

UCHWAŁA NR 554/XLVI/2022
RADY MIEJSKIEJ W LUBLIŃCU

z dnia 24 maja 2022 r.

w sprawie przyjęcia "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 - 2026"

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022r. poz. 559), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021r. poz. 1285 z późn. zm.) po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Rada Miejska w Lublińcu uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 - 2026” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Lublińca.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miejskiej

Gabriel Podbiol

Załącznik do uchwały Nr 554/XLVI/2022
Rady Miejskiej w Lublińcu
z dnia 24 maja 2022 r.

**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród
dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców
w wieku 65+ na lata 2022 – 2026**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn.zm.]

Lubliniec, 2022

1. **Nazwa programu:**

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026

2. **Okres realizacji programu:** 2022-2026

3. **Autorzy programu:** dr hab. n. o zdr. Joanna Woźniak-Holecka, dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednich latach.

5. **Dane kontaktowe:**

Urząd Miejski Lubliniec
ul. Paderewskiego 5
42-700 Lubliniec
tel. 48 (034) 353-01-00
e-mail: um@lubliniec.pl

6. **Data opracowania programu:** Grudzień 2021

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	5
1. Opis problemu zdrowotnego	5
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	10
1. Cel główny	10
2. Cele szczegółowe	10
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	10
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	12
1. Populacja docelowa	12
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	12
3. Planowane interwencje	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	17
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	18
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	19
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	19
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	19
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	21
1. Monitorowanie	21
2. Ewaluacja	21
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	23
2. Koszty całkowite:	23
3. Źródło finansowania	25
Załączniki	26

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to poszerzają one swoją objętość (oba zjawiska występują w populacji dzieci równocześnie)¹. Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a powstawanie otyłości to zazwyczaj proces długotrwały, gdzie na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że tylko 5% otyłości jest warunkowana genetycznie, a w pozostałych przypadkach wynika ona z przyczyn pozagenowych, takich jak: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym oraz nawyki żywieniowe w późniejszym okresie².

Wyróżnia się dwa typy otyłości, cechujące się odmiennym ryzykiem powikłań i zapadalności na choroby cywilizacyjne. Typ brzuszny (androidalny, centralny, wisceralny, tzw. typ „jabłko”) charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy zaotrzewnowej i związany jest z większym ryzykiem rozwoju powikłań naczyniowo-sercowych oraz zespołu metabolicznego i niektórych nowotworów. Typ pośladkowo-udowy (gynoidalny, obwodowy, tzw. typ „gruszka”) wiąże się z lokalizacją tkanki tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków i występuje częściej u kobiet. Fizjologicznie, w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, dominuje obwodowy typ otyłości, który wraz z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku typu centralnego³. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu ma związek z niekorzystnym profilem lipidowym i stężeniem lipoprotein, wyższym ciśnieniem tętniczym, miażdżycą, a także większą masą lewej komory serca. Krytycznym okresem dla rozwoju otyłości ogólnego i kształtowania się rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie jest dojrzewanie. Szybkość i sposób redystrybucji tkanki tłuszczowej różni się w zależności od płci, u dziewcząt tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest głównie w dolnej połowie ciała (biodra, pośladki) i jej masa rośnie z wiekiem aż do zakończenia okresu dojrzewania, natomiast u chłopców mamy do czynienia z bardziej centralnym typem otyłości (głównie górna połowa ciała: kark, ramiona, podbrzusze)⁴.

Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u dzieci uważa się m.in. występowanie otyłości u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)⁵, co ma związek z dietą realizowaną w gospodarstwie domowym oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców. Coraz częstsze występowanie otyłości wiąże się z przesunięciem czasu jej pojawienia się u młodszych grup wiekowych. Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród dzieci to m.in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat zapowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w wieku 12 lat zapowiada aż w 75% otyłość w wieku dorosłym), nadciśnienie

¹ Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka*, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613.

² Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005; 90: 1871-1887.

³ Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.

⁴ Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku– epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.

⁵ Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician.* 2006; 52: 322-328.

tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, dodatkowo problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)⁶.

Ocena stopnia otyłości u dzieci i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej⁷. Nadwagę i otyłość w tej grupie wiekowej diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała) w oparciu o siatki centylowe, umożliwiające ocenę rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży od urodzenia do 19 lat. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w przypadku dzieci i młodzieży BMI pomiędzy 90-97 centylem oznacza nadwagę, a powyżej 97 centyla - otyłość, wg WHO u dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat nadwaga definiowana jest jako >85 centyla BMI a otyłość >97 centyla BMI⁸. Otyłość stwierdza się także na podstawie stopnia otłuszczenia, gdzie w przypadku dzieci stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów⁹. Większość (90%) wszystkich przypadków u dzieci cechuje otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych, takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół Cushinga lub chorób ośrodkowego układu nerwowego, np. ciężkiego uszkodzenia mózgu z brakiem aktywności ruchowej¹⁰.

Profilaktyka otyłości u dzieci polega na realizacji zaleceń dotyczących równowagi pomiędzy spożyciem kalorii i ich wydatkowaniem oraz utrzymaniem prawidłowego tempa wzrastania, jak również promowania wysiłku fizycznego i ograniczenia czasu spędzanego biernie. Niezmiernie ważnym czynnikiem jest również osiągnięcie trwałej zmiany nawyków żywieniowych u dziecka i jego rodziny, co gwarantuje długofalowy sukces w utrzymywaniu należytej masy ciała.

Otyłość jest jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych również w populacji osób starszych. Zarówno starzenie, jak i otyłość pochłaniają dużą pulę środków przeznaczonych na publiczną służbę zdrowia¹¹. Leczenie otyłości wśród osób starszych budzi kontrowersje, ponieważ redukcja względnych czynników ryzyka związanych ze wzrostem masy ciała, może jednocześnie powodować szkodliwe następstwa w odniesieniu do innych problemów zdrowotnych w tej grupie wiekowej. Dlatego istotny jest ścisły nadzór nad pacjentem i dobór takiej terapii redukującej masę ciała, która minimalizuje utratę masy kości i mięśni i nie powoduje

⁶ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4: 210–219.

