

Załącznik nr. 1 do wniosku nr 38.Z.I z dnia 12 czerwca 2024 r.

„Projekt Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego”



„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego”

Podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej: Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2024.146 t.j.)

Olsztyn 2024

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3
I.1 Opis problemu zdrowotnego.....	3
I.2 Dane epidemiologiczne.....	8
I.3 Opis obecnego postępowania.....	16
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	18
II.1 Cel główny.....	18
II.2 Cele szczegółowe.....	18
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	19
III.1 Populacja docelowa.....	19
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	21
III.3 Planowane interwencje.....	22
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	28
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	30
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	30
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:.....	30
IV. 2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	34
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	36
V. 1 Monitorowanie	36
V.2 Ewaluacja	37
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	37
VI. 1 Koszty jednostkowe	38
VI.2 Koszty całkowite.....	40
VI. 3 Źródła finansowania.....	41
VII. Bibliografia	42
VIII. Załączniki	45

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) otyłość w populacji dzieci jest jednym z najpoważniejszych problemów i wyzwań dla zdrowia publicznego w XXI wieku. Problem nadwagi i otyłości u dzieci ma obecnie charakter globalny, a częstość występowania tego zjawiska wzrasta w zastraszającym tempie¹.

Nadwaga i otyłość definiowane są przez WHO jako nieprawidłowe, nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka, które jest efektem utrzymującego się przez dłuższy czas dodatniego bilansu energetycznego, tzn. stanu, w którym podaż energii przewyższa wydatek energetyczny². Natomiast otyłość klasyfikowana jest jako wieloczynnikowa choroba przewlekła bez tendencji do samoistnego ustępowania, co w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) zdefiniowane jest jako „choroba spowodowana nadmierną podażą energii” (kod ICD-10 E.66)³.

Z ogólnodostępnych badań wynika, iż dziecko, u którego wystąpi nadwaga lub otyłość narażone jest na znacznie większe ryzyko bycia otyłym w wieku dorosłym, a co za tym idzie, znacznie wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych skutków zdrowotnych, obniżenie jakości życia i w konsekwencji odczuwanie negatywnych efektów społecznych – koszty bezpośrednio i pośrednio utrzymania osób chorych⁴.

Przyczyny otyłości.

Na rozwój otyłości wpływają liczne i różnorodne czynniki: genetyczne, epigenetyczne, hormonalne (m.in. niedoczynność tarczycy), neurohormonalne, psychologiczne (depresja, stany lękowe, zaburzenie regulacji zapotrzebowania na pokarm), społeczne i środowiskowe⁵.

¹ World Health Organization, Obesity and overweight <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].

² Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022, <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/wytyczne/303525,1-informacje-ogolne-i-epidemiologia>; [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].

³ Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością; Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wydanie specjalne maj 2022 r.

⁴ Imperial College London, <https://www.imperial.ac.uk/news/192776/genetic-factors-influencing-adult-obesity-take/>, [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].

⁵ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022, <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/wytyczne/303525,1-informacje-ogolne-i-epidemiologia>; [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].

Otyłość w literaturze określana jest jako - otyłość prosta i otyłość wtórna:

Otyłość „prosta”

W populacji dziecięcej podstawową przyczyną otyłości i nadwagi jest brak równowagi energetycznej między kaloriami spożywanymi, a wydatkowanymi⁶. Masa ciała dzieci ściśle zależy od zachowań związanych ze zdrowym stylem życia, takich jak: aktywność fizyczna, siedzący/spoczynkowy tryb życia, czas spędzany przed ekranem, sen i zachowania żywieniowe. W >90% przypadków otyłości ma charakter idiopatyczny, a w <10% ma podłoże genetyczne lub hormonalne⁷.

Niezdrowa dieta odgrywa szczególną rolę w rozwoju otyłości u dzieci. Złe nawyki żywieniowe, w tym niedostateczne spożycie warzyw, owoców i mleka oraz spożywanie zbyt wielu wysokokalorycznych przekąsek to jedne z wielu błędów popełnianych w diecie dzieci i młodzieży. Poza nadmiernym spożyciem kalorii dla rozwoju otyłości u dzieci bardzo istotne znaczenie ma także: niewłaściwa, niewystarczająca liczba posiłków, pomijanie śniadań, picie napojów słodzonych, jedzenie poza domem, jedzenie bez uczucia głodu oraz spożywanie posiłków przed telewizorem.

Siedzący/spoczynkowy tryb życia to kolejny powód sprzyjający rozwojowi otyłości w grupie młodych osób. W 2018 roku, przeprowadzono badanie, w którym uczestniczyło 49 krajów, w tym Polska. Stwierdzono, że 80% polskich dzieci prowadzi siedzący/spoczynkowy tryb życia. Pod względem aktywności fizycznej najmłodszy Polacy zajmują przedostatnie miejsce wśród swoich rówieśników z Europy⁸. Światowe trendy wskazują, iż kształtuje się pokolenie „nieaktywnych dzieci”, co dodatkowo zaostrzyła pandemia Covid-19, po której odsetek dzieci spełniających wytyczne dotyczące aktywności fizycznej zmniejszył się jeszcze bardziej, a odsetek dzieci spędzających ≥ 2 godziny dziennie przed ekranem zwiększył się z 66 do 88%⁹.

Uważa się, że ograniczenie snu u dzieci i młodzieży również zwiększa ryzyko przyrostu masy ciała, otyłości trzewnej i zwiększenia masy tkanki tłuszczowej, które mogą się utrzymywać lub wystąpić po kilku latach. Zwiększenie aktywności fizycznej do ≥ 60 min. dziennie sprzyja

⁶ WHO: Obesity and overweight., www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight [dostęp: 09.01.2024 r.].

⁷ Xu S., Xue Y.: Pediatric obesity: causes, symptoms, prevention and treatment. Exp. Med., Nr/wydanie 1, (2016).

⁸ Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C.: Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1,6 million participants. Lancet Child Adolesc. Health, 2020.

⁹ Brzęk A., Strauss M., Sanchis-Gomar F., Leischik R.: Physical activity, screen time, sedentary and sleeping habits of polish preschoolers during the COVID-19 pandemic and WHO's recommendations: an observational cohort study. Int. J. Env. Res. Public Health, 2021.

higienie snu oraz zmniejsza ryzyko rozwoju nadwagi i otyłości¹⁰. Nadmierne korzystanie z komputerów, tabletów, smartfonów, zwłaszcza wieczorem i w nocy, może zaburzać rytm snu i zwiększać ochotę na podjadanie w nocy i w ciągu dnia.

Warto również wskazać, iż nadmierne spożywanie pokarmów najczęściej nie wynika z fizycznego głodu, ale z przyczyn psychologicznych. Czynnikiem wyzwalającym emocje i zachowania związane z jedzeniem są określone schematy poznawcze. Ważną rolę w nadmiernym objadaniu się odgrywają również nieskuteczne mechanizmy regulacji emocji związane z przewagą procesów pobudzenia nad procesami hamowania. Skutkuje to swoistym stylem radzenia sobie z napięciem emocjonalnym, zmniejszoną zdolnością do odraczania gratyfikacji i impulsywnością¹¹.

Faktem jest również, że wśród dzieci i młodzieży istotną rolę odgrywają rodzinne wzorce żywieniowe, na których kształtowanie wpływa m.in. status społeczno-ekonomiczny (u dzieci z rodzin uboższych otyłość rozwija się częściej). Istnieją również dane wskazujące, że dzieci, które były karmione piersią, zapadają na nią rzadziej¹².

Otyłość (wtórna).

Występuje w przebiegu endokrynopatii (np. niedoczynności tarczycy, choroby i zespołu Cushinga, niedoboru hormonu wzrostu, hipogonadyzmu), zespołów uwarunkowanych genetycznie (Pradera-Williego, Lawrence'a-Moona-Biedla, Turnera, Klinefeltera), uszkodzenia podwzgórza przez stany zapalne, choroby zwyrodnieniowe, guzy, wady rozwojowe, urazy ośrodkowego układu nerwowego oraz przewlekłego stosowania niektórych leków, takich jak na przykład leki przeciwdepresyjne, insuliny i inne¹³.

Dzieci z otyłością i nadwagą z większym prawdopodobieństwem dotknięte zostaną wieloma powikłaniami, z którymi będą musiały się zmierzyć zarówno w życiu młodzieńczym, ale i w życiu dorosłym¹⁴.

¹⁰ Fatima Y., Doi S.A.R., Mamun A.A.: Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis.

¹¹ Bąk-Sosnowska M.: Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatr. Pol.*, 2017.

¹² <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/wytyczne/303525,1-informacje-ogolne-i-epidemiologia>; Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022 [dostęp z dnia 09 01.2024 r.].

¹³ <https://apteline.pl/artykuly/skad-ta-otylosc-przyczyny-otylosci-pierwotnej-i-wtornej>, [dostęp z dnia 09 01.2024 r.].

¹⁴ Horesh, A., Tsur, A. M., Bardugo, A., & Twig, G. (2021). Adolescent and Childhood Obesity and Excess Morbidity and Mortality in Young Adulthood-a Systematic Review. *Current obesity reports*, 10(3), 301–310. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00439-9>.

Powikłania:

Nadciśnienie tętnicze (NT). Otyłość jest głównym czynnikiem powodującym nadciśnienie tętnicze (NT) u dzieci młodzieży. Stwierdzone jest u około 30% dzieci z otyłością, a jego ryzyko wzrasta wraz ze zwiększaniem się stopnia otyłości. Nadmierny przyrost masy ciała odpowiada za 75% ryzyka pierwotnego NT¹⁵.

Stan przedcukrzycowy i cukrzyca typu 2. Z dostępnych danych wynika, że stan przedcukrzycowy występuje nawet u około 5% otyłych dzieci w wieku 6 lat¹⁶.

Dyslipidemia. Najczęstszym zaburzeniem lipidowym u dzieci z otyłością jest dyslipidemia mieszana, charakteryzująca się umiarkowanym do ciężkiego zwiększeniem stężenia TG i nie-HDL-C, zmniejszonym stężeniem HDL-C oraz łagodnym lub umiarkowanym zwiększeniem stężenia TC i LDL-C¹⁷.

Powikłania ze strony przewodu pokarmowego. Najczęstszym powikłaniem ze strony przewodu pokarmowego związanym z otyłością u dzieci jest metaboliczna stłuszczeniowa choroba wątroby (MAFLD)¹⁸.

Zespół jajników wielotorbielowatych i wpływ otyłości na okres dojrzewania. U dzieci z nadwagą częściej występują izolowane, łagodne formy przedwczesnego dojrzewania (płciowego, pachowego, rozwój gruczołów piersiowych), a u otyłych dziewcząt obserwuje się wczesny początek dojrzewania centralnego¹⁹.

