

Projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020

I. STRONA TYTUŁOWA

1. Nazwa programu: „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020
2. Okres realizacji programu: wrzesień 2018- czerwiec 2020
3. Autorzy programu: dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka, mgr Karolina Sobczyk
4. Kontynuacja/trwałość programu: Miasto Skierniewice nie realizowało dotychczas programów zdrowotnych o tematyce nadwagi i otyłości wśród dzieci, natomiast w latach ubiegłych realizowany był profilaktyczny projekt zdrowotny pt.: „Skierniewice stawiają na zdrowie – profilaktyka wad i błędów w postawie ciała dzieci uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych w Skierniewicach”, który zawierał elementy profilaktyki otyłości.

II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny:

Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. 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 zwiększają 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 pozostałe przyczyny mają charakter pozagenowy, są to takie czynniki jak: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym, nawyki żywieniowe w późniejszym okresie oraz aktywność fizyczna dziecka i jego rodziny². Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u dzieci uważa się również występowanie otyłości u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)³, co ma związek z dietą oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców.

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 ruchowej⁴.

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. Otyłość trzewną rozpoznaje się, jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90 centyl dla płci i wieku. 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 otluszczenia, który

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

⁴ Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit. str. 614

wraz z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku typu centralnego⁵. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu u dzieci i młodzieży 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)⁶.

Coraz częstsze występowanie otyłości wiąże się z przesunięciem czasu ich 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 już w 75%), nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, dodatkowo problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)⁷.

Ocena stopnia otyłości u dzieci i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej⁸. 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 BMI⁹. Otyłość stwierdza się także na podstawie stopnia

⁵ Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.

⁶ Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95

⁷ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219

⁸ Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69

⁹ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytoczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad

otłuszczenia, gdzie w przypadku dzieci stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów¹⁰.

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.

2. Epidemiologia:

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatniego trzdziestolecia 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 dziecięcej¹¹. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że otyłych jest już 15 milionów dzieci i nastolatków (10% populacji) a nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO¹².

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 zdecydowanie wyższa niż występowanie otyłości. Największa nadwaga u dzieci występuje w Grecji, u 8,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt¹³.

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%

Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%C5%81-Rekomendacje.pdf> (dostęp z dnia 20.04.2017)

¹⁰ Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002; 1: 17

¹¹ <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp z dnia 5 maja 2017)

¹² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 20.04.2017)

¹³ Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3), 1871-1887

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%¹⁴. 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 regionalne¹⁵.

Województwo łódzkie należy do obszarów, gdzie otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym osiąga najwyższe wskaźniki i wynosi 29,8% tej populacji¹⁶. Jak wynika z „Informacji o stanie zdrowia mieszkańców powiatu m. Skierniewice” otyłość jest jednym z najczęstszych problemów w populacji dzieci szkolnych¹⁷.

3. Populacja podlegająca JST oraz kwalifikująca się do włączenia do programu

Zgodnie z danymi pozyskanymi z Urzędu Miasta Skierniewice zamieszkuje ok. 4 876 dzieci z roczników 2009-2013 lat wraz z obojgiem rodziców lub opiekunów w liczbie ok. 9 752 osób.

4. Obecne postępowanie

W Skierniewicach nie jest obecnie realizowany program zdrowotny o wybranej tematyce. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Przeciwdziałanie otyłości i nadwadze wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych” (na lata 2016-2018);
- PPZ pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” (na lata 2016-2022);
- PPZ pn. „Powiatowy program zwalczania otyłości i nadwagi „Czas na zdrowie” realizowany przez powiat Tczewski” (na lata 2016-2020).

¹⁴ <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp z dnia 26.04.2017)

¹⁵ 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

¹⁶ <http://www.izz.waw.pl/pl/> (dostęp z dnia 2 maja 2017)

¹⁷ Informacja o stanie zdrowia mieszkańców powiatu m. Skierniewice, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, 2011

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania nadwadze i otyłości oraz ich powikłaniom wśród dzieci w Mieście Skierniewice, poprzez działania obejmujące edukację żywieniową, aktywność ruchową, korektę nawyków żywieniowych i zmianę sposobu żywienia.