⁷ Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, Medycyna Rodzinna, 2/2014: 64-69.

⁸ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%CC%81c%CC%81-Rekomendacje.pdf> (dostęp z dnia 12.12.2021).

⁹ Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002; 1: 17.

¹⁰ Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit. str. 614.

¹¹ Marzena Kotwas i wsp., Patogeneza i leczenie otyłości u osób w podeszłym wieku, Wybrane Problemy Kliniczne, Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 6, 435–444.

groźnych skutków ubocznych. Uważa się, że głównym celem interwencji medycznej u otyłych osób starszych powinna być zmiana stylu życia, ważny jest też element terapii behawioralnej¹².

Negatywne skutki otyłości osób w wieku podeszłym są dość trudne do oceny, gdyż prowadzą do nasilenia wielu dolegliwości charakterystycznych dla tego wieku, a zarazem występują już u osób otyłych w wieku średnim. Śmiertelność spowodowana otyłością wzrasta w każdej grupie wiekowej. Wykazano, że powikłania kliniczne rosną liniowo wraz z BMI do 75. r.ż. Otyłości w podeszłym wieku towarzyszy wiele zaburzeń metabolicznych. Ryzyko rozwoju zespołu metabolicznego po 65. roku życia jest sześć razy wyższe u mężczyzn i pięć razy wyższe u kobiet wobec osób w wieku 20–34 lat, wzrasta także częstość zachorowalności na cukrzycę typu 2. Po 30. roku życia stężenie glukozy na czczo rośnie o 1–2 mg/dl na dekadę, a po posiłku o 10–20 mg/dl. Zmiany te przypisywano wcześniej samemu wpływowi starzenia, jednak w znacznej mierze odpowiada za nie wzrost masy tkanki tłuszczowej. U starszych osób aktywnych fizycznie bez zwiększonej masy tłuszczu trzewnego insulinooporność i cukrzyca typu 2 rozwijają się znacznie rzadziej. Nadciśnienie tętnicze i otyłość korelują aż do późnej starości¹³. U starszych otyłych mężczyzn rośnie ryzyko chorób w obrębie następujących układów narządów: układ sercowo-naczyniowy (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca), układ oddechowy (niewydolność oddechowa), układ kostno-stawowy (zmiany zwyrodnieniowe), przewód pokarmowy (stłuszczenie wątroby, kamica żółciowa, zapalenie trzustki), ponadto: zaburzenia metabolizmu glukozy (cukrzyca typu 2, hiperinsulinemia, insulinooporność), depresja, nerwice¹⁴.

Indeks masy ciała (BMI, body mass index) nie najlepiej odzwierciedla zawartość tkanki tłuszczowej u osób starszych. Spośród innych metod antropometrycznych do oceny typu otyłości wykorzystuje się obwód talii (WC, waist circumference), stosunek obwodu talii do obwodu bioder (WHR, waist-to-hip ratio) oraz wskaźnik talia-wzrost (WHtR, waist-to-height ratio).

2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Raport The International Obesity Task Force opracowany w roku 2008 wskazuje, że co piąte europejskie dziecko ma nadwagę lub jest otyłe, a co roku przybywa około 400 000 nowych przypadków nadwagi i otyłości dziecięcej¹⁵. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że otyłych jest już 15 milionów dzieci i nastolatków (10% populacji) a nadwaga to najpowszechniej występujący problem zdrowotny wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO¹⁶.

W krajach Europy Zachodniej odsetek otyłych chłopców i dziewcząt w wieku 15 lat wynosi odpowiednio: 5,1% i 4,4% w Austrii, 5,2% i 5,8% w Belgii, 3,2% i 6,5% w Danii, 2,7% i 4% we Francji, 5,4% i 5,1% w Niemczech. W krajach Europy Południowej odsetki te są wyższe, na przykład w Grecji wynoszą 10,8% i 5,5%, a w Portugalii – 5,2% i 6,7%. Częstość nadwagi w populacji 15-latków w wymienionych krajach jest

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Villareal D.T., Apovian C.M., Kushner R.F. i wsp. Obesity in older adults: technical review and position statement of the american society for nutrition and NAASO, the obesity society. *Obes. Res.* 2005; 13: 1849–1863.

¹⁵ <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp 12.12.2021).

¹⁶ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 12.12.2021).

zdecydowanie wyższa niż występowanie otyłości. Największy odsetek nadwagi u dzieci występuje w Grecji, u 8,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt¹⁷.

W 2019 r. w Polsce przeprowadzono 251 programów z zakresu nadwagi i otyłości, których działaniem objęto ok. 41 tys. osób, z czego w województwie śląskim liczba osób objętych programem z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wyniosła w tym roku średnio 1 111 osób¹⁸. W zakresie rekomendacji odniesiono się do podejmowania inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie, upowszechniania w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz prowadzenia działalności informacyjno-edukacyjnej oraz podjęcia skutecznych działań z zakresu promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości, w szczególności wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży¹⁹.

Sytuacja w Polsce jest równie niepokojąca, nadwagę lub otyłość obserwuje się najczęściej już u 10-letnich chłopców (22,4%) oraz 9-letnich dziewczynek (22,4%). W grupie nastolatków w wieku 13-15 lat, nadwaga lub otyłość dotyczy 14,2-19,3% chłopców oraz 12,8-14,2% dziewczynek. Wśród starszej młodzieży (16-18 lat) odsetek osób z nadwagą lub otyłych jest niższy i wynosi – u chłopców od 13,6 do 18%, a wśród dziewcząt od 9,1 do 10,9%²⁰.