Zaburzenia czynności układu oddechowego w otyłości. Pacjenci z otyłością najczęściej zgłaszają takie objawy, jak zwiększona częstotliwość oddechów, duszność po małym lub umiarkowanym wysiłku, świszczący oddech oraz ból w klatce piersiowej. W tej grupie częściej występują zaburzenia oddechowe o charakterze astmy oskrzelowej, zespołu obturacyjnego bezdechu sennego (OBS) i zespołu hipowentylacji²⁰.

¹⁵ Soni A., Siddiqui N.I., Wadhvani R.: relative influence of body mass index and socio-economic class on blood pressure levels and health. Eur. J. Clin. Exp. Med., 2019.

¹⁶ Valerio G., Maffei C., Saggese G. i wsp.: Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. Ital. J. Pediatr.

¹⁷ Zachurzok A., Małacka-Tendera E.: Cardiovascular Complications of Obesity. <https://Ebook.Ecog-Obesity.Eu/Chapter-Clinics-Complications/Cardiovascular-Complications-Obesity/> [dostęp: 10.01.2023 r.].

¹⁸ Eslam M., Alkhoury N., Vajro P. i wsp.: Defining paediatric metabolic (dysfunction)-associated fatty liver disease: an international expert consensus statement. Lancet Gastroenterol. Hepatol., 2021.

¹⁹ Brix N., Ernst A., Lauridsen L.L.B. i wsp.: Childhood overweight and obesity and timing of puberty in boys and girls: cohort and sibling-matched analyses. Int. J. Epidemiol., 2020.

²⁰ Marcus C.L., Brooks L.J., Draper K.A. i wsp.: Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. Pediatrics, 2012.

Występują również powikłania: nerkowe, neurologiczne oraz wpływające na układ mięśniowo-szkieletowy.

Najprostszą i najczęstszą metodą stosowaną do oceny otyłości jest interpretacja wzajemnej pozycji pomiędzy masą ciała, a wysokością ciała wyrażoną wskaźnikiem BMI (Body Mass Indeks).

Wzór na obliczenie wskaźnika:

$$\text{BMI} = \frac{\text{MASA (kg)}}{\text{WZROST (m}^2\text{)}}$$

Nadwagę u dzieci rozpoznaje się, jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90.–97. centyla dla płci i wieku, a otyłość przy wartościach BMI mieszczących się >97. centyla. Natomiast otyłość trzewną rozpoznaje się u dzieci, jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90. centyl dla płci i wieku²¹.

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, dominującą grupą czynników ryzyka (DALY) na terenie województwa warmińsko-mazurskiego stanowią czynniki behawioralne, a największy w nich udział zarówno dla mężczyzn i kobiet ma: tytoń (ok. 6,1 tys. na 100 tys. ludności vs ok. 5,7 tys. na 100 tys. ludności dla Polski), wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo (4 tys. vs 3,6 tys.) oraz wysoki BMI (3,9 tys. vs 4 tys.)²².

Biorąc pod uwagę bezpośrednie i długoterminowe konsekwencje nieprawidłowego odżywiania i braku aktywności fizycznej, niezbędna jest odpowiednia i wczesna identyfikacja dzieci zagrożonych otyłością, poprzez udzielenie profesjonalnego wsparcia, a nade wszystko wczesna prewencja ukierunkowana na kształtowanie prawidłowych zachowań prozdrowotnych, w tym żywieniowych.

Zgodnie z zaleceniami WHO profilaktyka powinna stanowić najważniejszy element postępowania mającego na celu ograniczenie występowania nadwagi i otyłości u dzieci

²¹ Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością; Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, wydanie 2017.

²² https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf; Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].

i młodzieży. Coraz częstsze występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w krajach europejskich wymaga szybkich i skutecznych działań instytucji rządowych i pozarządowych, samorządów terytorialnych, przemysłu spożywczego, systemu ochrony zdrowia, placówek oświatowych, a także indywidualnych na poziomie rodzin i samych pacjentów. Dlatego, też ważne jest wdrażanie Programów Polityki Zdrowotnej, w tym zakresie przez samorządy²³.

I.2 Dane epidemiologiczne

Świat

Z danych podawanych przez WHO ponad miliard ludzi na całym świecie jest otyłych – 1 milion dorosłych, 650 milionów nastolatków i 340 milionów dzieci. Liczba ta wciąż rośnie²⁴.

Szacunkowe dane dotyczące globalnego poziomu nadwagi i otyłości (BMI 25 kg/m²), zwanego także wysokim BMI, sugerują, że do 2035 r. dotkniętych tym schorzeniem może być ponad 4 miliardy ludzi w porównaniu z ponad 2,6 miliarda w 2020 r. Odzwierciedla to wzrost z 38% światowej populacji w 2020 r. do ponad 50% w 2035 r. (dane nie obejmują dzieci poniżej 5 roku życia). Ponieważ lata 2020–2022 w wielu krajach charakteryzowały się szeroko zakrojonymi ograniczeniami, ryzyko przyrostu masy ciała w wyniku ograniczenia ruchu poza domem, błędnych zachowań żywieniowych, siedzącego trybu życia oraz znacznego ograniczenia dostępu do opieki zdrowotnej, mogły w sposób długofalowy wpłynąć na jeszcze większe ryzyko otyłości i nadwagi w kolejnych latach. Ponadto z uwagi na fakt, iż był to czas w którym wstrzymano wiele krajowych badań i programów pomiarowych monitorujących wagę i przyrost masy ciała, to również pogarsza sytuację światową. Wzrost częstości występowania otyłości, który, jak się wydaje, dotyczy zwłaszcza dzieci, może okazać się trudny do odwrócenia i sugeruje, że efektem ubocznym radzenia sobie z pandemią Covid-19 jest nasilenie się epidemii otyłości. Przewiduje się, że sama częstość występowania otyłości (BMI 30 kg/m²) wzrośnie w tym samym okresie z 14% do 24% populacji. Oczekuje się, że rosnąca częstość występowania otyłości będzie najostrzejsza wśród dzieci i młodzieży i wzrośnie z 10% do 20% chłopców na świecie w latach 2020–2035 oraz z 8% do 18% dziewcząt na świecie²⁵.

²³ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością; Otyłość wydanie specjalne 1/2023.

²⁴ <https://nursing.com.pl/arttykul/who-ponad-miliard-ludzi-na-calym-swiecie-cierpi-na-otylosc-swiatowy-dzien-otylosci-403-6221f1c641702773a4b42c3c>, [dostęp 11.01.2024 r.].

²⁵ Światowy Atlas otyłości 2023, <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-V5.pdf> ; [dostęp 11.01.2024 r.].

Tabela 1. Globalna nadwaga i otyłość w latach 2020-2035

Liczba osób (w wieku powyżej 5 lat) i odsetek populacji z nadwagą lub otyłością

	2020	2025	2030	2035
Liczba osób z nadwagą lub otyłością (BMI 25kg/m ²) (w milionach)	2603	3041	3507	4005
Liczba osób z otyłością (BMI 30kg/m ²) (w milionach)	988	1249	1556	1914
Odsetek populacji z nadwagą lub otyłością (BMI 25kg)	38%	42%	46%	51%
Odsetek populacji z otyłością (BMI 30kg/m ²) 14%		17%	20%	24%

Tabela 2. Globalne trendy dotyczące otyłości wśród dzieci, młodzieży i dorosłych według płci w latach 2020-2035

Dzieci i młodzież (w wieku 5-19 lat)

	Chłopcy 2020	Chłopcy 2025	Chłopcy 2030	Chłopcy 2035
Liczba osób z otyłością (miliony)	103	140	175	208
Proporcja wszystkich chłopców	10%	14%	17%	20%
	Dziewczyny 2020	Dziewczyny 2025	Dziewczyny 2030	Dziewczyny 2035
Liczba osób z otyłością (miliony)	72	101	135	175
Proporcja wszystkich dziewcząt	8%	10%	14%	18%

Europa

Raport opublikowany w 2022 przez organizację WHO wskazuje, iż w Europie nadwaga (w tym otyłość) jest bardzo częstym problemem dotykającym 4,4 mln dzieci poniżej 5 roku życia, co stanowi 7,9% wszystkich dzieci w tym wieku. Europejska Inicjatywa Nadzoru Otyłości Dziecięcej WHO pokazuje również, że prawie co trzecie dziecko w wieku szkolnym ma nadwagę lub otyłość. Ponadto z szeregu publikacji wynika, że częstość występowania nadwagi i otyłości stale rośnie, a żadne państwo członkowskie w regionie Europy nie jest na dobrej drodze do osiągnięcia celu, jakim jest powstrzymanie wzrostu otyłości do 2025 r. ²⁶.

²⁶ WHO European Regional Obesity Report 2022; European Regional Obesity Report 2022.

Przewiduje się również, że częstość występowania otyłości wśród dzieci i młodzieży w Regionie Europejskim wzrośnie w latach 2020–2035, przy czym oczekuje się, że do 2035 r. otyłość będzie dotyczyć 14% dziewcząt i 21% chłopców²⁷.

Tabela 3. Dzieci i młodzież (w wieku 5–19 lat) w Europejskim Regionie z otyłością w latach 2020–2035

	Chłopcy 2020	Chłopcy 2025	Chłopcy 2030	Chłopcy 2035
Liczba osób z otyłością (miliony)	11	13	15	17
Proporcja wszystkich chłopców w regionie	13%	15%	18%	21%
	Dziewczyny 2020	Dziewczyny 2025	Dziewczyny 2030	Dziewczyny 2035
Liczba osób z otyłością (miliony)	7	8	9	11
Proporcja wszystkich dziewcząt w regionie	8%	10%	12%	14%

Polska

Według Badania Stanu Zdrowia i Czynników Ryzyka przeprowadzonego przez NIZP PZH – PIB w sierpniu 2022 r., zbyt wysoką masą ciała (indeks BMI ≥ 25) miało wówczas 52,0% Polaków wieku 20 lat lub więcej, zaś 13,6% cierpiało na otyłość (BMI ≥ 30)²⁸.

Szacuje się, że w Polsce w 2025 r. otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn²⁹. Polacy przez choroby związane z otyłością żyć będą o średnio 3 lata i 10 miesięcy krócej niż mogliby, gdyby uważali na swoją wagę, dietę i sprawność fizyczną (według danych OECD). Istotnym jest również, że zaburzenia metaboliczne utrudniają, a niekiedy wręcz uniemożliwiają młodym ludziom zarówno edukację, jak też późniejsze funkcjonowanie na rynku pracy.

Według danych Instytutu Żywienia i Żywności z 2018 r. polskie dzieci były zaliczane do najszybciej tyjących w Europie. W latach 70. ubiegłego wieku nadmierną masę ciała notowano

²⁷ Światowy Atlas otyłości 2023, <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-V5.pdf>, [dostęp 11.01.2024 r.].

²⁸ <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>, [dostęp z dnia 11.01.204 r.].