Zakres programu jest zgodny z:

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020¹⁸, Cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa (cel 1: Działania promujące właściwe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną; cel 1.2.: Działania informacyjne i edukacyjne; cel 1.3.: Promowanie kultury fizycznej; cel 3.2.: Działania pilotażowe i wsparcie podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości; w tym cel 3.2.2: zapewnianie od 2017 r. dofinansowania programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała realizowanych przez JST ze środków NFZ, w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek, zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.);
- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁹ – priorytet 7: przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy oraz priorytet 10: zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- Strategią Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020²⁰, cel strategiczny 2: Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, Cel operacyjny 2.1: Poprawa koordynacji działań i programów z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

¹⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492]

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126]

²⁰ <http://www.zdrowie.lodzkie.pl/polityka-zdrowotna/strategia-polityki-zdrowotnej-na-lata-2014-2020> (dostęp z dnia 4 maja 2017)

III. CELE PROGRAMU

1. Cel główny:

Celem głównym programu jest profilaktyka i wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-III szkół podstawowych, zamieszkałych w Mieście Skierniewice.

2. Cele szczegółowe:

- 1) oszacowanie liczby dzieci z nadwagą i otyłością w Mieście Skierniewice;
- 2) zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości poprzez zmianę nawyków żywieniowych;
- 3) poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci w klasach I-III szkół podstawowych w Mieście Skierniewice;
- 4) poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości rodziców/opiekunów prawnych dzieci w klasach I-III szkół podstawowych w Mieście Skierniewice.

3. Oczekiwane efekty:

- 1) Zmniejszenie wskaźników nadwagi i otyłości dzieci klas I-III szkół podstawowych w Mieście Skierniewice.
- 2) Zmiana poziomu wiedzy na temat prawidłowego żywienia, zachowań i nawyków żywieniowych oraz zwiększenie aktywności fizycznej dzieci z nadwagą i otyłością oraz ich rodziców/opiekunów.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- a) Liczba osób uczestniczących w programie (ok. 4 876 dzieci);
- b) Procent objęcia programem populacji docelowej (80%);
- c) BMI skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów (pomiar po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu).
- d) Liczba rodziców, 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 (wd. wzrost 30%),
- e) Liczba rodzin, w których zmieniono nawyki żywieniowe na zgodne z zasadami prawidłowego żywienia (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów

w porównaniu z pre-testami dotyczącymi nawyków żywieniowych zgodnych z zasadami prawidłowego żywienia (wd. wzrost 30%),

IV. ADRESACI PROGRAMU

Program będzie skierowany do: ok. 4 876 dzieci z roczników 2009-2013 lat wraz z obojgiem rodziców/opiekunów prawnych w liczbie ok. 9 752 osób.

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

W ramach badania przesiewowego planuje się objąć programem około 4 876 dzieci z roczników 2009-2013, natomiast w ramach akcji edukacyjnej planuje się objąć programem zarówno dzieci jak i ok. 9 752 rodziców/opiekunów prawnych dzieci (100% populacji w danej grupie wiekowej). Szczegóły prezentuje tabela I.

Tab. I. Populacja docelowa uczestników programu.

Populacja docelowa w roku 2018/2019				
Rok urodzenia	2009	2010	2011	2009-2011
Liczba dzieci	568	574	549	1 691
Populacja docelowa w roku 2019/2020				
Rok urodzenia	2010	2011	2012	2010-2012
Liczba dzieci	574	549	527	1 650
Populacja docelowa w roku 2020/2021				
Rok urodzenia	2011	2012	2013	2011-2013
Liczba dzieci	549	527	459	1 535
Łączna liczba dzieci				4 876

2. Tryb zapraszania do programu:

- 1) Informacja w podmiocie leczniczym realizującym program (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej).
- 2) Informacja w Urzędzie Miasta Skierniewice (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej).
- 3) Zaproszenia skierowane do rodziców/opiekunów prawnych:
 - przekazywane za pośrednictwem dzieci w formie rozdanych ulotek informacyjnych,
 - przekazywane podczas zebrań dla rodziców przez nauczycieli – wychowawców klas szkolnych w formie ustnej,
 - przekazywane bezpośrednio podczas wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej;
- 4) Informacja w szkołach podstawowych, do których uczęszczają dzieci (informacje opublikowane w formie plakatów oraz w formie komunikatów na stronie internetowej).

V. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu;
- 2) uzyskanie opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Skierniewice, pod warunkiem uzyskania pozytywnej opinii AOTMiT;
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej; wyłonienie realizującego program:
 - podmiotu leczniczego, spełniającego kryteria kadrowe, lokalowe i infrastrukturalne przewidziane przepisami dla realizacji zadań z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej²¹ oraz specjalisty dietetyka o specjalności psychodietetyka;
- 5) podpisanie umów na realizację programu;
- 6) realizacja programu
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - skierowanie zaproszeń do rodziców/opiekunów prawnych;
 - akcja edukacyjna (wykłady z zakresu edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych dzieci);
- 2 etapy interwencji:
 - **1 etap (dla wszystkich dzieci/uczestników programu)**
 - kwalifikacja do programu; pomiary antropometryczne wykonywane przez pielęgniarki środowiskowe/higienistki szkolne w gabinetach higienistki szkolnej posadowionych na terenie szkół u dzieci klas I i II, nieobjętych badaniami w ramach bilansów zdrowia dziecka, które są rutynowo wykonywane jako świadczenie gwarantowane (u dzieci w klasie III);
 - pozyskanie pomiarów dzieci z kl. III;
 - **2 etap (dla dzieci ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością)**
 - porady psychodietetyczne udzielane dzieciom (w obecności rodziców/opiekunów prawnych) przez psychodietetyka obejmujące rozpisanie jadłospisu, terapię poznawczo-behawioralną, elementy edukacji żywieniowej);

²¹ Załącznik 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. (poz. 86).

- w przypadku wykrycia zaburzeń i chorób wymagających dalszego leczenia (np. wtórne nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gruczołów hormonalnych, cukrzyca), kierowanie dzieci w trybie pilnym do dalszej opieki lekarskiej poza programem;
- regularne pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich dzieci objętych 2-etapem badania, celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane przez psychodietetyka w trakcie porady psychodietetycznej.

2. Planowane interwencje:

- 1) Badanie przesiewowe całej populacji dzieci klas I-III Miasta Skierniewice w oparciu o badania antropometryczne w celu wyłonienia populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe/higienistki szkolne w szkołach na terenie Miasta. W przypadku wykrycia zaburzeń i chorób wymagających dalszego leczenia (wtórne nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gruczołów hormonalnych, cukrzyca), realizator w trybie pilnym skieruje te dzieci do dalszej opieki specjalistycznej poza programem;
- 2) Cykl 5 porad psychodietetycznych dla wyłonionych w pierwszym etapie osób, odbywających się w cyklu 0-2-4-6-8, realizowanych w placówkach POZ lub gabinetach dietetycznych, wyłonionych w drodze konkursu na realizatora programu, szacowana populacja wynosi ok. 30% całości (na pierwszej wizycie będzie przeprowadzony wywiad żywieniowy oraz dokonany pomiar masy ciała. W ciągu 1 tyg. od wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka, jadłospis będzie korygowany na każdej kolejnej wizycie; po 2 miesiącach od pierwszej wizyty następuje pierwsza wizyta kontrolna, następna po 4 i 6 miesiącach od pierwszej wizyty i ostatnia finansowana w programie po 8 miesiącach od 1 wizyty);
- 3) Pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich dzieci objętych 2-etapem badania, celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane przez psychodietetyka w trakcie porady dietetycznej;
- 4) Dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu wykonywane przez higienistkę szkolną/pielęgniarkę środowiskową.
- 5) Edukacja żywieniowa adresatów programu:
 - cykl wykładów/szkoleń rodziców/opiekunów prawnych dzieci z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych dla grup około 60-osobowych, w szkołach posadowionych na terenie Miasta. Szkolenia będą miały formę

prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniającą wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała;

- cykl wykładów/szkoleń całej populacji dzieci z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące, realizowanych w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, szkolenia będą miały charakter warsztatowy (np. komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek itp.);
- realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranym podmiocie leczniczym, szkołach podstawowych oraz Urzędzie Miasta Skierniewice, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek (kształtowanie prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczność podejmowania regularnej aktywności fizycznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, kształtowanie motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała).