Jak wykazały badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ok. 12-14% dzieci w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne²¹. Wg danych Instytutu Żywności i Żywienia województwo śląskie zamieszkuje około 16,5% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością i jest to w skali kraju poziom niski²².

Obecnie w szybkim tempie przybywa również osób otyłych w podeszłym wieku, na co składają się dwa zjawiska: starzenie się społeczeństw i wzrost odsetka ludzi otyłych. W 1991 roku 14,7% Amerykanów w wieku 60–69 lat oraz 11,4% powyżej 70 lat było otyłych, w 2000 roku wartości te osiągnęły odpowiednio 22,9% i 15,5%²³. Należy się spodziewać wzrostu częstości chorób i śmiertelności towarzyszących otyłości w najbliższych latach. Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego otyłość w wieku starszym (powyżej 60 r.ż.) dotyczy w Polsce około 21% populacji, w tym 21,8% kobiet oraz 22,9% mężczyzn²⁴. Z kolei zgodnie z NCD Risk Factor Collaboration, w 2016 r. w Polsce wśród osób w wieku 20 lat i więcej 53% kobiet i 68% mężczyzn miało nadwagę, a 23% kobiet i 25% mężczyzn było otyłych²⁵.

¹⁷ Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2005, 90(3), 1871-1887.

¹⁸ MPZ na lata 2022-2026, http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf (dostęp 30.03.2022)

¹⁹ Ibidem.

²⁰ <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp z dnia 12.12.2021).

²¹ Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.

²² <http://www.izz.waw.pl/pl/> (dostęp 12.12.2021).

²³ Villareal D.T., Apovian C.M., Kushner R.F. i wsp. Obesity in older adults.... Op. cit.

²⁴ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/odsetek-osob-w-wieku-powyzej-15-lat-wedlug-indeksu-masy-ciala-bmi,23,1.html> (dostęp 12.12.2021).

²⁵ Cukier, otyłość – konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski. Departament Analiz i Strategii Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa, 2019. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prezentacja-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje,7296.html> (dostęp 12.12.2021).

Obecnie na fakt zwiększania się odsetków nadwagi i otyłości w polskim społeczeństwie, niebagatelny wpływa ma również trwająca pandemia COVID-19. Konieczność izolacji społecznej, ograniczenie kontaktów międzyludzkich, okresowy brak dostępu do infrastruktury obiektów sportowych i lasów, dodatkowo stres wynikający z lęku o przyszłość i konieczność nauki i pracy zdalnej, nie sprzyjają utrzymywaniu masy ciała w normie, zarówno u dzieci, jak i osób w podeszłym wieku.

3. Opis obecnego postępowania

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną. Gmina Lubliniec nie realizowała dotąd programów zdrowotnych o tematyce nadwagi i otyłości. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorzady można wymienić m.in.:

- Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2021-2025,
- Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2021 – 2025;
- Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Bieliny na lata 2020-2022.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania nadwadze i otyłości oraz ich powikłaniom wśród dzieci oraz osób starszych w Mieście Lublińcu, poprzez działania obejmujące edukację żywieniową, opiekę psychologiczną, promowanie aktywności ruchowej, korektę nawyków żywieniowych i zmianę sposobu żywienia.

Ponadto zakres programu jest zgodny z:

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²⁶, *cel operacyjny 1: profilaktyka nadwagi i otyłości; cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne.*
- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁷ – *priorytet 3: przeciwdziałanie występowaniu otyłości.*
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa śląskiego²⁸ - *priorytet 3. wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym; priorytet 6. zmniejszenie dynamiki rozwoju chorób cywilizacyjnych, w szczególności chorób metabolicznych, cukrzycy, otyłości, alergii oraz rozwój kompleksowej opieki nad osobami z ww. schorzeniami.*

²⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 po. 469].

²⁸ Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej – województwo śląskie. Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 2016.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie o 5 punktów procentowych²⁹ częstości występowania nadwagi i otyłości wśród zakwalifikowanych do programu dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Lubliniec oraz wśród osób powyżej 65 r.ż. w Mieście Lublińcu, poprzez objęcie kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną.

2. Cele szczegółowe:

- 1) poprawa sposobu odżywiania względem stanu początkowego u co najmniej 30% **dzieci** -uczestników interwencji dietetycznej, w efekcie odbytych w latach 2022-2026 porad dietetycznych³⁰,
- 2) poprawa aktywności fizycznej względem stanu początkowego u co najmniej 30% **dzieci** -uczestników interwencji dietetycznej, w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć ze specjalistą aktywności ruchowej,
- 3) poprawa wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% **dzieci** - uczestników interwencji dietetycznej, w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć z edukacji zdrowotnej,
- 4) poprawa sposobu odżywiania względem stanu początkowego u co najmniej 30% **osób w wieku 65+** - uczestników interwencji dietetycznej, w efekcie odbytych w latach 2022-2026 porad dietetycznych³¹,
- 5) poprawa aktywności fizycznej względem stanu początkowego u co najmniej 30% **osób w wieku 65+** - uczestników interwencji dietetycznej, w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć ze specjalistą aktywności ruchowej,
- 6) poprawa wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% **osób w wieku 65+** - uczestników interwencji dietetycznej, w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć z edukacji zdrowotnej,
- 7) poprawa wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% **rodziców/opiekunów prawnych dzieci** - uczestników interwencji dietetycznej, w efekcie odbytych w latach 2022-2026 zajęć z edukacji zdrowotnej.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- a. Zmniejszenie o 5 punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród **dzieci oraz wśród osób 65+**, przy założeniu redukcji masy ciała w tempie 0,5kg na miesiąc lub w przypadku dzieci - obniżenie centyla BMI w siatce dla wieku dziecka przy jednoczesnym utrzymaniu stałej masy ciała;

²⁹ Wartość docelowa została oszacowana na podstawie efektywności podobnych programów, realizowanych w innych Jednostkach Samorządu Terytorialnego.