²⁹ Raport Narodowego Funduszu Zdrowia Cukier, otyłość – konsekwencje przedstawiony 21 lutego 2019 r. podczas konferencji Ministra Zdrowia: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnoscicentrali/prezentacja-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje,7296.ht>.

w Polsce u mniej niż 10% uczniów, podczas gdy w ostatnich latach u ponad 22%. Z raportów opracowanych na zlecenie Ministra Zdrowia wynika, że w 2018 r. nadwagę miało nawet 30,5% dzieci w wieku szkolnym³⁰. Z kolei według publikacji NIZP-PZH pn. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020”, problem zbyt wysokiej masy ciała dotyczy również młodzieży – częściej chłopców niż dziewcząt.

Wyniki kolejnych edycji badania HBSC wskazują, że sytuacja jest obecnie wyraźnie gorsza niż w 2006 roku, a poprawa obserwowana w 2014 r. nie miała trwałego charakteru.

W roku 2018 rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała wśród badanych uczniów (według kryteriów International Obesity Task Force) było wyższe niż w 2014 roku o prawie 2 punkty procentowe (p.p.) – 16,5% vs 14,8%. Największa zmiana (o 6,4 p.p.) dotyczyła chłopców w wieku 13-14 lat. Wśród dziewcząt zwraca uwagę wzrost rozpowszechnienia otyłości we wszystkich kategoriach wieku. Odsetek uczniów z nadwagą i otyłością silnie wzrósł u chłopców (o 3,4 p.p.) niż u dziewcząt (0,4 p.p.). Wśród uczniów obu płci rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała zmniejsza się z wiekiem, ale w konkretnych rocznikach chłopców sytuacja nie musi się poprawiać – w 2014 roku procent dotkniętych tym problemem 11- i 12-latków wynosił 20,5%, po 4 latach dla 15- i 16-latków – 20,2% .

Skalę występowania nadwagi i otyłości wśród Polskich dzieci zweryfikowana została również podczas kontroli NIK w 2017 roku. Kontrolę przeprowadzono w pięciu województwach: lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podlaskim i kujawsko-pomorskim. W każdym z nich badaniem objęto dwie gminy oraz cztery szkoły podstawowe (po dwie z terenu każdej z kontrolowanych gmin). Wyniki testów przesiewowych wykonywanych w trakcie rocznego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie III i V wskazały, że odsetek uczniów z zaburzeniami masy ciała w kontrolowanych szkołach zwiększył się w ciągu 4 lat o ponad 5 p.p., tj. z 16,8% w roku szkolnym 2012/2013 do 22% w roku szkolnym 2015/2016³¹.

Kolejna kontrola NIK, która odbyła się w Polsce w latach 2018-2020, również potwierdziła skalę zjawiska. Wówczas kontrolą objęto Ministerstwo Zdrowia, 24 placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz 8 placówek Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w dziewięciu województwach: Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim oraz Warmińsko-Mazurskim. Kontrolerzy NIK

³⁰ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/otylosc-i-nadwaga-u-dzieci-coraz-wiekszy-problem-coraz-mniej-skuteczne-dzialania.html>, [dostęp 11.01.2024 r.].

³¹ Informacja o wynikach kontroli WDRAŻANIE ZASAD ZDROWEGO ŻYWIENIA W SZKOŁACH PUBLICZNYCH, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14600,vp,17065.pdf>, [dostęp 11.01.2024 r.].

przeanalizowali dokumenty medyczne 644 pacjentów w wieku od 2 do 18 lat będących pod opieką badanych placówek. Na podstawie dostępnych danych wyliczyli wskaźniki BMI (ang. body mass index) dla każdej z tych osób, w zależności od płci i wieku, wg wzoru: masa ciała w kg : wzrost (m) 2. Nadwagę lub otyłość stwierdzono u 140 pacjentów, czyli u 22%, z tego 91 miało nadwagę (65%), a 49 (35%) cierpiało na otyłość. W przypadku nadwagi problem dotyczył w niemal takim samym stopniu dziewczynek (46), jak i chłopców (45), a na otyłość częściej chorowali chłopcy (28) niż dziewczynki (21). I nadwagę i otyłość najczęściej diagnozowano w grupie wiekowej 10-14 lat, najrzadziej wśród najmłodszych dzieci w wieku od 2 do 4 lat .

Z kolei Centrum Badania Opinii Społecznej (2019) wykazało, iż u dzieci w wieku przedszkolnym w Polsce nadwaga lub otyłość występują u 12,2% chłopców i 10% dziewcząt, w wieku szkolnym nadmierna masa ciała występuje jeszcze częściej – u 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt³². Potwierdzając po raz kolejny wagę problemu.

Opisując sytuację zdrowotną w przedmiotowym zakresie nie można pominąć również wyników Raportu z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19. Głównym celem badania było monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi u 2227 uczniów II klas szkół podstawowych, funkcjonujących na terenie 16 województw. Wyniki wykazały, iż częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci ośmioletnich zwiększyła się z 32,2% w 2018 roku do 35,3% w 2021 roku. Natomiast podwyższone wartości skurczowego ciśnienia tętniczego krwi występowały u 27,1% badanych uczniów klas drugich, a podwyższone wartości rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi u 21,9% dzieci³³. Potwierdza to jasno, iż problem otyłości i nadwagi wśród polskich dzieci stale rośnie, a każde kolejne badanie nie pozostawia złudzeń.

Województwo warmińsko-mazurskie

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia za 2013 rok w województwie warmińsko-mazurskim zamieszkiwało 21,4% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą lub otyłością. Pomimo, iż dane przedstawiają sytuację województwa z dość odległego okresu wydaje się, iż skala zjawiska postępuje, bądź jest na zbliżonym poziomie. Dowodem tego mogą

³² Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.

³³ Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19, Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19, Warszawa 2022.

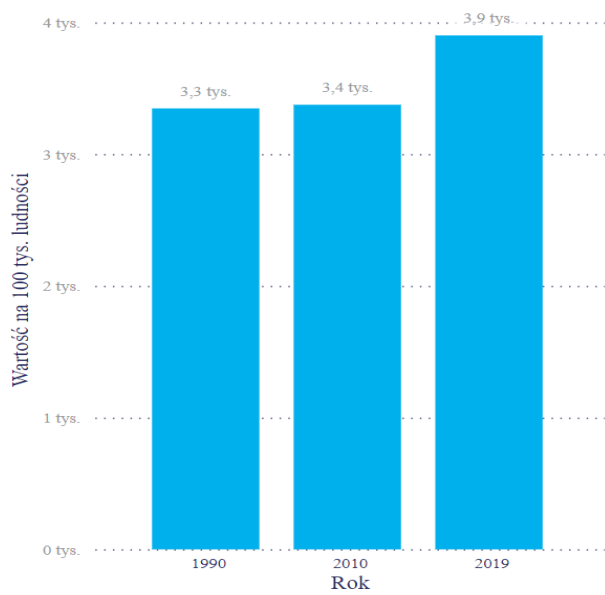
być niewątpliwie wyniki badań ogólnopolskich, w których województwo warmińsko-mazurskie miało swój udział.

Kolejno z danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki w Olsztynie (Tabela 4) wynika, iż liczba pacjentów w wieku 6-14 lat, którym postawiono rozpoznanie główne - E66 (choroba spowodowana nadmierną podażą energii) z roku na rok wzrasta, bądź jest na zbliżonym poziomie, co potwierdza wagę problemu. Z wykazanych danych można również wywnioskować, iż sytuacja panująca w województwie może być mocno niedoszacowana, zwłaszcza jeżeli chodzi o grupę dzieci w wieku lat 8, czego główną przyczyną, może być brak badań okresowych wśród uczniów klas II szkół podstawowych.

Tabela 4. Liczba pacjentów w wieku 6-14 lat, którym postawiono rozpoznanie główne E66 w latach 2019-2023.

Wiek pacjenta	Rok świadczenia				
	2019	2020	2021	2022	2023
6	65	48	54	60	65
7	97	44	102	84	101
8	93	66	104	89	75
9	157	83	111	111	130
10	186	151	187	185	214
11	171	141	165	167	167
12	195	124	212	200	215
13	208	136	238	268	232
14	198	155	197	211	271
ŁĄCZNIE	1370	948	1370	1375	1470

Dane przedstawione w Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazują, iż w ostatnich 10 latach w województwie warmińsko-mazurskim wzrósł udział wpływu wysokiego BMI i ryzyk żywieniowych na zgony, odpowiednio z 3,4 tys. do 3,9 tys. (zmiana wpływu czynnika ryzyka DALY – wartość na 100 tys. ludności).



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych GBD

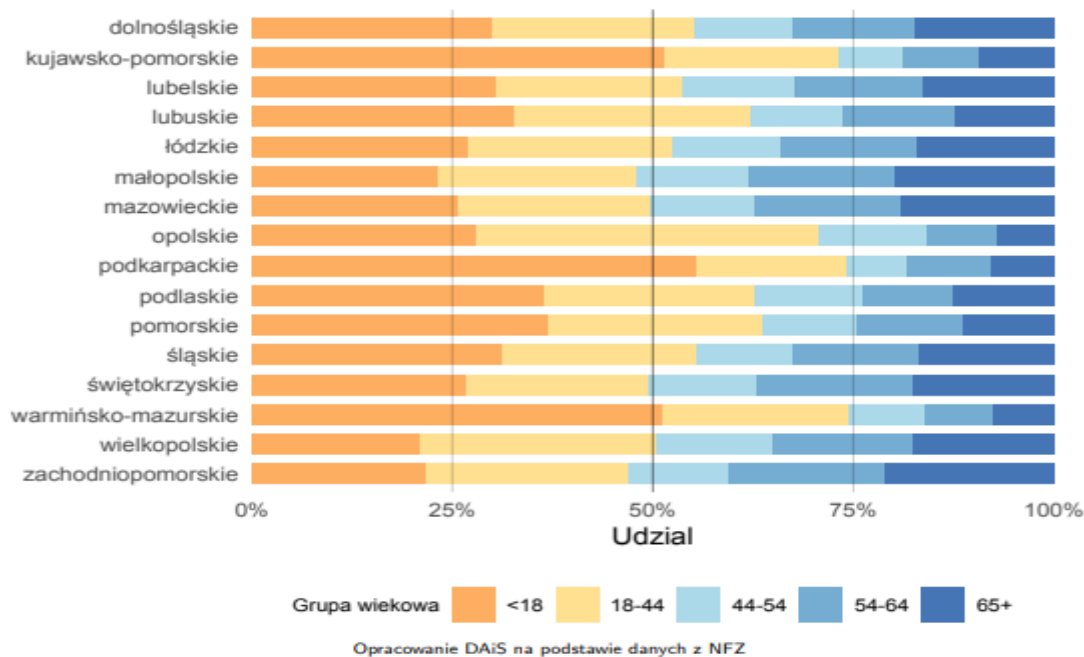
Zgodnie z zał. nr. 14 pn., „Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na podstawie danych za 2019 r.”, przyjętym do ww. dokumentu - otyłość i brak odpowiednich działań w zakresie jej zwalczania jest jednym z priorytetów dla jednostek samorządów terytorialnych i systemu ochrony zdrowia w województwie.