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Program jest skierowany do dzieci uczęszczających do klas I-III szkoły podstawowej i ich rodziców/opiekunów prawnych którzy spełniają następujące kryteria:

- Zameldowanie lub inny dokument potwierdzający fakt pozostawania mieszkańcem Miasta Skierniewice;
- Rok urodzenia dziecka: 2009, 2010, 2011, 2012, 2013;
- Wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie;

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Porady dietetyczne będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. 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 o którym realizatora programu poinformuje rodzic dziecka oraz wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez publicznego płatnika nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, a świadczenia z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej nie są odrębnie finansowane. Pomiary antropometryczne są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych realizowane w ramach bilansów zdrowotnych ucznia²² dla dzieci uczęszczających do III klasy szkoły podstawowej. Ponieważ planowane interwencje zakładają wykonanie pomiarów antropometrycznych w populacji dzieci zagrożonych nadwagą/otyłością na początku programu, pół roku i rok po zakończeniu programu (łącznie 3 pomiary), zatem należy uwzględnić, które roczniki w danym roku szkolnym będą badane w ramach świadczeń gwarantowanych (bilanse zdrowia dziecka) i stąd pozyskać dane oraz poddać badaniom antropometrycznym pozostałe roczniki.

6. Spójność merytoryczna i organizacyjna:

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w art. 15 ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowanymi przez ministrów oraz NFZ.

7. 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 rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Po wykonaniu programu rodzic/opiekun prawny:

- w przypadku ukończenia pełnego cyklu programu:
 - zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała dziecka, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości;
 - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 4);

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (*Dz.U. z 2013 r., poz. 1248*)

- kończy udział dziecka w programie.
- w przypadku nie ukończenia 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 w wieku młodzieńczym).
- Organizator zapewnia monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do 2 etapu programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu.

8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Realizatorem programu będą podmioty lecznicze spełniające wymogi obowiązujących przepisów. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel i odbywać się będzie z zachowaniem obowiązujących zasad zdrowego żywienia i standardów prawidłowej redukcji nadmiernej masy ciała. W trakcie trwania programu dzieci będą miały zapewnione warunki komfortu psychicznego.

9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Koordinatorem programu będzie Miasto Skierniewice. W programie wezmą udział podmioty lecznicze posiadające podpisaną z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, które zobowiążą się na dzień rozpoczęcia realizacji programu zatrudnić wskazanych poniżej specjalistów:

- Psychodietetyk - porady dietetyczne zawierające elementy porady o charakterze interwencji behawioralno-poznawczej będą realizowane przez psychodietetyka. Psychodietetyk musi spełniać następujące kryteria: ukończone studia wyższe na kierunku Dietetyka lub Technologia żywności i żywienia (lub pokrewne; w stopniu przynajmniej studiów licencjackich), studia podyplomowe na kierunku Psychodietetyka (ukończone lub w trakcie).
- Pielęgniarka środowiskowa/higienistka szkolna - pomiarów antropometrycznych w ramach programu będzie dokonywać pielęgniarka środowiskowa/higienistka szkolna posiadająca kwalifikacje określone w art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

- Edukator - szkolenia edukacyjne będą realizowane przez lekarzy lub/i specjalistów dietetyki, psychodietetyki, posiadających niezbędną wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży.

10. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Instytucje kształtujące politykę zdrowotną wyraźnie wskazują na konieczność działań interwencyjnych związanych z zagrożeniem populacji dzieci i młodzieży otyłością. Podobne zalecenia rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwracając uwagę na fakt, że nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO. Dzięki upowszechnieniu aktywnego, zdrowego stylu życia oraz przedsięwzięć mających na celu redukcję i kontrolę masy ciała u dzieci i młodzieży, możemy uzyskać zmniejszenie zachorowalności na choroby przewlekłe, inwalidztwa oraz niższą liczbę przedwczesnych zgonów z powodu powikłań otyłości²³. Profilaktykę otyłości w populacji dzieci i młodzieży rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- 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.

²³ 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%C5%81c%C5%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp z dnia 13.02.2017)

b) Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

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 WHO²⁴ 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 2014-2020²⁵. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Medycyny Rodzinnej²⁶, 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 wzmacnianie motywacji do zmiany zachowań żywieniowych, stosowanie strategii terapeutycznej w procesie redukcji masy ciała, zapobieganie zaburzeniom żywieniowym itp²⁷.

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, w tym również w przypadku zapobiegania nadwadze i otyłości w wieku młodzieńczym. Ich celem jest podniesienie świadomości zdrowotnej i wykształcenie odpowiednich zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych u młodych osób, 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 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

²⁴ Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).

²⁵ EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24.02.2014

²⁶ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

²⁷ Waller G et al., Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid, Cambridge University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: lek. med. Maria Gałuszko-Węgielnik

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 zmiany²⁸. Należy pamiętać, że 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)²⁹.

c) Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

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 śmiertelność³⁰.

d) Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych JST (jeżeli są dostępne)

PPZ o podobnej tematyce to m.in.:

- PPZ pn. „Przeciwdziałanie otyłości i nadwadze wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych” (na lata 2016-2018);

²⁸ <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp z dnia 20.04.2017)

²⁹ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego...op. cit.