³⁰ Przykładowe kryteria stwierdzenia poprawy sposobu odżywiania to: utrata masy ciała w ciągu ostatniego półrocza i w ciągu ostatnich 2 tygodni; zmiany w sposobie odżywiania się: (żywnienie zgodne z piramidą żywieniową, zwiększenie udziału warzyw i owoców w diecie, regularność posiłków, unikanie słodczy i produktów wysokoprzetworzonych, zwiększenie udziału wody w diecie), poprawa samodzielności w przyrządzaniu pożywienia i codziennym funkcjonowaniu stwierdzona przez realizatorów programu (dietetyka, psychologa oraz specjalistę aktywności ruchowej).

³¹Ibidem.

- b. Odsetek **dzieci**- uczestników interwencji dietetycznej, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych);
- c. Odsetek **dzieci**- uczestników interwencji dietetycznej, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej);
- d. Odsetek **dzieci** - uczestników interwencji dietetycznej, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście).
- e. Odsetek **osób 65+** - uczestników interwencji dietetycznej, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby osób wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych);
- f. Odsetek **osób 65+** - uczestników interwencji dietetycznej, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby osób wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej);
- g. Odsetek **osób 65+** - uczestników interwencji dietetycznej, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście);
- h. Odsetek **rodziców/opiekunów prawnych dzieci** - uczestników interwencji dietetycznej, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dzieci w wieku 9 lat, uczęszczających do szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Lubliniec, do ich rodziców/opiekunów prawnych, którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz do osób powyżej 65 r.ż., będących mieszkańcami Miasta Lublińca.

1. Liczba mieszkańców powyżej 65 roku życia³²:
 - a) Kobiety powyżej 65 roku życia: 2665 (stan na 20 grudnia 2021r.)
 - b) Mężczyźni powyżej 65 roku życia: 1770 (stan na 20 grudnia 2021r.)
2. Liczba dzieci 9-letnich około 200 rocznie

Do programu zostaną corocznie włączone wszystkie dzieci 9-letnie uczęszczające do szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Lubliniec oraz około 100 osób w wieku powyżej 65 r.ż. (ze względu na ograniczone środki finansowe w budżecie Miasta szacowany procent objęcia populacji wyniesie około 11,3%). Szacunkową liczebność populacji docelowej zawarto w tabeli I.

Tab. I. Populacja docelowa w kolejnych latach trwania programu.

Rok trwania programu	2022	2023	2024	2025	2026
Rocznik dzieci	2013	2014	2015	2016	2017
Liczba dzieci	239	220	233	232	274
Liczba rodziców/opiekunów	478	440	466	464	548
Liczba osób 65+	100	100	100	100	100

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Kryteria włączenia dzieci 9-letnich:

- Wpis do Księgi uczniów szkoły podstawowej prowadzonej przez Gminę Lubliniec udokumentowany legitymacją szkolną;
- Rok urodzenia dziecka w kolejnych latach trwania programu 2013, 2014, 2015, 2016, 2017;
- Wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie.

2) Kryteria wyłączenia dzieci 9-letnich:

- Wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ.

3) Kryteria włączenia osób powyżej 65 r.ż.:

- Pozostawanie mieszkańcem Miasta Lubliniec;
- Wiek 65+;

³² Ibidem.

- stwierdzona co najmniej jedna choroba przewlekła, w tym CHUK, cukrzyca, choroba układu ruchu itp. (na podstawie zaświadczenia od lekarza POZ).
- 4) Kryteria wyłączenia osób powyżej 65 r.ż:
- Wcześniejsze objęcie osoby specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ z powodu nadwagi lub otyłości;
 - Uczestniczenie w Programie w innym roku jego trwania.

3. Planowane interwencje

1) **Akcja informacyjna** realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w szkołach podstawowych, podmiotach leczniczych oraz Urzędzie Miasta Lublińca;

2) Procedury kwalifikacyjne:

- a) Procedura kwalifikacyjna **dzieci** - badanie przesiewowe całej populacji dzieci klas III uczęszczających do szkół na terenie Miasta Lublińca w oparciu o badania antropometryczne, w celu wyłonienia populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$), BMI pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a powyżej 97 centyla – otyłość. Badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe/higienistki szkolne w szkołach prowadzonych przez Gminę Lubliniec;
- b) Procedura kwalifikacyjna **osób 65+** - badanie przesiewowe w oparciu o badania antropometryczne, w celu wyłonienia populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$), BMI w granicach 25,0 – 29,9 oznaczać będzie nadwagę, 30,0 – 34,99 - I stopień otyłości, 35,0 – 39,99 - II stopień otyłości, wskaźnik powyżej 40,0 - otyłość skrajną (olbrzymią)³³. Badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki u Realizatora;

3) Interwencja multikomponentowa obejmująca:

- a) Konsultacje dietetyczne (min. 10 godzin kontaktowych) dla wyłonionych w procedurze kwalifikacyjnej, realizowanych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą lub świadczących usługi dietetyczne, wybranych w drodze konkursu na realizatora programu (na pierwszej i ostatniej wizycie będzie przeprowadzony wywiad żywieniowy - obejmujący m.in. takie aspekty jak: sposób żywienia pacjenta, historia rodziny, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, jakość snu, zażywanie leków i suplementów diety - oraz dokonany pomiar masy ciała. Na pierwszej wizycie dietetyk dokona oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia oraz przekaze pacjentowi dzienniczek żywieniowy, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie. W ciągu 1 tyg. od wizyty pacjent otrzyma przygotowany jadłospis). Pomiar antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich pacjentów objętych

³³ Normy wg Narodowego Instytutu Kardiologii, <https://www.ikard.pl/badanie-bmi.html> (dostęp 12.12.2021).