Dokument wskazuje jasno, iż w województwie warmińsko-mazurskim wzrosła liczba wizyt w POZ pacjentów do 18. roku życia ze schorzeniami przewlekłymi, wymagającymi opieki czynnej, w tym otyłości. Zaobserwowano również fakt, niewystarczającej edukacji i nieadekwatnych programów zdrowotnych³⁴. W celu poprawy sytuacji, koniecznym jest zwiększenie intensywności działań profilaktycznych i edukacyjnych, które będą realizowane nie tylko przez lekarzy i pielęgniarki POZ, ale również będą dążyły do wzmocnienia roli członków rodziny we wdrożeniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia.

Należy podkreślić, iż problem nadwagi i otyłości wśród osób poniżej 18 roku życia był wskazywany już w poprzednich wydaniach tego dokumentu. Według Mapy Potrzeb Zdrowotnych opracowanej w zakresie chorób metabolicznych w 2018 roku w województwie

³⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. (Dz. U. z 2021 r., poz. 69), zał. 14., https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf, [dostęp 16.01.2024 r.].

warzyńsko-mazurskim otyłość w populacji ogólnej w sposób szczególny dotyczy grupy osób poniżej 18 r. ż. Wskazywało to na 3 wynik w kraju w tym zakresie (dane za rok 2016)³⁵.



Dane te są szczególnie widoczne dla wskaźnika zapadalności rejestrowanej dla grupy chorób „Otyłość” w powyższej grupie wiekowej zarówno dla kobiet jak i mężczyzn. Dla obu grup wskaźniki są o kilkadziesiąt jednostek wyższe od średniej dla Polski. W przypadku kobiet to 217,3 dla woj. warzyńsko mazurskiego vs. 144,6 dla Polski, a w przypadku mężczyzn 222,1 vs. 136,9 (dane za rok 2016).

Zwiększenie liczby działań w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki m.in. nadwagi/otyłości jest również ważnym elementem wskazanym w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Warzyńsko-Mazurskiego. Zgodnie z jego zapisami zalecane jest, promowanie zdrowego stylu życia i zintensyfikowanie działań na rzecz zwiększenia liczby wykonywanych badań profilaktycznych oraz przesiewowych w szczególności: realizacja działań edukacyjnych, kampanii, programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej kierowanych na eliminację wpływu czynników ryzyka najbardziej obciążających populację województwa oraz chorób stanowiących istotny problem zdrowotny w województwie.

Prognoza epidemiologiczna województwa na kolejne lata, wskazuje na trend wzrostowy w zakresie zapadalności na jednostki chorobowe ściśle związane z otyłością i nadwagą tj.:

³⁵ https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_choroby_metaboliczne_warzyńsko-mazurskie.pdf [dostęp 16.01.2024 r.].

choroby układu krążenia, cukrzycę, choroby narządów zmysłu, choroby układu mięśniowo-szkieletowego, choroby układu trawiennego. Ponieważ liczba działań edukacyjnych, kampanii, programów promocji zdrowia i profilaktycznych oraz badań przesiewowych w grupach ryzyka jest niewystarczająca potwierdza to zasadność wdrożenia programu w przedmiotowym problemie zdrowotnym³⁶.

I.3 Opis obecnego postępowania

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ocena rozwoju fizycznego dziecka należy do zadań lekarza POZ i jest prowadzona w ramach porad patronażowych i badań bilansowych, w tym badań przesiewowych wśród dzieci. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiary: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI, ang. body mass index). Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnienie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie³⁷.

Kolejnym rozporządzeniem warunkującym działania w zakresie otyłości jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, które określa cele operacyjne spośród, których określono cel 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości. Dokument określa wykaz zadań służących realizacji ww. celu³⁸.

³⁶ OBWIESZCZENIE WOJEWODY WARMIŃSKO – MAZURSKIEGO z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2022-2026 zatwierdzonego przez Ministra właściwego do spraw zdrowia.

³⁷ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, [dostęp z dnia 15.01.2024 r.].

³⁸ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>, [dostęp z dnia 15.01.2024 r.].

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 prozdrowotną³⁹.

W Polsce nie ma skonkretyzowanego modelu opieki otyłości co skutkuje pozbawieniem wielu chorych możliwości uzyskania skutecznej opieki, której miarą jest poprawa stanu zdrowia oraz ograniczenie ryzyka powikłań. Niewłaściwe podejście do diagnostyki i leczenia otyłości w publicznym systemie ochrony zdrowia zmusza pacjentów do poszukiwania pomocy medycznej w systemie prywatnym, co z kolei pogłębia nierówności w zdrowiu, skazując osoby o niskich dochodach na wykluczenie.

Jak wynika z ustaleń NIK (kontrola przeprowadzona w latach 2018-2020), w badanym okresie ponad połowa kontrolowanych placówek POZ na zapobieganie otyłości i nadwadze nie wydała żadnych środków, a profilaktyka polegała głównie na udzielaniu ustnych pouczeń i przekazywaniu materiałów promocyjnych przygotowanych przez firmy farmaceutyczne. Z kolei obowiązkowymi badaniami bilansowymi, będącymi głównym źródłem informacji o stanie zdrowia, umożliwiającymi także wczesne wykrywanie nadwagi albo otyłości, objęto w 2018 r. i 2019 r. tylko nieco ponad 60% dzieci i młodzieży, podczas gdy jeszcze w 2013 r. nawet 90%⁴⁰.

Aktualna organizacja systemu opieki zdrowotnej i liczne obowiązki lekarzy związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej i czynnościami administracyjnymi (z raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2021 roku wynika, że czynności te zajmują blisko jedną trzecią czasu trwania porady lekarskiej) przekładają się na skrócenie czasu przeznaczonego dla pacjenta, co zmniejsza możliwość prowadzenia działań profilaktycznych. Rozmowa z pacjentem o metodach zapobiegania otyłości i zwracanie uwagi na potrzebę podejmowania starań w celu zmniejszenia masy ciała już na wczesnym etapie nadwagi – to działania z zakresu profilaktyki pierwotnej, których efekty trudno mierzyć, gdyż mogą być widoczne dopiero w dłuższej perspektywie czasu. Jednak w perspektywie pracy polskiego lekarza często bywa to niemożliwie.

³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427);

⁴⁰ Informacja o wynikach kontroli - Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25237,vp,27987.pdf> [dostęp 11.01.2024 r.].

Ważne jest zatem wzmożenie profilaktyki pierwotnej otyłości, do której należą wszystkie działania, zarówno z zakresu polityki zdrowotnej, jak i ochrony zdrowia, których celem jest zapobieganie rozwojowi otyłości.

Skuteczna profilaktyka pierwotna otyłości obejmująca całą populację pozwoliłaby istotnie zmniejszyć częstość występowania wielu chorób przewlekłych związanych z nadwagą i otyłością, ale nie ma obecnie skutecznych programów umożliwiających jej prowadzenie na dużą skalę.

Do profilaktyki wtórnej należą badania przesiewowe i zapobieganie dalszemu przyrostowi masy ciała u osób chorujących na otyłość⁴¹.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem głównym programu jest obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle wśród co najmniej 20 % uczestników programu objętych wsparciem specjalistycznym (które ukończyły pełny cykl wsparcia) , włączonych do programu w trakcie jego trwania.

II.2 Cele szczegółowe

1. Zwiększenie wykrywalności otyłości i nadwagi wśród dzieci objętych badaniem przesiewowym.
2. Podniesienie poziomu wiedzy w zakresie zdrowego trybu życia, oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, mierzonej na podstawie pre- testu i post- testu (90 % poprawnych odpowiedzi) wśród 30% dzieci uczestniczących w interwencji specjalistycznej.
3. Podniesienie poziomu wiedzy w zakresie zdrowego trybu życia, oraz profilaktyki nadwagi i otyłości, mierzonej na podstawie pre- testu i post- testu (90 % poprawnych odpowiedzi) wśród 30% rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w interwencji specjalistycznej.

⁴¹ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, wydanie 2022.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle, wśród osób, które zakończyły pełen cykl wsparcia specjalistycznego.
2. Liczba osób, u których dokonano rozpoznania nadwagi i otyłości wśród osób poddanych badaniom przesiewowym.
3. Odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 90 % poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich dzieci, które wypełniły pre-test.
4. Odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 90 % poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych, które wypełniły pre-test.

Realizatorami odpowiedzialnymi za wdrażanie programu będą beneficjenci, którzy zostaną wybrani przez Instytucję Zarządzającą FEWiM w drodze konkursu.

Sprawozdanie zawierające wartości osiągnięte w powyższych miernikach będą składane przez beneficjenta corocznie do Instytucji Zarządzającej FEWiM 2021-2027. Warunki przekazywania powyższych informacji zostaną określone szczegółowo w stosownej umowie zawartej z beneficjentem.

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

III.1 Populacja docelowa

Grupę docelową programu będą stanowili uczniowie klas I-III szkół podstawowych, zamieszkujący na terenie województwa warmińsko-mazurskiego.

Dane na temat liczebności populacji dzieci w województwie warmińsko-mazurskim pozyskano ze zbioru Banku Danych Lokalnych⁴², który jest w dyspozycji Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Wskazują one, iż średnia liczebność ludności województwa warmińsko-mazurskiego w wieku 7-10 lat wynosi 56 193 (dane: ludność wg pojedynczych

⁴² <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>, [dostęp z dnia 12.02.2024 r.].

roczników wieku i płci, dane za rok 2022). Ponieważ realizacja programu planowana jest na okres 3-lat, wsparcie skierowane zostanie do kolejnych roczników 7-latków wchodzących do programu, czyli około łącznie 84 832 osób przez cały okres realizacji programu.

Powyższe uwarunkowane jest tym, iż za średni wiek dzieci uczęszczających do klasy I-III szkoły podstawowej w Polsce uznaje przedział 7-10 lat, dlatego też dane dotyczące właśnie tych grup wiekowych wykorzystane zostały do oszacowania potencjalnej grupy docelowej.

Badania przesiewowe:

Realizacja programu przewidziana jest na lata 2025-2027 i szacuje się, iż łącznie w ciągu całego programu badaniami przesiewowymi objętych zostanie około 35 % populacji docelowej tj. 29 744 osób (2025 r. – 9 916; 2026 r. – 9 914; 2027 r. – 9 914).