³⁰ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

- PPZ pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” (na lata 2016-2022);
- PPZ pn. „Powiatowy program zwalczania otyłości i nadwagi „Czas na zdrowie” realizowany przez powiat Tczewski” (na lata 2016-2020).

VI. KOSZTY

1. Koszty jednostkowe (w złotych):

- A. **7zł** (dzieci bez nadwagi/otyłości z klas I-II) – pomiary antropometryczne* (2zł), edukacja zdrowotna** (5zł)
- B. **5zł** (dzieci bez nadwagi/otyłości z klasy III) – edukacja zdrowotna (5zł)
- C. **207zł** (dzieci z nadwagą/otyłością z klas I-II) - pomiary antropometryczne (2zł), edukacja zdrowotna (5zł), poradnictwo psychodietetyczne z przykładowym jadłospisem i poradą psychologiczną, w tym min. 5 wizyt w cyklu miesięcznym: 0-2-4-6-8 (5x40zł)
- D. **205zł** (dzieci z nadwagą/otyłością z klasy III) - edukacja zdrowotna (5zł), poradnictwo psychodietetyczne z przykładowym jadłospisem i poradą psychologiczną, w tym min. 5 wizyt w cyklu miesięcznym: 0-2-4-6-8 (5x40zł)

*pomiary antropometryczne klasy III są rutynowo przeprowadzane w ramach bilansów zdrowia dziecka, będących świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez NFZ

** w kosztach jednostkowych dot. edukacji zdrowotnej dzieci uwzględniono edukację zdrowotną rodziców

2. Planowane koszty całkowite (w złotych):

Tab. II. Koszty całkowite w podziale na poszczególne lata realizacji programu jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników.

Rok realizacji PPZ		2018			
Lp.	Grupa docelowa	I-III klasa SP			
1	Rok urodzenia dzieci	2009	2010	2011	2009-2011
2	Liczba całkowita	568	574	549	1 691
3	Szacunkowa liczba dzieci bez nadwagi/otyłości (70% z poz. 2)	398	402	384	1 184
4	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci bez nadwagi/otyłości (7zł x poz. 3 dla klas I-II/ 5zł x poz. 3 dla klasy III)	1 990	2 814	2 688	7 492
5	Szacunkowa liczba dzieci z nadwagą/otyłością (30% ³¹ z poz. 2)	170	172	165	507
6	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z nadwagą/otyłością (207zł x poz. 5 dla klas I-II/ 205zł x poz. 5 dla klasy III)	34 850	35 604	34 155	104 609
7	Koszt całkowity (poz. 4 + poz. 6)	36 840	38 418	36 843	112 101
Rok realizacji PPZ		2019			

³¹ Szacunkowy odsetek dzieci zagrożonych nadwagą/otyłością w woj. łódzkim wg danych Instytutu Żywności i Żywienia

Lp.	Grupa docelowa	I-III klasa SP			
1	Rok urodzenia dzieci	2010	2011	2012	2010-2012
2	Liczba całkowita	574	549	527	1 650
3	Szacunkowa liczba dzieci bez nadwagi/otyłości (70% z poz. 2)	402	384	369	1 155
4	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci bez nadwagi/otyłości (7zł x poz. 3 dla klas I-II/ 5zł x poz. 3 dla klasy III)	2 010	2 688	2 583	7 281
5	Szacunkowa liczba dzieci z nadwagą/otyłością (30% z poz. 2)	172	165	158	495
6	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z nadwagą/otyłością (207zł x poz. 5 dla klas I-II/ 205zł x poz. 5 dla klasy III)	35 260	34 155	32 706	102 121
7	Koszt całkowity (poz. 4 + poz. 6)	37 270	36 843	35 289	109 402

Rok realizacji PPZ		2020			
Lp.	Grupa docelowa	I-III klasa SP			
1	Rok urodzenia dzieci	2011	2012	2013	2011-2013
2	Liczba całkowita	549	527	459	1 535
3	Szacunkowa liczba dzieci bez nadwagi/otyłości (70% z poz. 2)	384	369	321	1 074
4	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci bez nadwagi/otyłości (7zł x poz. 3 dla klas I-II/ 5zł x poz. 3 dla klasy III)	1 920	2 583	1 605	6 108
5	Szacunkowa liczba dzieci z nadwagą/otyłością (30% z poz. 2)	165	158	138	461
6	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z nadwagą/otyłością (207zł x poz. 5 dla klas I-II/ 205zł x poz. 5 dla klasy III)	33 825	32 706	28 566	95 097
7	Koszt całkowity (poz. 4 + poz. 6)	35 745	35 289	30 171	101 205

