowe popierające rekomendowanie redukcji wagi otyłym pacjentom z osteoartrozą kolana, jak również rekomendowanie ćwiczeń fizycznych pacjentom z osteoartrozą kolana i biodra.

Przedstawione dane nie pozwalają wnioskować czy program stanowi optymalne wykorzystanie zasobów samorządu. W odniesieniu do przedstawionego oszacowania kosztów realizacji programu, brakuje informacji dotyczącej kosztów (przewidzianych w programie) cykli szkoleń dla pacjentów, jak również kosztów rekrutacji i kwalifikacji pacjentów (nieujętych w opisie projektu).

Jako wskaźniki osiągnięcia założonych celów, autorzy wskazali liczbę osób uczestniczących w szkoleniach; liczbę osób, które zmieniły niewłaściwe zachowania zdrowotne; liczbę osób, u których zaobserwowano poprawę w zakresie dolegliwości związanych z nieprawidłowościami ze strony narządu ruchu oraz procentowy udział osób, które osiągnęły poprawę w zakresie kontroli masy ciała w stosunku do liczby osób, u których wyjściowo stwierdzono otyłość. Brak jest jasności czy wskaźniki osiągnięcia celów odnoszą się do ogólnej populacji mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w wieku 30-60 lat czy do grupy zakwalifikowanej do konsultacji lekarskich i zajęć ruchowych pod nadzorem fizjoterapeuty. Autorzy nie przedstawili informacji, po jakim czasie i w jaki sposób (jaki rodzaj danych, jakie narzędzia oceny poprawy zdrowia) ma zostać przeprowadzona kontrola. Dodatkowo brak informacji, do jakiej grupy (populacji ogólnej czy zakwalifikowanej do

konsultacji i zajęć ruchowych) miałyby być skierowane cykle szkoleń przewidziane w programie.

Brak informacji o konsultacjach projektu z innymi ekspertami klinicznymi, jak np. konsultanci wojewódzcy z odpowiednich dziedzin.

Eksperci kliniczni, poproszeni o zaopiniowanie programu, zwrócili uwagę na następujące elementy:

- przedział wiekowy uczestników programu należałoby rozszerzyć z 30-60 lat na 20-60 lat;
- nie określono czego ma dotyczyć badanie RTG;
- w proponowanym budżecie znacznie zawyżono wszystkie koszty;
- projekt programu nie zawiera wyraźnego zdefiniowania typu badania (badanie pilotażowe, badanie prospektywne, badanie interwencyjne);
- brak informacji, w jakim przedziale czasowym badania mają być przeprowadzone.

Właściwym byłoby przeznaczenie przewidzianych dla programu zasobów na interwencje dla ściśle określonej, wybranej grupy, przede wszystkim w zakresie nieobjętym świadczeniami ubezpieczenia zdrowotnego lub dla osób wymagających szczególnie intensywnej interwencji i rokujących uzyskanie trwałego efektu zdrowotnego. Inną możliwością byłoby ograniczenie się do jednego celu programu, czyli np. zwiększania świadomości zdrowotnej w określonej grupie docelowej.