Powyższa wysokość wskaźnika populacji osób objętych badaniem przesiewowym została określona w wyniku m.in. z obserwacji już zaopiniowanych programów polityki zdrowotnej (PPZ) oraz przede wszystkim ograniczeń nałożonych przez środki finansowe przeznaczone na wdrożenie programu. Dodatkowo czynnikami, które mogą wpłynąć na zgłaszalność do tego typu programów jest m.in.: konieczność uzyskania zgody rodziców/ opiekunów prawnych, zainteresowanie rodziców i opiekunów prawnych udziałem w programie, współpracą ze szkołami oraz innymi organizacjami lokalnymi.

Wsparcie w ramach tego etapu zakończy się wydaniem każdemu uczestnikowi planu postępowania prozdrowotnego wraz z wynikiem badania.

Wsparcie specjalistyczne:

Wsparcie specjalistyczne zostanie skierowane do osób, u których podczas badań przesiewowych wskaźnik wagowo-wzrostowy skorygowany o wiek i płeć (centyl BMI) wyniesie 90 i więcej.

Uwzględniając, iż nie wszystkie osoby spełniające wymóg kwalifikacji do udziału we wsparciu specjalistycznym będą wyrażały chęć dalszego udziału w programie (z różnych przyczyn) oraz fakt ograniczonych środków finansowych samorządu przewiduje się, iż ze wsparcia specjalistycznego może skorzystać **1 683** osób z populacji badanej, każdorocznie **około 561 osób**.

Wsparcie edukacyjne w środowisku szkolnym:

Program przewiduje również przeprowadzenie szeroko zakrojonej kampanii edukacyjno-informacyjnej wśród ogółu populacji dzieci i młodzieży, uczniów szkół podstawowych. W tym celu beneficjent powinien nawiązać współpracę ze szkołami podstawowymi znajdującymi się na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Jak podaje GUS (dane za rok 2022) na terenie województwa znajduje się 540 szkół podstawowych, należy zatem przyjąć, iż beneficjent nawiąże czynną współpracę z co najmniej 270 szkołami podstawowymi z terenu województwa. Takie działanie pozwoli na skuteczne dotarcie do potencjalnej grupy docelowej i przyczyni się do poprawy stanu wiedzy ogółu populacji dzieci i młodzieży, mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego.

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

Kryteria włączenia do PPZ:

- uczeń klasy I-III szkoły podstawowej z terenu województwa warmińsko-mazurskiego;
- uzyskanie zgody rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie.

Kryteria włączenia do etapu specjalistycznego:

- uczeń klasy I-III szkoły podstawowej z terenu województwa warmińsko-mazurskiego;
- nadmiar masy ciała, w postaci cBMI powyżej 90 (siatki centylowe projektu OLAF).
- uzyskanie zgody rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie.

Kryteria wyłączenia:

- brak wyrażenia przez potencjalnego uczestnika i/ lub rodziców/ opiekunów prawnych dziecka zgody na uczestnictwo w PPZ lub decyzja o wycofaniu zgody w każdym momencie uczestnictwa.
- wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Programem będą objęte wszystkie osoby z populacji docelowej, spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Beneficjent, który zostanie wybrany w drodze konkursu do realizacji programu, zobowiązany będzie przeprowadzić kampanie informacyjną. Zaleca się nawiązanie współpracy z placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe), a przede wszystkim ze szkołami podstawowymi zlokalizowanymi na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (plakaty na tablicy ogłoszeń, komunikaty na stronie internetowej, atrakcyjne graficznie ulotki dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych). Zaproszenia powinny zostać również skierowane bezpośrednio do rodziców/opiekunów prawnych poprzez: przekazywane ustnie przez wychowawców klas szkolnych podczas zebrań dla rodziców; przekazywane w formie papierowej informacji o programie wraz z formularzem zgody do podpisania przez wychowawców klas szkolnych podczas zebrań dla rodziców; przesłane rodzicom poprzez dziennik elektroniczny – przez wychowawców klas szkolnych; przekazywane bezpośrednio podczas wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej; przekazywane za pośrednictwem dzieci w formie rozdanych ulotek informacyjnych w szkołach.

Informacje o programie powinny być dostępne w siedzibie beneficjenta, a także w miejscach użyteczności publicznej, na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcja promocyjna może odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych.

Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależeć będzie od wyboru narzędzi jaki zaproponuje beneficjent w złożonym wniosku o dofinansowanie.

III.3 Planowane interwencje

Główne założenia działań realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:

1) Działania informacyjno-edukacyjne w środowisku szkolnym.

Wsparcie w formie wykładów edukacyjnych zostanie skierowane do wszystkich odbiorców programu oraz ogółu populacji dzieci i młodzieży uczęszczających to szkół podstawowych, którzy wyrażają chęć udziału w spotkaniu. Tematyka wykładów będzie ściśle związana z tematami: 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.

Treści będą dostosowane do wieku grupy.

Planowane jest przeprowadzenie min. 1 spotkania rocznie (min. 45 min.), w szkołach podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego, które wyrażą chęć udziału w programie. Oszacowano, iż beneficjent powinien nawiązać współpracę z ok 270 szkołami podstawowymi. Wykłady będą przeprowadzone przez profesjonalną kadrę dydaktyczną na terenie danej szkoły w porozumieniu z Dyrekcją danej placówki. Pomieszczenie w którym będą odbywały się spotkania powinno być dostosowane do tego typu przedsięwzięć. Dopuszcza się zdalną formę edukacji w sytuacji zagrożenia epidemicznego.

2) Badania przesiewowe

Badania zostaną przeprowadzone w oparciu o pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI), mające na celu zidentyfikowanie dzieci z nadwagą i otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe (uwzględniając wiek i płeć dziecka).

BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Wynik BMI pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a > 97 centyla – otyłość

Przed rozpoczęciem badań, uczniowie oraz rodzice/opiekunowie prawni otrzymają pełną informację na temat programu oraz zostaną poproszeni o podanie danych kontaktowych i podpisanie niezbędnych zgód. Wyrażenie pisemnej zgody przez rodziców/ opiekunów prawnych będzie warunkiem koniecznym do włączenia danej osoby do programu. Każdemu uczestnikowi założona zostanie indywidualna karta uczestnika.

Kompleksowe badania przesiewowe w populacji uczniów klas I-III szkół podstawowych, zamieszkujących województwo warmińsko-mazurskie zostaną przeprowadzone przez wykwalifikowany personel medyczny/pielęgniarkę szkolną na terenie szkoły podstawowej, bądź w innym miejscu wskazanym przez beneficjenta. Zastrzega się, iż miejsce udzielania wsparcia musi spełniać wszelkie wymagania zgodne z obowiązującymi przepisami.

Każdemu przebadanemu uczestnikowi zostanie przekazany plan postępowania prozdrowotnego wraz z rekomendacjami, dotyczącymi stylu życia w tym w szczególności w zakresie aktywności fizycznej i żywienia.

Spośród przebadanej grupy uczniów klas I-III szkół podstawowych wyłoniona zostanie grupa dzieci z nadmiarem masy ciała w postaci nadwagi lub otyłości ($cBMI \geq 90$), której zaproponowane zostanie uczestnictwo w wsparciu specjalistycznym programu. Szacowane jest uczestnictwo około 15% dzieci zaproszonych do udziału we wsparciu specjalistycznym.

Badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez wykwalifikowany personel w dedykowanym pomieszczeniu (szczegółowy opis kadry i warunków lokalowych opisany w cz. IV.2).

Rodzice/opiekunowie prawni zaproszeni zostaną do udziału w badaniu ewaluacyjnym: wypełnią ankietę oceniającą satysfakcję z udziału ich dziecka w programie. Wypełnienie ankiety jest dobrowolne.

3) Wsparcie specjalistyczne

W ramach tego etapu zarówno uczestnicy jak i rodzice/ opiekunowie prawni odbędą konsultacje z 4 specjalistami, wchodzącymi w skład zespołu multidyscyplinarnego tj. z: lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. Spotkania przewidziane są na cały rok w schemacie 0-3-6-9-12.

- Konsultacja lekarska - 5 spotkań w wymiarze - 60 min.

Celem pierwszej konsultacji lekarskiej, która odbędzie się w pierwszym miesiącu udziału w programie jest m. in.:

- przeprowadzenie pogłębionego wywiadu medycznego w kierunku oceny ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości u dziecka;
- omówienie wyników badań antropometrycznych oraz ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka;
- przedstawienie rekomendacji medycznych dot. dalszego postępowania.
- wprowadzenie do dalszych interwencji.

Celem każdej kolejnej konsultacji jest monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem problemu nadwagi lub otyłości oraz ich konsekwencji zdrowotnych. Odbędą się one kolejno w 3-6-9-12 miesiącu realizacji programu. Ostatnia wizyta będzie wizyta podsumowującą.

- Konsultacje z dietetykiem, 5 spotkań w wymiarze - 60 min..

Celem pierwszej konsultacji dietetycznej jest m. in.:

- przeprowadzenie pogłębionego wywiadu dietetycznego w kierunku oceny zachowań żywieniowych dziecka (m in. spożywania śniadań, sposobu komponowania diety dziecka, obecności w diecie słodkich napojów i słodyczy, regularności spożywania warzyw i owoców, wielkości spożywanych porcji jedzenia);
- przeprowadzenie pomiaru masy ciała;
- opracowanie przykładowego jadłospisu dla dziecka, zestawu posiłków;
- ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem odżywienia;
- przedstawienie rekomendacji dietetycznych dot. dalszego postępowania.

Każda kolejna wizyta będzie obejmowała: przeprowadzenie pomiaru masy ciała; edukację w obszarze zasad zdrowego odżywiania; modyfikację jadłospisu – w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka oraz analiza dzienniczka żywieniowego, nauka komponowania posiłków zgodnie z zaleceniami instytutu zdrowego żywienia; monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością.

- Konsultacja z psychologiem, 5 spotkań w wymiarze - 60 min..

Celem pierwszej konsultacji psychologicznej jest m. in.:

- przeprowadzenie pogłębionego wywiadu psychologicznego w kierunku oceny aktualnych nawyków związanych z odżywianiem oraz aktywnością fizyczną dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych (m. in. obecność jedzenia w odpowiedzi na emocje, problemy z samokontrolą w kontekście jedzenia, stosowania jedzenia jako kary i nagrody, postrzeganych barier w uprawianiu aktywności fizycznej, zwyczajów związanych z aktywnością fizyczną);
- ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem psychologicznym;
- opracowanie planu zmiany zachowań zdrowotnych oraz oddziaływań psychologicznych w oparciu o zasady terapii behawioralnej;
- przedstawienie rekomendacji psychologicznych dot. dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji będzie: praca nad zmianą zachowań, wykorzystując metody behawioralne (np. ustanawianie celów, praca nad samokontrolą, trening uważności); modyfikacja oddziaływań psychologicznych wspierających zmianę – w celu najlepszego dostosowania ich do preferencji dziecka; monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością.

- Konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej - 5 spotkań w wymiarze - 60 min.