interwencją, celem monitorowania wskaźników BMI, wykonywane będą przez dietetyka w trakcie każdej konsultacji dietetycznej (dietetyk ma obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia pacjenta i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);

- b) Konsultacje psychologiczne (min. 8 godzin kontaktowych) dla wyłonionych w procedurze kwalifikacyjnej, obejmujące przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, wzmocnienie nastawienia pacjenta (a w przypadku dzieci również rodziców) do wypracowywania zmiany w zachowaniach zdrowotnych (obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia pacjenta i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);
- c) Konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej (min. 8 godzin kontaktowych) dla wyłonionych w procedurze kwalifikacyjnej, obejmujące przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, rekomendowanych rodzajów, intensywności i częstotliwości wysiłku fizycznego. Na pierwszej i ostatniej wizycie uczestnicy wypełnią ankietę oceniającą wiedzę respondentów na powyższe tematy. W ramach wizyty zostanie ustalone optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała, a także możliwościami i preferencjami pacjenta, zaplanowanie grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku, zwrócenie uwagi na szczególnie zalecane formy ruchu takie jak: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie oraz przedstawienie szczegółowego grafiku indywidualnie dobranych zajęć ruchowych (obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia pacjenta i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);
- d) Dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną, pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu, wykonywane przez higienistkę szkolną lub dietetyka (w przypadku dzieci), pielęgniarkę lub dietetyka (w przypadku osób 65+), obejmujące pomiar wzrostu i masy ciała oraz przeprowadzenie ankiety oceniającej zmianę zachowań zdrowotnych pacjenta (nawyki żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, ocena jakości życia).
- e) Edukacja zdrowotna adresatów programu:
 - cykl wykładów/szkoleń **dla osób powyżej 65 r.ż.** z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 6 miesięcy, realizowanych w formie 60-minutowych wykładów. W przypadku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej związanej w pandemią COVID-19, dopuszcza się formę realizacji wykładów online. Szkolenia będą miały formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniających wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego stylu życia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, możliwych powikłań nadwagi i otyłości np. cukrzycy typu 2;

- cykl wykładów/szkoleń **dla rodziców/opiekunów prawnych całej populacji dzieci** z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 6 miesięcy, realizowanych w formie 60-minutowych wykładów. W przypadku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej związanej w pandemią COVID-19, dopuszcza się formę realizacji wykładów online. Szkolenia będą miały formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniających wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego stylu życia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, możliwych powikłań nadwagi i otyłości np. cukrzycy typu 2. Edukacja kierowana do rodziców będzie dodatkowo podkreślać znaczenie ich roli w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej. W sytuacji wystąpienia niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej dopuszcza się możliwość realizacji szkoleń online;
- cykl wykładów/szkoleń całej populacji **dzieci** z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 3 miesiące, realizowanych w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, przez dietetyków lub higienistki szkolne, szkolenia będą miały charakter warsztatowy (np. zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek itp.). W sytuacji wystąpienia niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej dopuszcza się możliwość realizacji szkoleń online;
- realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, szkołach podstawowych oraz Urzędzie Miasta w Lublińcu, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek (kształtowanie prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczność podejmowania regularnej aktywności fizycznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, umiejętności radzenia sobie ze stresem, możliwych powikłań nadwagi i otyłości, kształtowanie motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała).

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Institucje kształtujące politykę zdrowotną wyraźnie wskazują na konieczność działań interwencyjnych związanych z zagrożeniem otyłością. Podobne zalecenia rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwracając uwagę na fakt, że nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym w Europejskim Regionie WHO. Dzięki upowszechnieniu aktywnego, zdrowego stylu życia oraz przedsięwzięć mających na celu redukcję i kontrolę masy ciała, możemy uzyskać zmniejszenie zachorowalności na choroby przewlekłe, inwalidztwa oraz niższą liczbę przedwczesnych zgonów z powodu powikłań otyłości³⁴. Profilaktykę otyłości rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

³⁴ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE);
- Obesity Society;
- U.S. Preventive Services Task Force;
- American Diabetes Association;
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLPwP);
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR);
- Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (PTBO);
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne;
- Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej;
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne;
- Sekcja Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich;
- Polskie Towarzystwo Dietetyki.

W redukcji masy ciała istotne jest zarówno odpowiednio zbilansowana dieta, jak i wzmożona aktywność fizyczna, dodatkowo nieodzowne jest wsparcie społeczne i psychologiczne. Najskuteczniejsze efekty w profilaktyce nadwagi, otyłości przynoszą skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Zgodnie z rekomendacjami WHO³⁵ do najważniejszych elementów należy zaliczyć: wsparcie w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania nadmiernego przyrostu masy ciała. Zaplanowane w programie działania zostały skomponowane jako kompleksowy zakres pomocy. Na poziomie europejskim podobne zalecenia zawiera EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020³⁶. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Medycyny Rodzinnej³⁷, również podkreślają wagę kształtowania właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie.

Niezbędnym elementem postępowania jest wsparcie psychologiczne mające na celu wzmocnienie motywacji do zmiany zachowań żywieniowych, stosowanie strategii terapeutycznej w procesie redukcji masy ciała, zapobieganie zaburzeniom żywieniowym itp.³⁸.

Każdorazowo program redukcji masy ciała powinien być skoordynowany wraz z edukacją zdrowotną, w tym żywieniową. Działania edukacyjne pełnią kluczową rolę w każdej strategii profilaktyki zdrowotnej. Ich celem jest podniesienie świadomości zdrowotnej i wykształcenie odpowiednich zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych u osób starszych, dzieci i młodzieży, jak również wśród ich rodziców.

Dzieci, u których zdiagnozowano otyłość prostą lub wtórną, należy kierować do leczenia specjalistycznego, które powinien prowadzić zespół terapeutyczny złożony z lekarza pediatry, dietetyka, psychodietetyka

Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%20os%CC%81c%CC%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp z dnia 12.12.2021).