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

Rok realizacji	Akcja informacyjno- edukacyjna*	Badania przesiewowe**	Koszt całkowity
2018	8 455	103 646	112 101
2019	8 250	101 152	109 402
2020	7 675	93 530	101 205
SUMA	24 380	298 328	322 708

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, druku ulotek/plakatów informacyjnych

** koszt pomiarów antropometrycznych i interwencji dietetycznych

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Program finansowany z budżetu Miasta Skierniewice oraz środków pozyskanych w ramach dofinansowania przez Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³²

Tab. IV. Koszty całkowite w poszczególnych latach ze wskazaniem zaplanowanej wysokości środków z poszczególnych źródeł finansowania.

Rok realizacji	Miasto Skierniewice		Łódzki OW NFZ		SUMA	
	(zł.)	%	(zł.)	%	(zł.)	%
2018	67 261	60	44 840	40	112 101	100
2019	65 641	60	43 761	40	109 402	100
2020	60 723	60	40 482	40	101 205	100
SUMA	193 625	60	129 083	40	322 708	100

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- W obliczu epidemii otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce niezbędne jest podjęcie działań profilaktycznych;
- Aktualny Narodowy Program Zdrowia przewiduje dofinansowanie działań z zakresu prewencji otyłości i nadwagi ze środków publicznych;
- Największe potencjalne korzyści osiąga się w przypadku modyfikowania i kształtowania wzorców żywieniowych w wieku młodzieńczym oraz realizowania działań w odniesieniu do całej rodziny adresatów programu;
- Społeczne koszty nadwagi i otyłości są ogromne, a otyłość w wieku młodzieńczym powoduje zwiększone ryzyko zarówno samej choroby, jak i jej powikłań w wieku dojrzałym;
- Leczenie nadwagi i otyłości zapobiega rozwojowi ich powikłań oraz ułatwia leczenie, a czasem nawet powoduje wyleczenie już rozwiniętych powikłań, ponadto zapobiega rozwojowi inwalidztwa, przedłuża czas życia i poprawia jego jakość.

³² Art. 48d Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U.2016.1793 j.t. ze zm.].

VII. MONITORING I EWALUACJA

1. Ocena zgłaszalności do programu

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całłościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całłościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4);
- analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu.

3. Ocena efektywności programu

- cząstkowa – coroczna analiza liczby osób biorących udział w programie, coroczna analiza wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy obiorców edukacji zdrowotnej;
- końcowa – ocena stopnia realizacji programu (odsetek objęcia cyklem porad psychodietetycznych), ocena poprawy wskaźnika BMI (przesunięcie się w dół skali centylowej właściwej dla wieku i wzrostu), 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.

4. Ocena trwałości efektów programu

Utrzymanie trwałości uzyskanych w programie efektów zdrowotnych w populacji gminy zaplanowano poprzez nadanie programowi charakteru wieloletniego, cykliczność działań edukacyjnych oraz zapewnienie pacjentom stałego dostępu do informacji nt. profilaktyki nadwagi i otyłości w wieku młodzieńczym.

Załącznik 1 do programu: „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020

Karta udziału dziecka w programie „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

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

III. Zgoda na udział dziecka w programie

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

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

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

Załącznik 2 do programu: „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkających na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020

Wzór prowadzonej elektronicznie dokumentacji uczestnika programu „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkających na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Wiek (w latach)	Adres zamieszkania	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 do programu: „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020

Sprawozdanie kwartalne/roczne realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020

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: Miasto Skierniewice
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców	Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach	Liczba wykonanych interwencji wśród dzieci	Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach

II. Interwencje profilaktyczne

Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach	Liczba udzielonych porad psychodietetycznych	Liczba pomiarów antropometrycznych

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4 do programu: „Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020

**Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w programie
„Wczesne wykrywanie oraz profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkałych
na terenie Miasta Skierniewice” na lata 2018-2020**

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 psychodietetycznej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychodietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia dziecka?					

III. Ocena warunków panujących w gabinecie:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--