Celem pierwszej konsultacji będzie:

- omówienie zaleceń dot. aktywności fizycznej oraz przedstawienie obowiązujących rekomendacji (dla dzieci 60 min. dziennie umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej),
- opracowanie zestawu ćwiczeń dla dziecka – uwzględniając jego możliwości fizyczne i preferencje;
- ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod względem wydolności fizycznej;
- przedstawienie rekomendacji fizjoterapeutycznych dot. dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji jest: edukacja w obszarze zaleceń i poprawności wykonywania rekomendowanych ćwiczeń; modyfikacja zestawu ćwiczeń i zaleceń – w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka; monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi i otyłości.

W ramach wsparcia specjalistycznego dla dzieci, jak i rodziców/opiekunów zorganizowane zostaną warsztaty z zakresu odżywiania i przygotowywania zdrowych posiłków (warsztaty kulinarne, w połączeniu z edukacją, 5 spotkań x 2 h łącznie min. 10 godz.) oraz grupowe spotkania edukacyjno-terapeutyczne (wyłącznie dla rodziców/ opiekunów prawnych) z zakresu budowania kompetencji rodzicielskich, niezbędne do wprowadzania zmian prozdrowotnych w stylu życia, sposobów rozmowy z dzieckiem o nadmiarze masy ciała bez stygmatyzacji, budowania poczucia własnej wartości u dziecka w oparciu o inne wartości niż wygląd zewnętrzny, ale również zdrowy styl życia (5 spotkań x 2 h łącznie min. 10 godz.).

Zakłada się, że liczba godzin wsparcia zaplanowana w programie powinna obejmować zalecaną liczbę 26 godzin kontaktowych.

Wszystkie interwencje zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez wykwalifikowany personel w dedykowanym pomieszczeniu (szczegółowy opis kadry i warunków lokalowych opisany w cz. IV.2).

Podczas pierwszego spotkania z lekarzem specjalistą uczestnicy zostaną poproszeni o wypełnienie testu oceniającego stan wiedzy w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego. Kolejno na ostatnim spotkaniu podsumowującym ta sama grupa osób zostanie poproszona o ponowne wypełnienie testu, który będzie weryfikował ewentualne zmiany w poziomie wiedzy. Test powinien zawierać min. 10 pytań zamkniętych, dotyczących tematyki

poruszanej podczas interwencji i być dostosowany do wieku konkretnego odbiorcy (rodzic – dziecko) . Za przygotowanie testów będzie odpowiadał beneficjent.

Dodatkowo każdy uczestnik/rodzic/opiekun prawny podczas ostatniej wizyty powinien zostać poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji i oceny jakości świadczeń (załącznik nr. 2, załącznik nr. 3).

Celem kompleksowej interwencji jest dobór odpowiednich strategii oraz opracowanie indywidualnego planu zmiany dla każdego dziecka z problemem nadwagi lub otyłości. Interwencja będzie skierowane zarówno do dziecka jak i jego rodzica/opiekuna prawnego biorącego udział w konsultacjach. Zaangażowanie rodziców w interwencje skierowane do dzieci i młodzieży w obszarze zmiany zachowań zdrowotnych, stanowi dobrą praktykę oraz jest działaniem o udokumentowanej naukowo skuteczności.

Dowody skuteczności planowanych działań.

Kompleksowe programy skupiające swoje działania na prawidłowej diecie, aktywności fizycznej, zdrowiu psychicznym są ogólnie uważane za złoty standard prewencji i leczenia otyłości u dzieci⁴³.

Ponadto szereg publikacji naukowych wskazuje, że interwencje skierowane na całą rodzinę (family-based treatment - FBT) uznawane jest za najlepszą możliwą metodę leczenia otyłości dziecięcej, który wydaje się przynosić wiele korzyści zarówno w perspektywie krótko- i długoterminowej oceny efektów leczenia⁴⁴. Powyższe potwierdzają również rekomendacje Amerykańskiej Akademii Pediatrii wskazując konieczność inicjowania programów i projektów, które będą podejmowały próbę kompleksowej pomocy całej rodzinie w zmianie stylu życia⁴⁵.

Rekomendacje Światowej Organizacji 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 uczniów i młodzieży, możemy

⁴³ Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. Cochrane Database Syst Rev. 2017;

⁴⁴ Boutelle, K. N., Kang Sim, D. E., Rhee, K. E. Manzano, M., Strong, D. R. (2021). Family based treatment program contributors to child weight loss. International Journal of Obesity.

⁴⁵ <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060641/190440/Executive-Summary-Clinical-Practice-Guideline-for?autologincheck=redirected>

uzyskać zmniejszenie zachorowalności na choroby przewlekłe, inwalidztwa oraz niższą liczbę przedwczesnych zgonów z powodu powikłań otyłości⁴⁶.

Profilaktykę otyłości w populacji uczniów i młodzieży potwierdzają również rekomendacje organizacji i towarzystw naukowych, 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 Otyłości Dziecięcej.

Ogólnodostępne publikacje podkreślają wagę kształtowania właściwych nawyków zarówno żywieniowych, jak i tych związanych z aktywnością fizyczną. Wskazują również, iż niezbędnym elementem postępowania profilaktyki nadwagi i otyłości jest wsparcie psychologiczne mające na celu wzmacnianie motywacji do wspomnianych wyżej zmian⁴⁷.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Planuje się, iż uczestnicy będą przyjmowani do udziału w programie. w latach 2025-2027. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin organizacji wsparcia. Program będzie miał charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym.

Badania przesiewowe, wsparcie specjalistyczne (konsultacje lekarskie, dietetyczne, psychologiczne wsparcie specjalisty aktywności fizycznej), warsztaty oraz wsparcie edukacyjne będą realizowane przez wybranego w drodze konkursu beneficjenta, który będzie odpowiedzialny za wskazanie miejsca i terminów odbywania wsparcia.

⁴⁶ 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,

⁴⁷ 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

Świadczenia w programie będą charakteryzowały się kompleksowością postępowania, a także będą miały charakter zindywidualizowanego podejścia do uczestnika, z uwzględnieniem jego problemu zdrowotnego i możliwych do osiągnięcia efektów interwencji.

Etap przesiewowy oraz etap edukacji kierowany do uczniów realizowany będzie w dni nauki szkolnej, w godzinach planowych zajęć tak, żeby ułatwić im w tych zajęciach udział.

Etap specjalistyczny realizowany będzie w dni robocze, w godzinach popołudniowych – po godzinach nauki dzieci i pracy rodziców/ opiekunów prawnych oraz w soboty.

O kwalifikacji do interwencji specjalistycznej będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie.

Uczestnictwo w programie w żaden sposób nie będzie wpływało na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą informowani o jego źródłach finansowania, zasadach realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniane następujące kryteria:

1. Realizatorami programu (dalej: beneficjentami) mogą być podmiot lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160), które:
 - prowadzą działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub
 - prowadzą działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej;
2. Realizacja programu musi być zgodna z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027;
3. Działania powinny uwzględniać zróżnicowanie terytorialne województwa warmińsko-mazurskiego, w szczególności w zakresie koncentracji problemu ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz stanu usług i potrzeb społecznych i zdrowotnych w tym obszarze, a także w jak najszerszym stopniu na likwidację tzw. białych plam;

4. Świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa (m.in. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej);
5. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
6. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych;
7. Dokumentacja związana z kwalifikacją uczestników do działań edukacyjnych będzie przechowywana w placówce Realizatora z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w programie dla uczestnika może się odbyć przez:

- zakończenie udziału zgodnie z założeniami projektu,
- wycofanie zgody na uczestnictwo w projekcie przez uczestnika,
- odmowę uczestnictwa w procedurach przewidzianych w programie.

Dla większości uczestników biorących udział w programie zakończeniem udziału będzie otrzymanie karty z planem postępowania prozdrowotnego, wraz z wynikiem badania przesiewowego.

Dla osób włączonych do etapu specjalistycznego zakończeniem programu będzie ostatnia, kompleksowa wizyta u lekarza, dietetyka, specjalisty aktywności fizycznej i psychologa, oceniająca efekty rocznej interwencji oraz wskazująca dalsze kierunki postępowania prozdrowotnego. Na koniec spotkania uczestnicy oraz rodzice/ opiekunowie prawni wezmą udział w badaniu ewaluacyjnym: wypełnią ankietę oceniającą satysfakcję z udziału ich oraz ich dziecka w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (I – II kwartał 2024);

- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (II-III kwartał 2024);
- 3) uchwalenie programu przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego (III kwartał 2024);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych (zwanymi dalej: beneficjentami), spełniających warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2024 – I kwartał 2025);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I-II kwartał 2025);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2025-2027);
- 7) ewaluacja (I kwartał 2028);
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2028).

Kampania informacyjna

Informacje o programie zostaną rozpropagowane na terenie całego województwa warmińsko-mazurskiego. Ze względu na efektywność dotarcia do całej populacji docelowej, główny nacisk w kampanii informacyjnej zostanie położony na wykorzystanie placówek szkolnych i ochrony zdrowia, jako miejsca przekazywania podstawowych informacji na temat programu. Szczegółowe informacje zostały opisane w części III.2.

Rekrutacja do programu

Podstawowym kryterium formalnym będzie wyrażenie pisemnej zgody przez rodziców/opiekunów prawnych na udział dziecka w programie. Każdy uczestnik powinien wykazać, że spełnia wymogi grupy docelowej. Szczegóły zostaną dookreślone w regulaminie konkursu ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą FEWiM 2021-20227. Niezbędne będzie również podanie numeru telefonu kontaktowego, w celu umożliwienia kontaktu z uczestnikiem. Wszystkie dokumenty i informacje nt. uczestników będą gromadzone w siedzibie wykonawcy programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Rekrutacja do udziału w badaniach przesiewowych:

Beneficjent będzie zobowiązany do organizacji spotkań z Dyrekcją szkół podstawowych znajdujących się na terenie województwa warmińsko-mazurskiego w celu przekazania szczegółów dotyczących realizacji programu. Każda ze szkół biorących udział w programie otrzyma wszelkie

niezbędne druki zgód i informacje o programie, które będą przekazywane rodzicom/ opiekunom prawnym za pośrednictwem szkoły. Podpisane zgody zgromadzone będą zbierane przez wyznaczonego pracownika szkoły i przekazywane beneficjentowi. W porozumieniu ze szkołą umówione zostaną kompleksowe szkolne badania przesiewowe. Preferowanym miejscem badań powinna być szkoła, w sytuacji w której nie będzie to możliwe opuszczone jest inne miejsce wskazane przez beneficjenta.

Rekrutacja do udziału w etapie specjalistycznym:

Rekrutacja do etapu specjalistycznego opierać się będzie głównie na kwalifikacji w następstwie kompleksowych badań przesiewowych na terenie szkół, bądź innego miejsca wskazanego przez beneficjenta. Dodatkowo dopuszczalne będzie kwalifikacja osób poprzez - samodzielne zgłoszenia rodziców/ opiekunów prawnych.