³⁵ Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).

³⁶ EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24.02.2014

³⁷ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

³⁸ Waller G et al., Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid, Cambridge University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: M. Gałuszko-Węgielnik

lub psychologa, edukatora zdrowia oraz rehabilitanta (fizjoterapeuty). Program leczenia powinien cechować się kompleksowością i być nastawiony na uzyskanie trwałych zmian trybu życia i sposobu żywienia dziecka, a często też całej jego rodziny. Stosowane zalecenia (zwłaszcza dietetyczne) muszą być ściśle zależne od wieku dziecka, stopnia otyłości, występowania innych chorób, w tym powikłań otyłości, należy pamiętać o utrzymywaniu wysokiego poziomu motywacji pacjenta do zmiany³⁹. W populacji dzieci nie stosuje się restrykcyjnych diet redukcyjnych, a rekomenduje się stopniową zmianę nawyków żywieniowych, poprawę jakości spożywanych produktów i ewentualnie ograniczanie podaży energii w diecie (dieta normoenergetyczna)⁴⁰.

Program pozwoli na zmniejszenie kosztów społecznych i ekonomicznych w grupie wiekowej stanowiącej istotny element przyszłego rynku pracy. Ponadto działania Programu zapobiegą ewentualnym przyszłym nakładom finansowym publicznego systemu ochrony zdrowia związanym z długoterminową opieką medyczną i leczeniem schorzeń przewlekłych, stanowiących powikłania zdrowotne wynikające m.in. z otyłości oraz cukrzycy, co jest możliwe dzięki planowanemu zakresowi Programu, uwzględniającemu działania profilaktyczne, w tym wczesną identyfikację osób zagrożonych lub chorych, informację i edukację mającą na celu kształtowanie i utrwalanie pozytywnych postaw i nawyków dla prowadzenia zdrowego stylu życia.

Wzrost częstości zachorowań na otyłość powoduje zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 10 krajach Europy Zachodniej wykazały, że koszt opieki zdrowotnej związanej z otyłością wynosi 10,4 bilionów euro. W zależności od kraju koszty te wynosiły od 0,09% do 0,61% produktu krajowego brutto. Zachorowania na otyłość powodują również zwiększenie tzw. kosztów pośrednich obejmujących utratę produktywności chorych, koszty zwolnień lekarskich, rent, przedwczesnych emerytur, opieki sprawowanej nad chorymi przez bliskich i przedwczesną śmiertelność⁴¹.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Porady dietetyczne będą realizowane w wybranych w drodze konkursu podmiotach wykonujących działalność leczniczą (np. POZ) lub świadczących usługi dietetyczne (gabinet dietetyczny). Przeprowadzona akcja edukacyjna obejmie wykłady z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej w odniesieniu do prewencji nadwagi i otyłości w wieku młodzieńczym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy porad żywieniowych. O kwalifikacji do 2 etapu programu będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych. Porady psychologiczne i porady z zakresu aktywności ruchowej będą realizowane w wybranych w drodze konkursu podmiotach wykonujących działalność leczniczą lub w wynajętych na potrzeby programu salach, np. w szkołach, domach kultury itp.

³⁹ <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp z dnia 12.12.2021)

⁴⁰ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego...op. cit.

⁴¹ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Organizator dopuszcza zakończenie programu na każdym jego etapie na życzenie uczestnika (w przypadku dzieci przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka). Po wykonaniu programu uczestnik:

- W przypadku ukończenia pełnego cyklu programu:
 - zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości;
 - zostaje poinformowany o możliwych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, w ramach kontraktu z NFZ;
 - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 5);
 - kończy udział w programie.
- W przypadku nieukończenia pełnego cyklu programu, zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (zwiększone ryzyko powikłań otyłości, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała, szczególnie w odniesieniu do osób w wieku młodzieńczym) oraz o możliwych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, w ramach kontraktu z NFZ;
- Organizator zapewnia monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do 2 etapu programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) opracowanie projektu programu (IV kwartał 2021 – I kwartał 2022);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (I-II kwartał 2022);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Lublińca (III-IV kwartał 2022);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów, spełniających kryteria wskazane w dalszej części projektu IV kwartał 2022/2023/2024/2025/2026;
- 5) podpisanie umowy na realizację programu do IV kwartału 2022/2023/2024/2025/2026;
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2022/2023/2024/2025/2026):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - porady;
 - akcja edukacyjna;
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2026):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów;
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2027).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Lublińca. Realizatorami w programie będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty wykonujące działalność leczniczą (np. poradnie POZ) lub podmioty świadczące usługi dietetyczne (np. przedsiębiorcy prowadzący gabinety dietetyczne), spełniające następujące wymagania formalne:

- zapewnienie udzielania porad w programie wyłącznie przez osoby o następujących kompetencjach:
 - Dietetyk - ukończone studia wyższe na kierunku Dietetyka lub Technologia żywności i żywienia (w stopniu przynajmniej studiów licencjackich).
 - Pielęgniarka lub higienistka szkolna - pomiarów antropometrycznych w ramach programu będzie dokonywać osoba posiadająca kwalifikacje określone w art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2021 poz.1285 z późn.zm.).
 - Lekarze lub specjaliści dietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia - szkolenia edukacyjne będą realizowane przez lekarzy lub specjalistów dietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia, posiadających niezbędną wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz osób starszych.
 - Psycholog - ukończone studia wyższe na kierunku psychologia.

- Specjalista aktywności ruchowej (fizjoterapeuta, trener personalny – absolwent Akademii Wychowania Fizycznego lub kierunków pokrewnych).
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
- posiadanie gabinetu dietetycznego wyposażonego w analizator składu ciała oraz wzrostomierz.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w Programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 849 z późn. zm.], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 666 z późn. zm.], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie okresowych sprawozdań realizatora (1 września – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 3):

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział, prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które ukończyły program, prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby dzieci 9-letnich oraz osób starszych (65+) z nadwagą i otyłością w Mieście Lublińcu;
- coroczna analiza liczby osób biorących udział w programie;
- ocena stopnia realizacji programu (odsetek objęcia cyklem porad dietetycznych, psychologicznych i porad z zakresu aktywności fizycznej);
- analiza liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu, przeprowadzona całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji, prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej (na podstawie list obecności, a w sytuacji prowadzenia wykładów online na podstawie logowania na platformę edukacyjną).

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 5);
- analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona jako:

1) Częstkowa:

- coroczna analiza wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy obiorców edukacji zdrowotnej;
- monitorowanie przyczyn rezygnacji pojedynczych osób z programu (załącznik 1);
- odsetek osób kontynuujących działania po 6-ciu miesiącach od zakończenia programu;
- odsetek osób kontynuujących działania po roku od zakończenia programu;
- coroczna analiza efektywności programu w opinii osób starszych będących uczestnikami programu oraz rodziców/opiekunów prawnych dzieci biorących udział w programie (załącznik 4);

2) Końcowa:

- ocena liczby **dzieci** z obniżonym BMI skorygowanym o wiek i płeć w postaci centylów (3-krotna ocena: po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po 1 roku od zakończenia programu),
- ocena liczby **dzieci**, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych),

- ocena liczby **dzieci**, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej),
- ocena liczby **dzieci**, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (pre- i post test wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia).
- ocena liczby **rodziców**, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (pre- i post test wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia).
- ocena liczby **osób 65+** z obniżonym BMI (3-krotna ocena: po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po 1 roku od zakończenia programu),
- ocena liczby **osób 65+**, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby osób wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych),
- ocena liczby **osób 65+**, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby osób wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej),
- ocena liczby **osób 65+**, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (pre- i post test wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia).
- identyfikacja ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, natomiast rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej, w oparciu o dane statystyczne dot. odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz liczbą przypadków powikłań otyłości.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

A) Dzieci

1. Koszt jednostkowy wynosi 1 230zł, w tym:

- **500 zł** (dzieci z nadwagą/otyłością) - poradnictwo dietetyczne z przykładowym jadłospisem, w tym min. 10 wizyt (10x50zł),
- **400 zł** - poradnictwo psychologiczne, min. 8 wizyt (8x50zł),
- **320 zł** – poradnictwo w zakresie aktywności ruchowej, min. 8 wizyt (8x40zł),
- **10 zł** - pomiary antropometryczne pół roku i rok po zakończeniu programu* (2x5zł=10zł),

*pomiary antropometryczne klasy III są rutynowo przeprowadzane w ramach bilansów zdrowia dziecka, będących świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez NFZ, dlatego należy docelowo pominąć jednorazowy koszt pomiaru u tych dzieci przed rozpoczęciem programu

Pozostałe koszty:

- **5 000 zł** - akcja informacyjno-edukacyjna (ulotki, plakaty, edukacja zdrowotna)
- **1000 zł** - koszt ewaluacji i monitoringu programu

2. Koszty całkowite:

Tab. II. Koszty całkowite w podziale na poszczególne lata realizacji programu.

Lp.	Rok realizacji PPZ	2022	2023	2024	2025	2026
1	Liczba całkowita	239	220	233	232	274
2	Szacunkowa liczba dzieci bez nadwagi/otyłości (83,5%* z poz. 1)	200	184	195	195	229
3	Szacunkowa liczba dzieci z nadwagą/otyłością (16,5% z poz. 1)	39	36	38	38	45
4	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z nadwagą/otyłością (1230zł x poz. 3)	47 970	44 280	46 740	46 740	55 350
5	Koszty edukacji (zł)	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
6	Koszt ewaluacji i monitoringu (zł)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
7	Całkowity koszt programu (poz. 4 + poz. 5 + poz. 6)	53 970	50 280	52 740	52 740	61 350

*wg danych dla woj. śląskiego

Tab. III. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych)

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna* oraz monitoring i ewaluacja	Porady	Koszt całkowity
2022	6 000	47 970	53 970
2023	6 000	44 280	50 280
2024	6 000	46 740	52 740
2025	6 000	46 740	52 740
2026	6 000	55 350	61 350
Razem	30 000	241 080	271 080

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, opracowania oraz druku plakatów informacyjnych

B) Osoby powyżej 65 lat

1. Koszt jednostkowy wynosi 1310zł, w tym:

- **500 zł** (osoby z nadwagą/otyłością) - poradnictwo dietetyczne z przykładowym jadłospisem, w tym min. 10 wizyt (10x50zł),
- **400 zł** - Porada psychologiczna, min. 8 wizyt (8x50zł),
- **400 zł** - Zajęcia ruchowe, min. 8 wizyt (8x50zł),
- **10 zł** - pomiary antropometryczne pół roku i rok po zakończeniu programu (2x5zł=10zł),

Pozostałe koszty:

- **5 zł** - pomiary antropometryczne przed programem
- **5 000 zł** - akcja informacyjno-edukacyjna (ulotki, plakaty, edukacja zdrowotna)
- **1000 zł** - koszt ewaluacji i monitoringu programu

2. Koszty całkowite:

Tab. IV. Koszty całkowite w podziale na poszczególne lata realizacji programu.