Poszerzenie metody kwalifikacyjnych pozwoli dotrzeć do dodatkowej grupy osób, którzy z różnych powodów nie trafili do Programu (nieobecność rodzica/ opiekuna prawnego na spotkaniu informacyjnym, nieobecność dziecka w szkole w dniu badania, brak zgody, zawieszona działalność szkół ze względów epidemicznych). Dla tych osób będą przygotowywane dodatkowe terminy badań przesiewowych.

Działania informacyjno-edukacyjne w środowisku szkolnym

Planowane jest przeprowadzenie min. 1 spotkania rocznie (min. 45 min.), w każdej ze szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego, która wyrazi chęć udziału w programie. Kampania informacyjno-edukacyjna dla ogółu dzieci i młodzieży uczęszczających do danej placówki oświatowej. Tematyka wykładów będzie ściśle związana z tematami: zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego stylu życia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, itd. Wykłady będą przeprowadzane przez profesjonalną kadrę dydaktyczną i będą odbywały się na terenie danej szkoły w pomieszczeniu dostosowanym do tego typu spotkań udostępnionych w poszumieniu z Dyrekcją danej Placówki. Dopuszcza się zdalną formę edukacji w sytuacji zagrożenia epidemicznego. Minimalna liczba osób na spotkaniu ok 30 osób.

Badania przesiewowe

Kompleksowe badania przesiewowe w populacji uczniów klas I-III szkół podstawowych, zamieszkałych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego prowadzone będą przez beneficjenta/ów wybranego/ych w drodze ogłoszonego konkursu.

Badania dzieci przeprowadzane będą w systemie rocznym, w miejscu wskazanym przez beneficjenta. Rodzice/opiekunowie prawni wraz z dziećmi, spełniającymi kryteria włączenia do programu, będą zapraszani do uczestnictwa w dalszych etapach.

Po wykonanym kompleksowym badaniu przesiewowym dla każdego uczestnika przygotowana zostanie karta wyników wraz z indywidualnym planem postępowania prozdrowotnego przygotowanym w oparciu o uzyskane wyniki. Karty zostaną przekazane rodzicom/ opiekunom prawnym. Karta zawierać będzie informacje o obszarach zdrowia, gdzie uzyskane wyniki wskazują wartości prawidłowe, zaopatrzone w komentarz edukacyjny oraz informacje o sytuacjach mogących być stanem zagrożenia zdrowia lub życia wraz ze szczegółową instrukcją dalszego postępowania.

Dodatkowe informacje zostały opisane w część III.1, III.3.

Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta i będzie oceniany podczas oceny projektu w trakcie konkursu (dotyczy wszystkich interwencji zaplanowanych w programie).

Wsparcie specjalistyczne

Wsparcie specjalistyczne realizowane będzie jednocześnie z realizowanymi w trybie ciągłym badaniami przesiewowymi i innymi zaplanowanymi działaniami rekrutacyjnymi. Beneficjent na podstawie danych antropometrycznych wytypuje dzieci, które powinny wziąć udział w etapie specjalistycznym i podejmie kontakt z rodzicami/ opiekunami prawnymi w celu przekazania informacji o kwalifikacji i ustaleniu terminu pierwszego spotkania u specjalistów (termin pierwszego spotkania indywidualnego oraz terminy szkoleń grupowych). Spotkanie indywidualne zaplanowane zostanie na ten sam dzień, aby zminimalizować liczbę wizyt. Terminy spotkań grupowych (grupowych sesji terapeutyczno-edukacyjnych/ szkoleń) zostaną dostosowane do możliwości utworzenia grup. Szczegółowy opis część III.3.

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

Beneficjenci zostaną wybrani do realizacji programu w drodze konkursu. Przyjmuje się, iż za wdrażanie programu polityki zdrowotnej na terenie województwa może odpowiadać więcej niż jeden podmiot.

Kwalifikacje personelu odpowiedzialnego za realizację programu:

Koordinator – specjalista z zakresu zdrowia publicznego/ dietetyki/ zarządzania/medycyny, posiadający co najmniej 5-letnie potwierdzone doświadczenie zawodowe w zakresie kierowania projektami;

Pielęgniarka/pielęgniarka szkolna – doświadczenie w wykonywaniu badań cBMI.

Specjalista pediatrii lub lekarz specjalizujący się w dziedzinie pediatrii, lekarz specjalista pediatrii i endokrynologii, lekarz specjalista endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lekarz specjalizujący się w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej;

Dietetyk realizujący konsultacje oraz prowadzący edukację żywieniową podczas warsztatów – co najmniej tytuł licencjata na kierunku dietetyka, posiadający co najmniej 2-letnie potwierdzone doświadczenie zawodowe;

Specjalista aktywności fizycznej – co najmniej tytuł licencjata na kierunku fizjoterapia lub wychowanie fizyczne, posiadający co najmniej 2-letnie potwierdzone doświadczenie zawodowe;

Psycholog – mgr psychologii posiadający min. 2 letnie doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi i młodzieżą oraz doświadczenie w prowadzeniu grup wsparcia;

Asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający doświadczenie z przeprowadzenia interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia oraz posiadający doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

Wyposażenie oraz warunki lokalowe:

W przypadku kompleksowych badań przesiewowych beneficjent zapewni warunki organizacyjne i infrastrukturalne niezbędne dla właściwej realizacji PPZ. Pomieszczenia będą

gwarantowały wykonanie badania z poszanowaniem praw pacjenta, zapewniając mu intymność i komfort. Zespół wykonujący badania przesiewowe wyposażony będzie w sprzęt niezbędny do wykonania badania: wagę z analizatorem składu ciała, wzrostomierz, centymetr krawiecki, ciśnieniomierz, pulsometr oraz komputer z dostępem do opracowanego systemu elektronicznego.

Wymagania dot. wyposażenia i warunków lokalowych w przypadku etapu specjalistycznego:

Gabinet lekarza/pielęgniarki - warunki lokalowe zapewniające intymność w trakcie pomiarów antropometrycznych, a także dostępność do urządzeń odpowiednich do wykonania badań antropometrycznych (analizator składu ciała, stadiometr), ciśnieniomierz;

Gabinet dietetyka - warunki lokalowe zapewniające intymność w trakcie spotkania, dostęp do materiałów edukacyjnych z zakresu zdrowego odżywiania;

Gabinet specjalisty aktywności fizycznej - warunki lokalowe zapewniające intymność oraz bezpieczeństwo podczas prezentacji wykonywania ćwiczeń (min. stoper, pulsometr, mata do ćwiczeń, materac);

Gabinet psychologa - warunki lokalowe zapewniające intymność w trakcie spotkania.

Wymagania dot. wyposażenia i warunków lokalowych w przypadku działań edukacyjnych, pomieszczenie umożliwiające spotkania grupowe, przyjazne, dające poczucie bezpieczeństwa i intymności, adekwatne do zaplanowanych działań np.: sala szkolna wyposażona w sprzęt biurowy, dostęp do usług plastycznych projektowych, dostęp do komputera i rzutnika multimedialnego usług poligraficznych, dostęp do literatury naukowej.

W przypadku warsztatów żywieniowych sala ze stanowiskami do przygotowywania potraw.

W przypadku grupowych spotkań edukacyjno-terapeutycznych sala musi być wyposażona w sprzęt do przekazania treści multimedialnych, miejsce do siedzenia, przestrzeń do ewentualnych zajęć praktycznych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V. 1 Monitorowanie

Beneficjent będzie miał obowiązek prowadzenia monitoringu działań wykonywanych w ramach programu. Odbywać się to będzie poprzez dokonywanie pomiarów zgodnych z miernikami efektywności.

Beneficjent będzie zobowiązany przedkładać Instytucji Zarządzającej FEWiM 2021-2027, sprawozdania roczne odpowiadające pełnemu cyklowi udzielonych interwencji. Musi ono zawierać analizę uzyskanych mierników efektywności. Oprócz tego na zakończenie projektu beneficjent będzie musiał złożyć sprawozdanie końcowe, stanowiące podsumowanie analizy mierników efektywności z całego okresu trwania projektu.

Monitorowanie podlegać będzie na :

Ocenie zgłaszalności do programu. Ocena prowadzona będzie na podstawie sprawozdań beneficjenta w okresach rocznych oraz całościowo po zakończeniu programu określając poziom wskaźników:

1. Liczba osób objętych programem polityki zdrowotnej,
2. Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
3. Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów),
4. Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej,
5. Odsetek osób uczestniczących w programie w stosunku do wszystkich osób kwalifikujących się do programu,
6. Liczba uczestniczących w procesie edukacji.

Ocenie jakości udzielonych świadczeń, które zostaną zweryfikowane na podstawie:

1. Ankiety satysfakcji i oceny efektywności świadczeń,
2. Oceny w oparciu o pisemne uwagi uczestników.

V.2 Ewaluacja

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja Zarządzająca FEWiM.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluacja będzie polegała na monitorowaniu wskaźników:

- Odsetek osób, u których doszło do zmian poziomu BMI o 3 centyle;
- Odsetek rodziców, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych,
- Odsetek dzieci, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych,

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Instytucja Zarządzająca programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 (dalej: FEWiM 2021-2027) – Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego na realizację „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2025-2027” zaplanowała kwotę 2 235 294,12 mln EURO (Dofinansowanie tj. środki UE oraz budżet państwa).

Do oszacowania całkowitej kwoty przeznaczonej na Program wykorzystano przelicznik 1-EURO – 4,324 zł.⁴⁸ co daje kwotę 9 665 411,77 zł . Mając na uwadze różnice w kursach walut oraz warunki wskazane w ogłoszeniu konkursowym, wartości zaplanowanej kwoty na dany Program mogą ulec zmianie i ostatecznie zostaną określone w regulaminie konkursu.

⁴⁸ Kurs z dnia 11.06.2024 r.

https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-pln.en.html

Koszty całkowite przewidziane na realizację programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą FEWiM 2021-2027. Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu.

Poszczególne projekty mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia. Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w dokumentach programowych tj. Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027 oraz Wytyczne dotyczące kwalifikowalności wydatków 2021-2027.

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucja Zarządzająca programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet projektów.

Ponadto z uwagi na długoletnią perspektywę realizacji programu dopuszcza się aktualizację cen jednostkowych poszczególnych interwencji programu.

VI. 1 Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe programu można podzielić na następujące elementy:

- koszt badań przesiewowych;
- koszty wsparcia specjalistycznego;
- koszty działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla ogółu dzieci i młodzieży;
- koszty organizacyjne (koszty pośrednie).

Szacunkowa wycena poszczególnych kosztów:

1. Łączny średni koszt udziału uczestnika w badaniach przesiewowych – 30 zł.
2. Łączny średni koszt udziału uczestnika we wsparciu specjalistycznym – 4000 zł.
 - Szacowany średni koszt konsultacji lekarskiej - 150 zł
(5 spotk. * 150 zł. = 750 zł. uczestnik)
 - Szacowany średni koszt konsultacji dietetycznej – 150 zł.

- (5 spotk. * 150 zł. = 750 zł. uczestnik)
- Szacowany średni koszt konsultacji specjalisty aktywności fizycznej- 150 zł.
(5 spotk. * 150 zł. = 750 zł. uczestnik)
 - Szacowany średni koszt konsultacji psychologicznej – 150 zł.
(5 spotk. * 150 zł. = 750 zł. uczestnik)
 - Szacowany średni koszt warsztatów będących elementem wsparcia specjalistycznego – 100 zł.
(10 spotk * 100 zł. = 1000 zł. uczestnik)
3. Łączny średni koszt przeprowadzenia działań edukacyjnych dla ogółu 400 zł. spotkanie.
(400,00 zł × 270 szkół = 108 000,00 zł)
4. Łączny koszt zarządzania 25* % kosztów bezpośrednich.

Wysokość kosztów pośrednich będzie zależała od uwarunkowań ogłoszonego konkursu. W celu kalkulacji przyjęto, ich najwyższą wartość, jednak gdy regulamin konkursu będzie stanowił inaczej należy dokonać przeliczenia kosztów zarządzania zgodnie z jego zapisami.

Powyższy koszt jest jedynie kalkulacją i stanowi szacunek, który może ulec aktualizacji podczas trwania programu.

Kalkulacja kosztów poszczególnych interwencji:

Całkowity koszt badania przesiewowego w przeliczeniu na uczestnika

Lp.	Nazwa elementu	Pełny panel badań wartość (zł)
1.	Koszt badania przesiewowego (koszty bezpośrednie)	30,00
2.	Koszty pośrednie (do 25% pozycji 1)	7,50
3.	Łączny koszt dla 1 uczestnika programu skierowanych do wsparcia specjalistycznego	37,50

Całkowity koszt wsparcia specjalistycznego w przeliczeniu na uczestnika

Lp.	Nazwa elementu	Pełny panel badań wartość (zł)
1.	Koszt spotkań w ramach wsparcia specjalistycznego (koszty bezpośrednie)	4000,00
2.	Koszty pośrednie (do 25% pozycji 2)	1000,00
3.	Łączny koszt dla 1 uczestnika programu skierowanych do wsparcia specjalistycznego	5000,00

Całkowity koszt przeprowadzenia wsparcia edukacyjnego

Lp.	Nazwa elementu	Pełny panel badań wartość (zł)
1.	Koszt przeprowadzenia działań edukacyjnych	400,00
2.	Koszty pośrednie (do 25% pozycji 2)	100,00
3.	Łączny koszt dla 1 uczestnika programu skierowanych do wsparcia specjalistycznego	500,00

VI.2 Koszty całkowite

Na całkowity budżet programu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne tj.

Koszty bezpośrednich działań realizowanych w programie:

- koszty badań przesiewowych,
- koszty wsparcia specjalistycznego,
- koszty edukacji w społeczności szkolnej,
- koszty organizacyjne (koszty pośrednia).

Po uwzględnieniu powyższych wyliczeń szacuje się, iż całkowity koszt planowanych interwencji w programie szacuje się na:

Lp.	Nazwa elementu	Liczba osób/placówek	Koszt jednostkowy	Pełny koszt (zł)
1.	Edukacja w środowisku szkolnym	270	500,00	135 000,00
2.	Badania przesiewowe	29 744	37,50	1 115 400,00
3.	Wsparcie specjalistyczne	1 683	5000,00	8 415 000,00

4. Łączny koszt programu	9 665 400,00
---------------------------------	---------------------

Koszty zostały skalkulowane na podstawie informacji przekazanych przez podmioty lecznicze realizujące podobne świadczenia oraz w niektórych przypadkach cen wolnorynkowych.

Koszt całkowity realizacji badania będzie zależny od wyceny przedstawionej przez beneficjentów programu biorących udział w procedurze konkursowej, a także od ostatecznej liczebności populacji uczestniczącej. Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.

VI. 3 Źródła finansowania

Program zostanie sfinansowany ze środków w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027, budżetu państwa lub środków województwa warmińsko-mazurskiego.

VII. Bibliografia

1. World Health Organization, Obesity and overweight <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].
2. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022, <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/wytyczne/303525,1-informacje-ogolne-i-epidemiologia>; [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].
3. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością; Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wydanie specjalne maj 2022 r.
4. Imperial College London, <https://www.imperial.ac.uk/news/192776/genetic-factors-influencing-adult-obesity-take/>, [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].
5. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022, <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/wytyczne/303525,1-informacje-ogolne-i-epidemiologia>; [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].
6. WHO: Obesity and overweight., www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight [dostęp: 09.01.2024 r.].
7. Xu S., Xue Y.: Pediatric obesity: causes, symptoms, prevention and treatment. *Exp. Med.*, Nr/wydanie 1, (2016).
8. Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C.: Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1,6 million participants. *Lancet Child Adolesc. Health*, 2020.
9. Brzęk A., Strauss M., Sanchis-Gomar F., Leischik R.: Physical activity, screen time, sedentary and sleeping habits of polish preschoolers during the COVID-19 pandemic and WHO's recommendations: an observational cohort study. *Int. J. Env. Res. Public Health*, 2021.
10. Fatima Y., Doi S.A.R., Mamun A.A.: Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis.
11. Bąk-Sosnowska M.: Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatr. Pol.*, 2017.
12. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022 <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/wytyczne/303525,1-informacje-ogolne-i-epidemiologia>; [dostęp z dnia 09 01.2024 r.].

13. <https://apteline.pl/artykuly/skad-ta-otylosc-przyczyny-otylosci-pierwotnej-i-wtornej>, [dostęp z dnia 09 01.2024 r.].
14. Horesh, A., Tsur, A. M., Bardugo, A., & Twig, G. (2021). Adolescent and Childhood Obesity and Excess Morbidity and Mortality in Young Adulthood-a Systematic Review. *Current obesity reports*, 10(3), 301–310. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00439-9>.
15. Soni A., Siddiqui N.I., Wadhvani R.: relative influence of body mass index and socioeco-nomic class on blood pressure levels and health. *Eur. J. Clin. Exp. Med.*, 2019.
16. Valerio G., Maffei C., Saggese G. i wsp.: Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. *Ital. J. Pediatr.*
17. Zachurzok A., Małecka-Tendera E.: Cardiovascular Complications of Obesity. <https://Ebook.Ecog-Obesity.Eu/Chapter-Clinics-Complications/Cardiovascular-Complications-Obesity/> [dostęp: 10.01.2023 r.].
18. Eslam M., Alkhoury N., Vajro P. i wsp.: Defining paediatric metabolic (dysfunction)-associated fatty liver disease: an international expert consensus statement. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.*, 2021.
19. Brix N., Ernst A., Lauridsen L.L.B. i wsp.: Childhood overweight and obesity and timing of puberty in boys and girls: cohort and sibling-matched analyses. *Int. J. Epidemiol.*, 2020.
20. Marcus C.L., Brooks L.J., Draper K.A. i wsp.: Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*, 2012.
21. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością; Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, wydanie 2017.
22. https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf; Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. [dostęp z dnia 09.01.2024 r.].
23. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością; Otyłość wydanie specjalne 1/2023.
24. <https://nursing.com.pl/artykul/who-ponad-miliard-ludzi-na-calym-swiecie-cierpi-na-otylosc-swiatowy-dzien-otylosci-403-6221f1c641702773a4b42c3c>, [dostęp 11.01.2024 r.].
25. Światowy Atlas otyłości 2023, <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-V5.pdf>; [dostęp 11.01.2024 r.].

26. WHO European Regional Obesity Report 2022; European Regional Obesity Report 2022.
27. Światowy Atlas otyłości 2023, <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-V5.pdf>, [dostęp 11.01.2024 r.].
28. <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>, [dostęp z dnia 11.01.204 r.].
29. Raport Narodowego Funduszu Zdrowia Cukier, otyłość – konsekwencje przedstawiony 21 lutego 2019 r. podczas konferencji Ministra Zdrowia: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnoscicentrali/prezentacja-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje,7296.ht>.
30. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/otylosc-i-nadwaga-u-dzieci-coraz-wiekszy-problem-coraz-mniej-skuteczne-dzialania.html>, [dostęp 11.01.2024 r.].
31. Informacja o wynikach kontroli WDRAŻANIE ZASAD ZDROWEGO ŻYWIENIA W SZKOŁACH PUBLICZNYCH, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14600,vp,17065.pdf>, [dostęp 11.01.2024 r.].
32. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.
33. Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19, Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19, Warszawa 2022.
34. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. (Dz. U. z 2021 r., poz. 69), zał. 14., https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf, [dostęp 16.01.2024 r.].
35. https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_choroby_metaboliczne_warminsko-mazurskie.pdf [dostęp 16.01.2024 r.].
36. OBWIESZCZENIE WOJEWODY WARMIŃSKO – MAZURSKIEGO z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2022-2026 zatwierdzonego przez Ministra właściwego do spraw zdrowia.
37. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, [dostęp z dnia 15.01.2024 r.].
38. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>, [dostęp z dnia 15.01.2024 r.].
39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427);

40. Informacja o wynikach kontroli - Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25237,vp,27987.pdf> [dostęp 11.01.2024 r.]
41. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, wydanie 2022.
42. <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>, [dostęp z dnia 12.02.204 r.].

VIII. Załączniki

Załącznik nr. 1 Świadoma zgoda na udział w programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów I-III klas szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego.

Załącznik nr 2 Ankieta oceny efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów I-III klas szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego.

Załącznik nr 3 Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów I-III klas szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego.

Załącznik nr 1

Karta udziału „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów I-III klas szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego”

Część A

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	/...../.....
Klasa		(dzień/miesiąc/rok)

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

Część B

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

Przyczyna rezygnacji	Podpis rodzica/opiekuna

Załącznik nr 2

Ankieta oceny efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego”.

1. Poprawa sposobu żywienia dziecka 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 dziecka 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 dziecka 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 dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

5. Poprawa radzenia sobie ze stresem u dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

Załącznik nr 3

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów klas I-III szkół podstawowych z terenu województwa warmińsko-mazurskiego”.

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 konsultacji lekarskiej:

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 nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia dziecka?					

III. Ocena konsultacji 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 nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia dziecka?					

IV. Ocena konsultacji psychologicznej:

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 nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani?					

sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia dziecka?					
--	--	--	--	--	--

V. Ocena konsultacji specjalisty od aktywności fizycznej:

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 nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia dziecka?					

VI. Ocena edukacji zdrowotnej/warsztatów:

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

--	--	--	--	--	--

VII. Dodatkowe uwagi/opinie:

--