Lp.	Rok realizacji PPZ	2022	2023	2024	2025	2026
1	Liczba całkowita	100	100	100	100	100
2	Szacunkowa liczba osób 65+ bez nadwagi/otyłości (5% z poz. 1)*	5	5	5	5	5
3	Szacunkowa liczba uczestników programu (nadwaga/otyłość + choroba współistniejąca) (21% z poz. 1)**	21	21	21	21	21
4	Szacunkowy koszt badań antropometrycznych przed programem (5złx poz. 2)	25	25	25	25	25
5	Koszt cząstkowy za interwencje u osób 65+ z nadwagą/otyłością (1310zł x poz. 3)	27 510	27 510	27 510	27 510	27 510
6	Koszty edukacji (zł)	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
7	Koszt ewaluacji i monitoringu (zł)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
8	Całkowity koszt programu (poz. 4 + poz. 5 + poz. 6 + poz. 7)	33 535	33 535	33 535	33 535	33 535

*przy założeniu, że sugerując się nazwą programu zgłosił się większość osób z problemem nadwagi i otyłości

**szacunkowe dane wg raportu: Cukier, otyłość – konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski.

Departament Analiz i Strategii Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa, 2019.

Tab. V. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna oraz monitoring i ewaluacja	Badania antropometryczne przed programem	Porady	Koszt całkowity
2022	6 000	25	27 510	33 535
2023	6 000	25	27 510	33 535
2024	6 000	25	27 510	33 535
2025	6 000	25	27 510	33 535
2026	6 000	25	27 510	33 535
Razem	30 000	125	137 550	167 675

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, opracowania oraz druku plakatów informacyjnych

3. Źródło finansowania

Łączny koszt programu wyniesie **438 755 zł**. Program finansowany z budżetu Miasta Lublińca.

Bibliografia:

1. Babiarczyk B., Turbiarz A. Body Mass Index in elderly people-do the reference ranges matter. *Prog. Health Sci.* 2012; 2: 58–67.
2. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku– epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka*, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613.
4. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24.02.2014
5. Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).
6. Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69.
7. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp 12.12.2021).
8. <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp z dnia 12.12.2021)
9. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 12.12.2021).
10. <http://www.izz.waw.pl/pl/> (dostęp 12.12.2021).
11. <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp z dnia 12.12.2021).
12. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/odsetek-osob-w-wieku-powyzej-15-lat-wedlug-indeksu-masy-ciala-bmi,23,1.html> (dostęp 12.12.2021).
13. Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2002; 1: 17.
14. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219.
15. MPZ na lata 2022-2026, http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf (dostęp 30.03.2022)
16. Marzena Kotwas i wsp., Patogeneza i leczenie otyłości u osób w podeszłym wieku, *Wybrane Problemy Kliniczne, Forum Medycyny Rodzinnej* 2008, tom 2, nr 6, 435–444.
17. Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.
18. Normy wg Narodowego Instytutu Kardiologii, <https://www.ikard.pl/badanie-bmi.html> (dostęp 12.12.2021).
19. Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, [http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty% C5%82os% CC%81c% CC%81-Rekomendacje.pdf](http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%81-Rekomendacje.pdf), stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp z dnia 12.12.2021).
20. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician.* 2006; 52: 322–328.
21. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej – województwo śląskie. Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 2016.
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 po. 469].
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
24. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005; 90: 1871–1887.
25. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.
26. Villareal D.T., Apovian C.M., Kushner R.F. i wsp. Obesity in older adults: technical review and position statement of the american society for nutrition and NAASO, the obesity society. *Obes. Res.* 2005; 13: 1849–1863.
27. Waller G et al., *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid*, Cambridge University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: M. Gałuszko-Węgielnik
28. *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/> (dostęp z dnia 12.12.2021).

Załączniki

Załącznik 1

Karta udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026 (wzór)

Część A

I. Dane dziecka/uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / /
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)

II. Zgoda na udział dziecka w programie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na udział w programie wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości.

.....
(data i podpis uczestnika/ rodzica/opiekuna prawnego)

Część B

III. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

Przyczyna rezygnacji	Podpis uczestnika/rodzica/opiekuna

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Załącznik 2

Wzór prowadzonej elektronicznie dokumentacji uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026 (wzór)

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Wiek (w latach)	1 pomiar BMI (na początku programu)	2 pomiar BMI (po 6 miesiącach od zakończenia programu)	3 pomiar BMI (po roku od zakończenia programu)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Załącznik 3

Sprawozdanie kwartalne/roczne* realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Miasta w Lublińcu
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji wśród osób 65+	Liczba osób 65+ uczestniczących w interwencjach	Liczba wykonanych interwencji wśród dzieci	Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach	Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców	Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach

II. Interwencje profilaktyczne (osobno dla dzieci i osób powyżej 65 r.ż.)

Liczba udzielonych porad dietetycznych	Liczba udzielonych porad psychologicznych	Liczba udzielonych porad w zakresie aktywności ruchowej	Liczba pomiarów antropometrycznych	Liczba osób które zrezygnowały z uczestnictwa w programie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik 4

Ankieta oceny efektywności „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026 (wzór)⁴²

1. Poprawa sposobu żywienia pacjenta po programie
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

2. Poprawa aktywności fizycznej pacjenta po programie
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

3. Poprawa samooceny pacjenta po programie
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

4. Poprawa jakości snu pacjenta po programie
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

5. Poprawa jakości życia pacjenta po programie
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

6. Poprawa radzenia sobie ze stresem u pacjenta po programie
(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

⁴² Proponowany wykonawca – dietetyk, higienistka szkolna lub pielęgniarka w trakcie pomiarów antropometrycznych pół roku i rok po zakończeniu programu

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji uczestników „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026”

I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena porady dietetycznej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość dietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji dziecku? (nie dotyczy)					

III. Ocena porady psychologicznej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychologa?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji dziecku? (nie dotyczy)					

IV. Ocena porady w zakresie aktywności ruchowej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość specjalisty?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji dziecku? (nie dotyczy)					

V. Ocena edukacji zdrowotnej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość edukatora?					
przygotowanie merytoryczne edukatora?					
atrakcyjność i przydatność materiałów edukacyjnych?					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie: