

**UCHWAŁA NR LVI/807/22
RADY MIASTA KOŁOBRZEG**

z dnia 30 listopada 2022 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej "Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022 - 2024"

Na podstawie art.7 ust.1 pkt 5, art.18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 559, poz. 1005, poz. 1079 i poz. 1561) oraz art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust. 1, ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.) Rada Miasta Kołobrzeg uchwala, co następuje:

§ 1. Załącznik do Uchwały nr LIII/759/2022 Rady Miasta Kołobrzeg z dnia 27 lipca 2022 r. w sprawie przyjęcia program polityki zdrowotnej „Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022 - 2024” otrzymuje brzmienie zgodne z załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Kołobrzeg.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

Bogdan Błaszczyk

„Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022-2024”

Opracowanie: dr Karolina Horodyska

Program polityki zdrowotnej opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r., poz.1285 z późniejszymi zmianami)

Kołobrzeg 2022



K O Ł O B R Z E G
RE:GENERACJA

Spis treści

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej (PPZ) | 4 |
| I.1 | Opis problemu zdrowotnego | 4 |
| I.2 | Dane epidemiologiczne | 6 |
| I.3 | Opis obecnego postępowania | 8 |
| I.4 | Populacja podlegająca JST oraz kwalifikująca się do włączenia do programu | 8 |
| I.5 | Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu | 9 |
| II. | Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji | 11 |
| II.1 | Cel główny | 11 |
| II.2 | Cele szczegółowe | 11 |
| II.3 | Oczekiwane efekty | 12 |
| II.4 | Mierniki efektywności | 12 |
| III. | Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji | 13 |
| III.1 | Oszacowanie populacji, planowanej do włączenia do programu..... | 13 |
| III.2 | Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej | 13 |
| III.3 | Tryb zapraszania uczestników do programu | 14 |
| III.4 | Planowane interwencje..... | 14 |
| III.5 | Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej | 18 |
| III.6 | Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych | 18 |
| III.7 | Spójność merytoryczna i organizacyjna..... | 18 |
| III.8 | Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej..... | 18 |
| IV. | Organizacja programu polityki zdrowotnej | 20 |
| IV.1 | Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów | 20 |
| IV.2 | Harmonogram realizowanych działań..... | 22 |
| IV.3 | Bezpieczeństwo planowanych interwencji | 22 |
| IV.4 | Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych | 23 |
| IV.5 | Działania o charakterze uzupełniającym..... | 25 |
| V. | Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej | 26 |
| V.1 | Monitorowanie | 26 |
| V.2 | Ewaluacja | 26 |
| V.3 | Ocena trwałości efektów programu | 27 |
| V.4 | Dowody skuteczności planowanych działań..... | 28 |

„Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022-2024”

| | | |
|------|---|----|
| VI. | Budżet programu polityki zdrowotnej | 29 |
| VI.1 | Koszty jednostkowe | 29 |
| VI.2 | Koszty całkowite | 29 |
| VI.3 | Źródło finansowania..... | 30 |
| VII. | Bibliografia | 31 |

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

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 alarmującym tempie.¹

Nadwaga i otyłość definiowane są przez WHO jako nieprawidłowe lub nadmierne nagromadzenie tłuszczu, które stanowi zagrożenie dla zdrowia.² Nadwaga określana jest jako „przedotyłość”, czyli nadmiar tłuszczu niespełniający jeszcze kryterium dla otyłości. Natomiast otyłość klasyfikowana jest jako wieloczynnikowa choroba przewlekła bez tendencji do samoistnego ustępowania. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) zdefiniowana jest jako „choroba spowodowana nadmierną podażą energii” (kod ICD-10 E.66).³

W populacji dzieci i młodzieży, nadwaga i otyłość określane są jako nadmiar masy ciała w odniesieniu do wieku, płci i wzrostu oraz diagnozowane są na podstawie wskaźnika BMI, w oparciu o siatki centylowe, które umożliwiają ocenę rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży od urodzenia do 19 roku życia. BMI definiowane jest jako stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Według WHO w populacji dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat nadwaga definiowana jest >85 centyla BMI, natomiast otyłość >97 centyla BMI. Z kolei według National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w przypadku dzieci i młodzieży nadwaga diagnozowana jest w przedziale 90-97 centyla BMI, natomiast otyłość >97 centyla.⁴

Nadmierna masa ciała stanowi szczególnie poważny problem w populacji dzieci. Otyłość w dzieciństwie i następnie w okresie dojrzewania jest podstawą do rozwoju otyłości i związanych z nią chorób cywilizacyjnych w wieku dorosłym, mając wpływ na zdrowie i samopoczucie w ciągu całego życia.⁵ W regionie europejskim nadwaga i otyłość są obecnie czwartym najczęstszym czynnikiem ryzyka wystąpienia innych chorób cywilizacyjnych, w szczególności chorób sercowo-naczyniowych,

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

² Ibidem.

³ 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:

<https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-w-nadwadze-i-otylosci-2017/pl> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

⁴ Ibidem.

⁵ World Health Organization (2016). Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206549> (Dostęp z dnia 4 maja 2022 r.).

cukrzycy typu 2 oraz 13 typów nowotworów. Ponadto, nadmierna masa ciała stanowi wiodący czynnik ryzyka wystąpienia niepełnosprawności, natomiast otyłość wiąże się z większą zachorowalnością oraz śmiertelnością z powodu COVID-19.⁶

W populacji dzieci nadmierna masa ciała stanowi czynnik ryzyka: zaburzeń somatycznych m. in. cukrzycy typu 2 oraz chorób sercowo-naczyniowych;⁷ zaburzeń natury psychologicznej: depresji,⁸ obniżonej samooceny, pogorszenia jakości życia szczególnie w postrzeganiu własnego ciała, swoich kompetencji sportowych i funkcjonowania społecznego⁹ oraz problemów społecznych: m. in. doświadczaniem agresji ze strony rówieśników poprzez prześladowanie w szkole.¹⁰

Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa i złożona. Jednak do podstawowych czynników warunkujących rozwój nadwagi i otyłości w populacji dzieci zalicza się przede wszystkim stosowanie wysokokalorycznej, bogatej w cukry i tłuszcze diety oraz niewystarczający poziom aktywności fizycznej.¹¹ Rolę czynników społecznych i środowiskowych akcentuje ekologiczny model predyktorów nadwagi i otyłości wśród dzieci (Davidson i Birch, 2001). Wskazując, że rozwój nadmiernej masy ciała u dzieci warunkują trzy grupy czynników: (1) charakterystyki dziecka (np. zachowania żywieniowe, zachowania i nawyki związane z aktywnością fizyczną), (2) charakterystyki rodziców i rodziny (np. masa ciała rodziców, ich zachowania i preferencje żywieniowe, nawyki związane aktywnością fizyczną), a także charakterystyki środowiska - w tym szkolnego (np. program zajęć w-f, jadłospisy stołówek szkolnych).¹²

Przedstawione w powyższym modelu założenia są zgodne z zaleceniami kluczowych instytucji formułujących rekomendacje na temat projektowania skutecznych interwencji dla dzieci z nadwagą i otyłością. W tym przypadku działaniami o udokumentowanej skuteczności jest objęcie kompleksową interwencją zarówno dziecka, jak i jego rodziców oraz najbliższego środowiska.¹³

⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

⁷ Ibidem.

⁸ Rao W-W, Zong Q-Q, Zhang J-W, An F-R, Jackson T, Ungvari GS, et al. Obesity increases the risk of depression in children and adolescents: Results from a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020; 267:78–85.

⁹ Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *Int J Pediatr Obes* 2010; 5(4):282–304.

¹⁰ Lumeng JC, Forrest P, Appugliese DP, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH. Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. *Pediatrics* 2010; 125(6):e1301–7.

¹¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

¹² Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev* 2001; 2(3):159–71.

¹³ 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: <https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-w-nadwadze-i-otylosci-2017/pl> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

I.2 Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w populacji dzieci przybrała obecnie formę epidemii. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że w 2016 roku ponad 340 milionów dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat miało nadwagę lub otyłość. Częstość występowania nadwagi i otyłości w tej populacji gwałtownie wzrosła, z zaledwie 4% w 1975 r. do nieco ponad 18% w 2016 r. Podobny wzrost zaobserwowano zarówno wśród chłopców 19% jak i dziewcząt 18%.¹⁴

W Europie, jak wynika z najnowszego raportu WHO pt. „European Regional Obesity Report 2022”, nadwagę lub otyłość ma obecnie prawie co trzecie dziecko w wieku szkolnym (29% chłopców i 27% dziewcząt). Ponadto, to właśnie w tej populacji obserwuje się największy wzrost nadwagi i otyłości w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19 i jej skutków. W związku z obserwowanym stałym wzrostem nadwagi i otyłości, WHO prognozuje, że ani jeden z 53 krajów członkowskich regionu europejskiego, nie jest obecnie na dobrej drodze do osiągnięcia celu, jakim jest zatrzymanie wzrostu otyłości do 2025 r.¹⁵

W Polsce natomiast, na podstawie przeprowadzonych w latach 2007-2009 badań OLAF, oszacowano, że nadwagę lub otyłość ma 16,4% dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat (18,7%, chłopców, 14,3% dziewcząt).¹⁶ W 2016 r. przeprowadzone zostały także międzynarodowe badania WHO *European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*,¹⁷ w których wzięło udział 3408 polskich uczniów klas II i III szkół podstawowych, na terenie 9 województw. Sporządzony został raport pt. „Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych”, z którego wynika, że: (1) według standardów WHO prawie 1/3 polskich 8-latków ma nadwagę lub otyłość; (2) nadmiar masy ciała występuje częściej u chłopców niż dziewcząt; (3) co piąte dziecko w wieku 8 lat charakteryzuje się zbyt dużym obwodem talii; (4) obwód talii 8-latków jest większy u dziewcząt niż u chłopców; (5) obwód bioder w wieku 8 lat przyjmuje zbliżone wartości u obu płci; (6) co piąty 8-latek w Polsce ma podwyższone skurczowe ciśnienie tętnicze krwi; (7) nieprawidłowe, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi występuje częściej u dzieci z nadwagą i otyłością. Z kolei dane NCD Risk Factor Collaboration wskazują, że w 2016 r. w polskiej populacji poniżej 20 roku życia, nadwagę miało aż 31% chłopców i 20% dziewcząt, a otyłość 13% chłopców i 5% dziewcząt.¹⁸ Podsumowując powyższe dane, World Obesity Federation prognozuje, że od 2010 do

¹⁴ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

¹⁵ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

¹⁶ Kułaga Z, Grajda A, Gurzkowska B, Wojtyło M, Gózdź M, Litwin M. The prevalence of overweight and obesity among Polish school- aged children and adolescents. *Przeegl Epidemiol* 2016 70(4), 641–651.

¹⁷ Fijałkowska A, Oblacińska A, Stalmach M. (red.). Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych: Raport z międzynarodowych badań WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2017.

¹⁸ <http://ncdrisc.org/obesity-prevalence-projection-map.html> (Dostęp z dnia 5 maja 2022 r.).

2030 r. otyłość wśród polskich dzieci wzrośnie o 4,5%, określając ten wskaźnik jako bardzo wysoki.¹⁹

W 2015 r. Instytut Żywności i Żywienia opublikował dane wskazujące, że w województwie zachodniopomorskim 23,9% dzieci ma nadwagę lub otyłość. Tym samym, województwo zachodniopomorskie znalazło się na czwartym miejscu wśród województw, w których odnotowany był najwyższy odsetek dzieci z nadmierną masą ciała (po woj. mazowieckim, łódzkim, lubelskim).²⁰ Badania przeprowadzone pięć lat później na populacji 8-10 letnich dzieci zamieszkujących miasto Szczecin na terenie woj. zachodniopomorskiego, również wskazały, że częstość występowania nadwagi i otyłości w tym regionie wynosi 17,6% u dzieci z nadwagą i 8,6% u dzieci otyłych (Ratajczak i Petriczko, 2020).²¹ Ponadto dane Map Potrzeb Zdrowotnych wskazują, że w 2016 roku w woj. zachodniopomorskim w populacji dzieci odnotowano 0,30 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako otyłość, co stanowiło 34,86% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy chorób metabolicznych. Jak podano w raporcie, liczba hospitalizacji nie odzwierciedla rzeczywistej epidemiologii otyłości u dzieci, gdyż większość pacjentów z tymi schorzeniami jest leczona w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.²²

Szczególnie wysoki odsetek 9-10 letnich dzieci z nadwagą i otyłością ok. 34,3% raportowany jest w Gminie Miasto Kołobrzeg. Dane te zostały oszacowane na podstawie realizowanego w latach 2017-2021 Programu Współpracy Interreg V A Meklemburgia-Pomorze Przednie / Brandenburgia / Polska pt. „Zdrowe dzieci w zdrowych gminach (ZDZG)”. Program miał na celu wdrożenie transgranicznego programu edukacyjnego, wspomagającego zdrowy styl życia dzieci na terenie 4 gmin woj. zachodniopomorskiego. W ramach ostatniej edycji przeprowadzanych badań pomiarowych, zaraportowano wzrost odsetka dzieci z nadwagą. Zbyt wysoki wskaźnik BMI oszacowano u ponad jednej trzeciej dziewcząt (35,7%) oraz u co trzeciego chłopca (32.1%), rekomendując tym samym, że populacja dzieci w wieku wczesnoszkolnym to grupa potrzebująca szczególnego wsparcia w obszarze redukcji wagi.²³

¹⁹ https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World_Obesity_Atlas_2022_WEB.pdf (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

²⁰ <https://www.portalsamorzadowy.pl/polityka-i-spolnoczenstwo/mapa-otylosci-polskich-dzieci-gdzie-jest-najgorzej,70480.html> (Dostęp z dnia 5 maja 2022 r.).

²¹ Ratajczak J, Petriczko E. The Predictors of Obesity among Urban Girls and Boys Aged 8-10 Years-A Cross-Sectional Study in North-Western Poland. *J Environ Res Public Health* 2020;11;17(18).

²² <https://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-zachodniopomorskie/#> (Dostęp z dnia 5 maja 2022 r.).

²³ Kuban J, Becker S, Zimmer A, Henning L, Dreiskämper D. (2021). 3. Raport okresowy Gmina Miasto Kołobrzeg.

I.3 Opis obecnego postępowania

W Gminie Miasto Kołobrzeg (JST) nie jest obecnie realizowany żaden program polityki zdrowotnej (PPZ, program) mający na celu profilaktykę nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych. Do 2021 roku na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg realizowany był program o podobnej tematyce, pt. „Zdrowe dzieci w zdrowych gminach (ZDZG). Program współpracy Interreg V A Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg / Polska” (na lata 2017 – 2021). W ramach programu rozbudowano infrastrukturę szkół podstawowych, m. in. utworzono i wyposażono pracownie dietetyczne oraz zakupiono sprzęty sportowe, umożliwiając tym samym realizację kolejnych działań, mających na celu profilaktykę nadwagi i otyłości wśród dzieci, bezpośrednio na terenie szkół podstawowych.

Wśród PPZ realizowanych aktualnie przez inne samorządy, a mających na celu profilaktykę nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym można wymienić:

- PPZ pt. „Powiatowy program przeciwdziałania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szkół podstawowych w Powiecie Polickim” (na rok 2022);
- PPZ pt. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2021-2025”;
- PPZ pt. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Mielno na lata 2022-2026”.

I.4 Populacja podlegająca JST oraz kwalifikująca się do włączenia do programu

Zgodnie z danymi pozyskanymi z Urzędu Miasta Kołobrzeg Wydział Edukacji Kultury i Sportu w roku szkolnym 2021/2022, na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg uczęszcza do szkół podstawowych 863 dzieci (roczniki: 2013 – 474 dzieci; 2014 – 389 dzieci).

Biorąc pod uwagę przedstawione dane epidemiologiczne szacuje się, że do etapu interwencji specjalistycznej (interwencja przeznaczona dla dzieci, u których podczas badań antropometrycznych zdiagnozowana zostanie nadwaga lub otyłość), zostanie włączonych ok. 30% dzieci (rocznik 2013 – 142 dzieci, rocznik 2014 – 117 dzieci).

Na podstawie doświadczenia z realizacji poprzedniego programu pt. „Zdrowe dzieci w zdrowych gminach (ZDZG). Program współpracy Interreg V A Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg / Polska” (na 2017 – 2021), szacowane jest uczestnictwo dzieci w programie na poziomie nieco powyżej 50% (rocznik 2013 – ok 71; rocznik 2014 – 59 dzieci). Jednak biorąc pod uwagę fakt, że program realizowany jest po raz pierwszy i będzie programem o charakterze pilotażowym,

finansowanie udziału w pełnej interwencji specjalistycznej zagwarantowane zostanie dla 50 dzieci z rocznika 2013 oraz 50 dzieci z rocznika 2014. W przypadku zidentyfikowania większej liczby dzieci z nadmierną masą ciała, kryterium włączenia do interwencji specjalistycznej będzie wysokość wskaźnika BMI określonego podczas badań antropometrycznych.

I.5 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Biorąc pod uwagę, że w 2022 roku, w porównaniu z czasem przed pandemią, wskaźniki wzrostu BMI prawie się podwoiły, a najbardziej wzrosły wśród dzieci w wieku 6-11 lat,²⁴ wdrażanie multikomponentowych interwencji profilaktyki nadwagi i otyłości, zwłaszcza w tej populacji jest obecnie szczególnie ważne i potrzebne. Na co wskazują również wyniki i rekomendacje realizowanego wcześniej na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg programu pt. „Zdrowe dzieci w zdrowych gminach (ZDZG)”.

Otyłość u dzieci warunkowana jest przez wiele czynników: przede wszystkim jest to stosowana dieta oraz poziom aktywności fizycznej. W związku z tym, że w grupie dzieci w wieku wczesnoszkolnym, to rodzice decydują o sposobie odżywiania dziecka oraz ilości czasu poświęconego na jego aktywność fizyczną w czasie wolnym, interwencje ukierunkowane na zmianę tych zachowań powinny swoim działaniem obejmować również rodziców. Zgodnie bieżącym zaleceniem WHO, najbardziej rekomendowaną praktyką w przypadku interwencji ukierunkowanych na redukcję masy ciała dzieci jest projektowanie wielopoziomowych oddziaływań obejmujących: dziecko, jego rodziców, a także pośrednio środowisko szkolne.²⁵

Otyłość w konsekwencji może prowadzić do wzrostu składek na ubezpieczenia – w szczególności na ubezpieczenia zdrowotne, a także zwiększenia liczby świadczeń rentowych z powodu orzeczonych niepełnosprawności. Szacuje się, że w najbliższych 30 latach choroby wywołane otyłością mogą być jedną z przyczyn straty 4,1% PKB Polski (po 0,14% PKB rocznie).²⁶ Biorąc pod uwagę rosnące koszty opieki zdrowotnej związanej z konsekwencjami nadwagi i otyłości, projektowanie i realizacja interwencji mających na celu redukcję występowania nadmiernej masy ciała, jest obecnie jednym z działań priorytetowych zarówno dla polityków jak i społeczności lokalnych.

Realizacja programu umożliwi zwiększenie skuteczności zapobiegania nadwadze i otyłości, a także ich powikłaniom zdrowotnym, w populacji dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg.

²⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

²⁵ Ibidem.

²⁶ Raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Report Health at a Glance 2019.

Zakres przedstawionego programu jest zgodny z:

- **Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2026.**²⁷ Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości; Zadania służące realizacji celu: zadanie 2. Kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie; zadanie 3. Promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży; zadanie 8. Szkolenia w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy PIS).
- **Priorytetami dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla województwa zachodniopomorskiego.**²⁸ Priorytet 3. Przeciwdziałanie występowaniu otyłości – 2 obszary interwencji; 3.1. Zmniejszenie odsetka otyłych dzieci – profilaktyka otyłości oraz diagnostyka i leczenie w grupie dzieci.

²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2026 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁸ Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 1 stycznia 2019 r. – 31 grudnia 2021 r. Szczecin, 31 sierpnia 2018 r.: <https://www.szczecin.uw.gov.pl/bip/?type=article&action=view&id=6575> (Dostęp z dnia 5 maja 2022 r.).

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie stopnia występowania nadwagi i otyłości (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu – wśród około 30% uczniów objętych interwencją specjalistyczną, uczęszczających do klas III szkół podstawowych na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg w latach 2022-2024.

Uzasadnienie dla podanej wartości docelowej oraz przyjętego poziomu redukcji BMI w wybranej populacji docelowej:

- 1) Do 2021 roku, na terenie Gminy realizowane było działanie o podobnej tematyce, pt. „Zdrowe dzieci w zdrowych gminach (ZDZG). Program współpracy Interreg V A Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg / Polska”. Otrzymane wyniki wskazują, że pomimo zrealizowanych działań programowych, odsetek uczestniczących w nim dzieci mających nadwagę i otyłość wciąż utrzymywał tendencję wzrostową.
- 2) W populacji dzieci obserwuje się największy wzrost nadwagi i otyłości w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19 i jej skutków. WHO wskazuje, że żaden z krajów członkowskich nie jest obecnie na dobrej drodze do osiągnięcia celu, jakim jest zatrzymanie wzrostu otyłości do 2025 roku.²⁹

Z powyższych danych wynika, że w obecnych czasach zatrzymanie rozwoju nadwagi i otyłości w populacji dzieci stanowi ogromne wyzwanie. Uzyskanie przedstawionych efektów (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu u ok. 30% dzieci objętych interwencją specjalistyczną, ocenione zostanie jako działanie zakończone sukcesem.

II.2 Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie o ok. 30% częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu zdrowej diety (m.in. codziennego jedzenia odpowiednich śniadań, regularnego spożywania 5 posiłków dziennie, zwiększenia spożywania owoców i warzyw), wśród dzieci objętych interwencją specjalistyczną (w efekcie odbytych konsultacji z 4 ekspertami), i ich rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2022 – 2024.

²⁹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

- 2) Zwiększenie o ok. 30% częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej (m.in. spędzania codziennie minimum 60 minut na aktywności fizycznej o umiarkowanej lub wysokiej intensywności), wśród dzieci objętych interwencją specjalistyczną (w efekcie odbytych konsultacji z 4 ekspertami), i ich rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2022 – 2024.
- 3) Zwiększenie o ok. 30% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości (zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach) u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2022 – 2024.

II.3 Oczekiwane efekty

- 1) Zmniejszenie wskaźników występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci biorących udział w interwencji specjalistycznej.
- 2) Zmiana częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu zdrowej diety i aktywności fizycznej u dzieci biorących udział w interwencji specjalistycznej oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.
- 3) Zmiana poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości (zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach) u wszystkich dzieci objętych programem oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.

II.4 Mierniki efektywności

- 1) BMI skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów, 3 pomiary: po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu. [Weryfikacja celu głównego].
- 2) Liczba rodzin, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze: zdrowej diety i aktywności fizycznej (w post-teście wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem). [Weryfikacja celu szczegółowego 1 i 2].
- 3) Liczba dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości (zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach), (w post-teście wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem). [Weryfikacja celu szczegółowego 3].

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

III.1 Oszacowanie populacji, planowanej do włączenia do programu

Program jest skierowany do grupy 863 dzieci wraz z obojgiem rodziców/opiekunów prawnych w liczbie ok. 1 726 osób.

Do wstępnych badań antropometrycznych (o charakterze przesiewowym) zaproszone zostaną wszystkie dzieci objęte programem. W ramach akcji edukacyjnej planuje się objąć programem zarówno dzieci jak i ok. 1 726 rodziców/opiekunów prawnych. Do drugiego etapu programu: interwencji specjalistycznej, planuje się włączyć tylko dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością: rocznik 2013 – ok. 142 dzieci, rocznik 2014 – ok. 117 dzieci. Przy uwzględnieniu realnego uczestnictwa, na poziomie nieco powyżej 50% oraz biorąc pod wagę fakt, że program realizowany jest po raz pierwszy i będzie programem o charakterze pilotażowym, finansowanie udziału w pełnej interwencji specjalistycznej zagwarantowane zostanie dla 50 dzieci z rocznika 2013 oraz 50 dzieci z rocznika 2014.

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

Program skierowany jest do dzieci uczęszczających do klas III, szkół podstawowych, których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Kołobrzeg oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.

Kryteria włączenia do programu

- Uczęszczanie dziecka do klasy III szkoły podstawowej, których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Kołobrzeg;
- Wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na: (1) udział dziecka w programie, (2) wykonanie pomiarów antropometrycznych (waga, wzrost) oraz wyliczenie BMI bez udziału opiekuna prawnego.

Kryteria włączenia do interwencji specjalistycznej

- Miejsce zamieszkania dziecka na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg;³⁰
- W wyniku badań antropometrycznych zidentyfikowana u dziecka zostanie nadwaga (90-97 centyl) lub otyłość (>97 centyla).

Kryterium wyłączenia z programu

- Wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

³⁰ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r., poz. 713 z późniejszymi zmianami), art 7.

III.3 Tryb zapraszania uczestników do programu

- Informacja w Urzędzie Gminy Miasto Kołobrzeg (komunikaty na stronie internetowej, plakaty na tablicy ogłoszeń).
- Informacja w podmiocie leczniczym realizującym program (komunikaty na stronie internetowej, plakaty na tablicy ogłoszeń).
- Informacja w szkołach podstawowych (plakaty na tablicy ogłoszeń, komunikaty na stronie internetowej, atrakcyjne graficznie ulotki dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych).
- Zaproszenia skierowane do rodziców/opiekunów prawnych:
 - przekazywane ustnie przez wychowawców klas szkolnych podczas zebrań dla rodziców;
 - przekazywane w formie papierowej informacji o programie wraz 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.
- Informacja na stronie internetowej stworzonej w celu wsparcia realizacji celów programu.
- Informacja umieszczona w mediach społecznościowych (np. konta na Facebooku promujące Miasto Kołobrzeg) oraz w przestrzeni miejskiej (plakaty na tablicach ogłoszeniowych oraz miejscach wyznaczonych do umieszczania ogłoszeń).

III.4 Planowane interwencje

- Badania antropometryczne [kod ICD-9: 89.039]; dla populacji dzieci klas III. Pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI), mają 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. Badania zostaną przeprowadzone przez personel medyczny w placówce leczniczej, wybranej w drodze konkursu lub w gabinecie profilaktyki zdrowotnej na terenie placówki oświatowej.
- Interwencja specjalistyczna dla dzieci z nadwagą lub otyłością - Konsultacje z 4 specjalistami
Zrealizowanych zostanie 26h³¹ indywidualnych konsultacji z interdyscyplinarnym zespołem

³¹Ilość zaplanowanych godzin interwencji zgodnie z rekomendacjami: American Psychological Association, Clinical Practice Guideline Panel. (2018): <http://www.apa.org/obesity-guideline/obesity.pdf> (Dostęp z dnia 14 maja 2022 r.).

ekspertów specjalizujących się w leczeniu nadwagi i otyłości. Celem kompleksowej interwencji jest dobór odpowiednich strategii oraz opracowanie indywidualnego planu zmiany dla każdego dziecka z problemem nadwagi lub otyłości. Interwencja będzie miała charakter diadyczny – oznacza to, że oddziaływania będą 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.³²

- 1) Konsultacje z lekarzem [kod ICD-9: 89.02]³³; (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny, 4 x 45 min). Pierwsza konsultacja po badaniu antropometrycznym, kolejna konsultacja kontrolna po 3, 5, 8 miesiącach od pierwszej wizyty.

Celem pierwszej konsultacji lekarskiej jest m. in.:

- przeprowadzenie pogłębionego wywiadu medycznego w kierunku oceny ryzyka wystąpienia chorób metabolicznych u dziecka;
- omówienie wyników badań antropometrycznych oraz ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka;
- przedstawienie rekomendacji medycznych dot. dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji jest monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem problemu nadwagi lub otyłości oraz ich konsekwencji zdrowotnych.

- 2) Konsultacja z dietetykiem [kod ICD-9: 89.011; 89.031]; (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny: 8 x 60 min.). Pierwsza konsultacja po badaniu antropometrycznym, kolejna konsultacja kontrolna po 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 miesiącu od pierwszej wizyty.

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 słodczy, regularności spożywania warzyw i owoców, wielkości spożywanych porcji jedzenia);
- przeprowadzenie pomiaru masy ciała;
- opracowanie przykładowego jadłospisu dla dziecka;
- ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kontem odżywienia;
- przedstawienie rekomendacji dietetycznych dot. dalszego postępowania.

Celem każdej kolejnej konsultacji jest: (1) przeprowadzenie pomiaru masy ciała; (2) edukacja w

³² Horodyska K, Luszczyńska A, van den Berg M, Hendriksen M, Roos G, De Bourdeaudhuij I, Brug J. Good practice characteristics of diet and physical activity interventions and policies: an umbrella review. BMC Public Health 2015 21;15:19.

³³ Słownik ICD-9_pl_w_5.60.

obszarze zasad zdrowego odżywiania; (3) modyfikacja jadłospisu – w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka oraz analiza dzienniczka żywieniowego; (4) monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością.

- 3) Konsultacja z fizjoterapeutą [kod ICD-9: 93.01, 93.824]; (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny: 6 x 60 min.). Pierwsza konsultacja po badaniu antropometrycznym, kolejna konsultacja kontrolna po 1, 2, 3, 5, 8 miesiącu od pierwszej wizyty.

Celem pierwszej konsultacji fizjoterapeutycznej jest m. in.:

- przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w kierunku oceny ryzyka wystąpienia wad postawy oraz chorób kostno-stawowych u dziecka;
- 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: (1) edukacja w obszarze zaleceń i poprawności wykonywania rekomendowanych ćwiczeń; (2) modyfikacja zestawu ćwiczeń i zaleceń – w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka; (3) monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi i otyłości.

- 4) Konsultacja z psychologiem specjalizującym się w psychodietetyce [kod ICD-9: 94.09, 93.86]; (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny: 8 x 60 min.). Pierwsza konsultacja po badaniu antropometrycznym, kolejna konsultacja kontrolna po 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 miesiącu od pierwszej wizyty.

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 jest: (1) praca nad zmianą zachowań, wykorzystując metody behawioralne (np. ustanawianie celów, praca nad samokontrolą, trening uważności); (2) modyfikacja oddziaływań psychologicznych wspierających zmianę – w celu najlepszego dostosowania ich do preferencji dziecka; (3) monitoring stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością.

Konsultacje realizowane będą w placówce leczniczej, wybranej w drodze konkursu na wyłonienie realizatora PPZ.

- Akcja edukacyjna (dla wszystkich uczestników programu) [kod ICD-9: 89.01]
 - 1) 8h zajęć warsztatowych dla wszystkich dzieci biorących udział w programie (4 spotkania, po 2 x 45 min. każde, co ok. 2 miesiące). Cel warsztatów: przekazanie wiedzy oraz praktycznych umiejętności na temat zdrowego stylu życia; budowania zdrowych nawyków w obszarze diety i aktywności fizycznej; (dopuszcza się także możliwość zrealizowania tematyki z zakresu profilaktyki przemocy i stygmatyzacji dzieci z nadwagą). Przykładowo, w ramach warsztatów dzieci nauczą się jak przygotować zdrowe śniadanie, jak poprzez zabawę być bardziej aktywnym fizycznie. Zajęcia te będą realizowane na terenie szkoły, podczas godziny wychowawczej lub dodatkowo po zajęciach lekcyjnych, przez specjalistów zajmujących się promocją zdrowia.
 - 2) 6h wykładów szkoleniowych dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci (zapraszając również środowisko szkolne: nauczycieli oraz innych pracowników), (3 spotkania po 90 min każde, co ok. 3 miesiące). Cel wykładów: przekazanie wiedzy na temat zdrowego stylu życia oraz budowania zdrowych nawyków w obszarze diety i aktywności fizycznej, (dopuszcza się także możliwość zrealizowania tematyki z zakresu profilaktyki przemocy i stygmatyzacji dzieci z nadwagą i otyłością). Tematyka wykładów dotyczyć będzie uwarunkowań nadwagi i otyłości oraz sposobów jej zapobiegania; budowania dobrych wzorców w obszarze zdrowego odżywiania i prowadzenia aktywnego stylu życia; utrzymania zdrowych nawyków i prawidłowej masy ciała. Zajęcia te realizowane będą na terenie szkoły, forma wykładowo-szkoleniowa + prezentacja multimedialna, przez specjalistów zajmujących się promocją zdrowia. Dopuszczalna jest również realizacja wykładów w formie zdalnej (za pomocą platformy umożliwiającej kontakt rodziców z prowadzącym).
- Materiały edukacyjne dla uczestników (dzieci, rodziców, środowiska szkolnego): opracowania tematyczne, materiały poligraficzne. Wszystkie materiały programowe zostaną dostosowane do uczestników pod względem przedstawionego zakresu tematycznego, treści i formy wizualnej.
- Działania informacyjne za pośrednictwem: (1) strony internetowej programu; (2) strony internetowej Gminy Miasto Kołobrzeg oraz realizatora; (3) ulotek i plakatów w szkołach

podstawowych, Urzędzie Miasta Kołobrzeg, wybranym podmiocie leczniczym.

III.5 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Badania antropometryczne oraz konsultacje lekarskie, dietetyczne, fizjoterapeutyczne oraz psychologiczne będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Przeprowadzona akcja edukacyjna obejmie wykłady i warsztaty z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej w odniesieniu do prewencji nadwagi i otyłości w populacji dzieci, (dopuszcza się także możliwość zrealizowania tematyki z zakresu profilaktyki przemocy i stygmatyzacji dzieci z nadwagą i otyłością). Działania te zostaną zrealizowane na terenie szkół. O kwalifikacji do interwencji specjalistycznej będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie. Informacja o terminach konsultacji z 4 ekspertami zostanie przekazana rodzicom/opiekunom prawnym podczas akcji informacyjnej.

III.6 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

W ramach realizowanych obecnie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości u dzieci, a świadczenia z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej nie są odrębnie finansowane.

III.7 Spójność merytoryczna i organizacyjna

Zgodnie z posiadaną wiedzą autorki, projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowanymi przez Ministrów oraz NFZ.

III.8 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

- Zakończenie interwencji specjalistycznej. Podczas ostatniej konsultacji u każdego z 4 specjalistów, dzieci i rodzicie/opiekuni prawni otrzymają: (1) informację podsumowującą udział w interwencji; (2) materiały edukacyjne: rekomendacje nt. profilaktyki nadwagi i otyłości, rekomendacje nt. dalszego postępowania w celu utrzymania efektu obniżonej nadmiernej masy ciała dziecka oraz zdrowych nawyków w obszarze żywienia i aktywności fizycznej; (3) indywidualny plan utrzymania wyżej opisanych zmian.
- Zakończenie akcji edukacyjnej. Wydarzenie podsumowujące w każdej szkole uczestniczącej w programie, mające na celu podsumowanie zrealizowanych działań, uzyskanych efektów oraz

promocję zdrowego stylu życia (podczas wydarzenia zapewnione będą zdrowe przekąski, atrakcyjne aktywności sportowe dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych).

- Zakończenie programu. Po opracowaniu wyników ewaluacyjnych przygotowany zostanie krótki raport - sprawozdanie merytoryczne ze zrealizowanych działań dla uczestników programu. Raport zostanie przesłany do dyrekcji szkół oraz Urzędu Miasta Kołobrzeg.
- Monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich dzieci, które brały udział w interwencji specjalistycznej programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po roku od zakończenia programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1) Organizacja i przygotowanie programu

- Opracowanie projektu programu.
- Uzyskanie opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).
- Uchwalenie programu przez Radę Miasta Kołobrzeg (po pozytywnej opinii AOTMiT).
- Opracowanie oraz przeprowadzenie procedury konkursowej mającej na celu wyłonienie podmiotu realizującego program.
- Przygotowanie oraz podpisanie umów na realizację programu.

2) Realizacja działań w ramach programu

- Akcja informacyjna: np. strona internetowa, plakaty, ulotki.
- Rekrutacja uczestników: głównie poprzez działania na terenie szkół (informacja o programie przekazana dyrektorom szkół, wychowawcom klas szkolnych, rodzicom).
- Przed rozpoczęciem realizacji programu rodzice otrzymają pełną informację na temat programu oraz otrzymają dokumenty do uzupełnienia i podpisania: (1) zgodę na udział dziecka w programie; (2) zgodę na wykonanie pomiarów antropometrycznych (waga, wzrost) oraz wyliczenie BMI bez udziału opiekuna prawnego; (3) kartę wywiadu zdrowotnego (zestaw informacji na temat stanu zdrowia dziecka z zakresu: występujących chorób, przyjmowanych leków i suplementów, wzorców żywieniowych, poziomu aktywności fizycznej, aktualnej kondycji psychicznej, długości snu).
- Akcja edukacyjna (dla wszystkich uczestników programu)

Cykl wykładów 6h (3 spotkania po 90 min.) i warsztatów 8h (4 spotkania, po 2 x 45 min.) tematycznych z zakresu: uwarunkowań i profilaktyki nadwagi i otyłości; zasad zdrowego stylu życia i budowania zdrowych nawyków; psychologicznych aspektów zmiany zachowań zdrowotnych; (dopuszcza się także omówienie: profilaktyki przemocy i stygmatyzacji dzieci z nadwagą i otyłością). Celem akcji edukacyjnej jest również podkreślenie roli rodziców/opiekunów prawnych w kształtowaniu zachowań zdrowotnych dzieci. W ramach akcji edukacyjnej wszyscy uczestnicy programu otrzymają opracowane materiały edukacyjne podsumowujące omawiane na wykładach i warsztatach zagadnienia.

- Badania antropometryczne (dla wszystkich dzieci uczestniczących w programie)

- Badania antropometryczne prowadzone będą w placówce leczniczej wybranego w ramach konkursu realizatora lub w gabinecie profilaktyki zdrowotnej na terenie placówki oświatowej. Badania będą stanowiły podstawę do określenia dalszego sposobu postępowania wobec dzieci uczestniczących w programie. Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie wyliczonego

wskaźnika BMI, w oparciu o siatki centylowe w odniesieniu do płci i wieku dziecka. Dzieci ze zidentyfikowaną nadwagą (90-97 centyl) lub otyłością (> 97 centyla) kierowane będą do drugiego etapu interwencji. Po badaniach, wszyscy rodzice otrzymają informację zwrotną z oceną badanych parametrów u dziecka.

- Interwencja specjalistyczna (dla dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą/otyłością)

26h konsultacji z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów: lekarzem, dietetykiem, fizjoterapeutą oraz psychologiem specjalizującym się w psychodietetyce. Zespół ekspertów wspólnie opracuje postępowanie interwencyjne dla każdego dziecka, w tym indywidualny plan zmiany (na początku konsultacji) oraz plan utrzymania zamian (na zakończenie konsultacji). Poniżej zestawienie planowanych konsultacji.

- Konsultacja z lekarzem (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny: 4 x 45 min.);
 - Konsultacja z dietetykiem (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny 8 x 60 min.);
 - Konsultacja z fizjoterapeutą (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny 6 x 60 min.);
 - Konsultacja z psychologiem specjalizującym się w psychodietetyce (spotkanie dziecko + rodzic/opiekun prawny 8 x 60 min.).
- Pomiary antropometryczne – w celu monitorowania wskaźnika BMI, cała populacja dzieci objęta interwencją specjalistyczną, pomiary podczas każdej konsultacji z dietetykiem.
 - Dwukrotne pomiary antropometryczne – w celu monitorowania wskaźników BMI, cała populacja dzieci objęta interwencją specjalistyczną, 6 miesięcy po zakończeniu programu i 1 rok po zakończeniu, wykonywane przez personel medyczny w placówce leczniczej.
 - Ewaluacja wyników programu – za pomocą ankiety ewaluacyjnej oceniane będą efekty działań zrealizowanych w ramach programu na podstawie wskazanych mierników efektywności: (1) BMI (w postaci centylów) u dzieci, 3 pomiary: po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu; (2) liczba rodzin, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze: zdrowej diety i aktywności fizycznej; (3) liczba dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów (pre-test, post-test) wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości.
 - Monitoring programu – za pomocą ankiety ewaluacyjnej przeprowadzona zostanie: (1) ocena wskaźników uczestnictwa w programie; (2) ocena jakości świadczeń realizowanych w ramach programu
 - Przygotowanie raportu – opracowanie raportu okresowego (po roku) oraz raportu końcowego (po 2 latach) na temat działań zrealizowanych w ramach programu.

IV.2 Harmonogram realizowanych działań

Tabela 1. Harmonogram realizowanych działań w ramach programu w latach 2022-2023

| Rok | 2022 | | | | | | | | | | | | 2023 | | | | | | | | | | | | 2024 | | | | | | | | | | | |
|---|------------|---|---|-------------|---|---|------------|----|----|-----------|---|---|------------|---|---|-------------|---|---|-----------|----|----|------------|---|---|-------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | Kwartał II | | | Kwartał III | | | Kwartał IV | | | Kwartał I | | | Kwartał II | | | Kwartał III | | | Kwartał I | | | Kwartał II | | | Kwartał III | | | | | | | | | | | |
| | Miesiąc | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | |
| Etap 1. Organizacja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opracowanie projektu programu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzyskanie opinii Prezesa AOTMiT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uchwalenie programu przez Radę Miasta Kołobrzeg (po pozytywnej opinii AOTMiT) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opracowanie oraz przeprowadzenie procedury konkursowej celem wyłonienia podmiotu realizującego program | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przygotowanie oraz podpisanie umów na realizację programu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etap 2. Realizacja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Akcja informacyjna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rekrutacja uczestników | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Akcja edukacyjna (wszyscy uczestnicy programu) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Badania antropometryczne (wszystkie dzieci objęte programem) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Interwencja specjalistyczna Konsultacje z 4 specjalistami (dzieci z nadwagą lub otyłością) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etap 3. Monitoring i ewaluacja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena wskaźników uczestnictwa w programie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analiza efektywności programu (na podstawie analizy mierników efektywności) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dwukrotne pomiary antropometryczne po zakończeniu programu (po 6 m-cach i po roku od zakończenia programu)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etap 4. Przygotowanie raportu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*Dla dzieci objętych interwencją specjalistyczną w roku 2023/2024 – zagwarantowane zostaną dwukrotne pomiary antropometryczne po zakończeniu programu (IV kwartał 2024 r. i II kwartał 2025 r.).

IV.3 Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel zgodnie z aktualnymi wytycznymi na temat zasad zdrowego żywienia i standardów prawidłowej redukcji nadmiernej masy ciała. W trakcie trwania programu dzieci będą miały zapewnione warunki komfortu psychicznego.

IV.4 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordinator – Gmina Miasto Kołobrzeg we współpracy ze specjalistą w obszarze projektowania programów promocji zdrowia, spełniającym kryteria: wykształcenie kierunkowe wyższe magisterskie związane z zakresem tematycznym programu (tj. psychologią, dietetyką lub medycyną); wykształcenie dodatkowe (w postaci np. studiów podyplomowych); co najmniej 3-letnie udokumentowane doświadczenie zawodowe z zakresu koordynacji oraz realizacji (projektowania, implementacji, ewaluacji) interwencji w obszarze zmiany zachowań zdrowotnych dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych.

Realizator – podmiot leczniczy, który został zarejestrowany w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzoną przez Wojewodę.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ogłoszonego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.³⁴

- Lekarz – do realizacji 4 konsultacji medycznych, spełniający kryteria: doświadczenie w zakresie realizacji interwencji profilaktyki nadwagi i otyłości oraz:
 - lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub chorób płuc dzieci, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej, lub neonatologii, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub pediatrii metabolicznej lub
 - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii lub chorób płuc dzieci, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej, lub neonatologii, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub pediatrii metabolicznej, lub
 - lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii
 - alternatywnie certyfikat Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością lub równoważny w tej kategorii.
- Dietetyk – do realizacji 8 konsultacji dietetycznych, posiadane kwalifikacje, o których mowa w pozycjach 51-55 Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r., w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami; doświadczenie w zakresie realizacji

³⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz.1285 z późniejszymi zmianami), art. 48b.

interwencji profilaktyki nadwagi i otyłości.

- Fizjoterapeuta – do realizacji 6 konsultacji w fizjoterapeutycznych, spełnione kryteria określone w art. 13 ustawy z dnia 25 września 2015 r., o zawodzie fizjoterapeuty oraz posiadane kwalifikacje poziomu rozszerzonego lub poziomu specjalistycznego, o których mowa w § 2 pkt 2 i pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r., w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty; doświadczenie w zakresie realizacji interwencji profilaktyki nadwagi i otyłości.
- Psycholog – do realizacji 8 konsultacji psychologicznych, spełniający kryteria: których mowa w art. 7 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r., o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów; ukończone studia podyplomowe na kierunku Psychodietetyka; doświadczenie w zakresie realizacji psychospołecznych interwencji behawioralnych, ukierunkowanych na zmianę zachowań zdrowotnych oraz profilaktykę nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym i ich rodziców/opiekunów prawnych.
- Personel medyczny – do przeprowadzenia dwukrotnych pomiarów antropometrycznych po zakończeniu programu; posiadający kwalifikacje określone w art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Specjaliści psychologii, dietetyki, fizjoterapii, zdrowia publicznego – do przeprowadzenia 12h wykładów i 15h warsztatów edukacyjnych; spełniający kryteria: ukończone kierunkowe studia wyższe magisterskie, studia podyplomowe np. z Psychodietetyki; doświadczenie w prowadzeniu wykładów / warsztatów / szkoleń.

Konsultacje realizowane będą na terenie podmiotu leczniczego wyłonionego w drodze konkursu na realizatora programu. W celu uwzględnienia możliwości czasowych rodziców, a tym samym zwiększenia wskaźników uczestnictwa w programie, konsultacje zostaną zorganizowane tak, żeby uczestnicy mogli zrealizować poszczególne konsultacje z ekspertami w pakietach np. w jednym dniu konsultacja u lekarza i fizjoterapeuty, w kolejnym konsultacja u psychologa specjalizującego się w psychodietetyce i dietetyka. Wykłady i warsztaty realizowane będą na terenie szkół, przy wykorzystaniu obecnej infrastruktury: sprzętów kuchennych w stołówkach szkolnych oraz zakupionych sprzętów sportowych, które zostały sfinansowane w ramach działań poprzedniego programu realizowanego na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg.

IV.5 Działania o charakterze uzupełniającym

Dopuszcza się w ramach planowanych działań edukacyjnych zrealizowanie wykładów/warsztatów z obszaru profilaktyki zdrowia psychicznego w tym przemocy słownej, stygmatyzacji oraz zachowań agresywnych w stosunku do dzieci z nadwagą i otyłością. Tym samym dopuszcza się realizację rekomendowanych programów profilaktycznych z obszaru profilaktyki zdrowia psychicznego,³⁵ dostępnych na stronie www.programyrekomendowane.pl. Programy te posiadają udokumentowaną naukowo skuteczność.

³⁵ System rekomendacji stworzony przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. przeciwdziałania Narkomanii oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1 Monitorowanie

1) **Ocena wskaźników uczestnictwa w programie** - ewaluacja wskaźników uczestnictwa w programie dokonywana będzie: kwartalnie, po roku, po dwóch latach – całościowo po zakończeniu programu za pomocą ankiety ewaluacyjnej, na podstawie analizy poniższych danych:

- liczby osób, które zgłosiły się do programu – wyrażając pisemną zgodę;
- liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji;
- liczby osób, które ukończyły program;
- liczby osób, które nie ukończyły interwencji specjalistycznej;
- liczby osób, które wzięły udział w działaniach organizowanych w ramach akcji edukacyjnej oraz interwencji specjalistycznej.

2) **Ocena jakości świadczeń realizowanych w ramach programu**

- analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu; ewaluacja 2 razy: po roku, po dwóch latach – całościowo po zakończeniu programu.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie polegać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu ze stanem po jego zakończeniu. Założono przeprowadzenie: ewaluacji cząstkowej – po roku realizacji programu oraz ewaluacji końcowej – po dwóch latach trwania programu

Tabela 1. Ewaluacja – opis pomiarów

| Nazwa wskaźnika | Pomiar sprzed realizacji działań PPZ | Pomiar w trakcie realizacji działań PPZ | Pomiar na zakończenie PPZ | Pomiar po zakończeniu PPZ |
|---|--------------------------------------|---|---------------------------|---|
| BMI (centyle) u dzieci objętych interwencją specjalistyczną. | 1 raz | 8 razy (na każdej konsultacji dietetycznej) | 1 raz (po 2 latach) | 2 razy (po 6 m-cach i po roku od zakończenia) |
| Częstość stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze: zdrowej diety i aktywności fizycznej u dzieci objętych interwencją specjalistyczną i ich rodziców/opiekunów prawnych. | 1 raz | 1 raz (po roku) | 1 raz (po 2 latach) | |

| | | | | |
|--|-------|--------------------|------------------------|--|
| Poziom wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości (zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach) u wszystkich dzieci objętych programem i ich rodziców/opiekunów prawnych. | 1 raz | 1 raz (po roku) | 1 raz (po 2 latach) | |
|--|-------|--------------------|------------------------|--|

Na podstawie przeprowadzonej ewaluacji wyników oceniony zostanie stopień w jakim zostały zrealizowane poszczególne cele. Oszacowana zostanie:

- liczba dzieci objętych interwencją specjalistyczną, u których obniżono stopień występowania nadwagi lub otyłości średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania;
- liczba rodzin, u których na podstawie przeprowadzonych testów wykazano wzrost częstości stosowania zachowań prozdrowotnych w obszarze: zdrowej diety i aktywności fizycznej (w post-tescie wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem).
- liczba dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych, u których na podstawie przeprowadzonych testów wykazano wzrost poziomu wiedzy na temat skutecznej profilaktyki nadwagi i otyłości: zasad stosowania zdrowej diety, zaleceń związanych z aktywnością fizyczną oraz budowania zdrowych nawyków w tych obszarach (w post-tescie wzrost liczby poprawnych odpowiedzi o 30% w porównaniu z pre-testem).

Efekty przeprowadzonej interwencji, związane ze stopniem występowania nadwagi i otyłości w populacji dzieci, możliwe będą do pełnego oszacowania w perspektywie wieloletniej.

V.3 Ocena trwałości efektów programu

W związku z tym, że będzie to pierwszy tak rozbudowany program zakładający akcję edukacyjną dla wszystkich uczestników oraz specjalistyczną interwencję dla dzieci z nadwagą lub otyłością, potraktowany on będzie jako program pilotażowy. Uzyskane wyniki zarówno związane z oceną stopnia zgłaszalności jak i uczestnictwa, a także wynikające z przeprowadzonej ewaluacji będą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o kontynuacji programu w kolejnych latach.

Przedstawiony program (poprzez wykorzystanie badań antropometrycznych, organizację całej akcji edukacyjnej na terenie szkół, umieszczenie w szkołach materiałów edukacyjnych oraz cykliczną współpracę z zespołem 4 specjalistów), ma szansę stać się programem wieloletnim, jak

pokazują doświadczenia z realizacji podobnych programów ukierunkowanych na profilaktykę nadwagi i otyłości u dzieci klas III / 9 letnich, na terenie innych miast (np. Gdańska, Szczecina, Wrocławia).

V.4 Dowody skuteczności planowanych działań

Zarówno krajowe³⁶ jak i międzynarodowe³⁷ instytucje kształtujące politykę zdrowotną wskazują na konieczność realizacji interwencji w populacji dzieci z nadwagą i otyłością. Z najnowszego raportu WHO wynika, że interwencje skierowane na redukcję nadwagi i otyłości w populacji dzieci powinny obejmować: interwencje behawioralną, wprowadzenie zdrowej diety, zwiększenie ilości aktywności fizycznej, a także ograniczanie zachowań siedzących. Z raportu wynika, że działania interwencyjne powinny zostać także skierowane do środowiska dziecka oraz uwzględniać zmiany w działaniach marketingowo-reklamowych promujących np. wysokoenergetyczne przekąski³⁸. Działania w obszarze profilaktyki i otyłości wśród dzieci rekomendują:

1) Wiodące organizacje oraz towarzystwa naukowe, takie jak:

- American Psychological Association (APA 2018); National Institute for Health and Care Excellence (NICE); Obesity Society; U.S. Preventive Services Task Force; American Diabetes Association; The New Zealand Ministry of Health (MoH NZ).
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP); Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR); Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (PTBO); Polskie Towarzystwo Diabetologiczne; Polskie Towarzystwo Dietetyki; Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej.

2) Parasolowe przeglądy literatury (przeglądy istniejących systematycznych przeglądów literatury):

- Safron, M., Cislak, A., Gaspar, T., & Luszczynska, A. (2011). Effects of school-based interventions targeting obesity-related behaviors and body weight change: A systematic umbrella review. *Behavioral Medicine*, 37(1), 15–25. <https://doi.org/10.1080/08964289.2010.543194>.
- Chai, L. K., Collins, C., May, C., Brain, K., Wong See, D., & Burrows, T. (2019). Effectiveness of family-based weight management interventions for children with overweight and obesity: An umbrella review. *JBISIRIR-2017-003695*. *JBISIRIR-2017-003695*. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003695>.

³⁶ 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: <https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-w-nadwadze-i-otylosci-2017/pl> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

³⁷ American Psychological Association, Clinical Practice Guideline Panel. (2018): <http://www.apa.org/obesity-guideline/obesity.pdf> (Dostęp z dnia 14 maja 2022).

³⁸ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Dostęp z dnia 6 maja 2022 r.).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Łączny koszt programu szacowany jest na poziomie 325 790,00 zł. w ciągu trzech lat jego realizacji. Na rok 2022 przewidzianych jest 70 000,00 zł. Na rok 2023 przewidzianych jest 158 890,00 zł. Na rok 2024 przewidzianych jest 96 900,00 zł.

VI.1 Koszty jednostkowe

1. Koszt jednostkowy interwencji specjalistycznej (1 konsultacja / średnio 104,62 zł)³⁹
 - Konsultacja z lekarzem: 4 wizyty – 520,00 zł/uczestnik (4 x 130 zł)
 - Konsultacja z dietetykiem: 8 wizyt – 800,00 zł/uczestnik (8 x 100 zł)
 - Konsultacja z psychologiem: 8 wizyt – 800,00 zł/uczestnik 8 x 100 zł)
 - Konsultacja z fizjoterapeutą: 6 wizyt – 600,00 zł/uczestnik (6 x 100 zł)
- 4) Koszt pomiarów antropometrycznych: po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu: 10,00 zł /uczestnik
- **Koszt jednostkowy kompleksowej interwencji specjalistycznej (26h) – 2 720, 00 zł / uczestnik**
2. Koszty jednostkowe działań edukacyjnych
 - Wykład dla rodziców/opiekunów prawnych/środowiska szkolnego: 6h (3 spotkania po 90 min. każde) – 90,00 zł / 45 min.
 - Warsztat dla dzieci: 8h (4 spotkania 2 x 45 min. każde) – 90,00 zł / 45 min.
3. Koszty jednostkowe działań informacyjno-promocyjno-reklamowych
 - Kategoria ta obejmuje m. in. projekt oraz wydruk wszystkich niezbędnych materiałów: ulotek, plakatów, materiałów edukacyjnych dla uczestników; wykup domeny, projekt oraz prowadzenie strony internetowej programu – 28 560,00 zł / pakiet.
4. Koszty jednostkowe zarządzania projektem: działań monitorująco-ewaluacyjno-podsumowujących
 - Kategoria ta obejmuje m. in. po 400,00 zł /każdy miesiąc działania PPZ + 600,00 zł /raport końcowy (2022: 3 x 400,00; 2023: 10 x 400,00; 2024: 6 x 400,00) + 1000,00 zł /ewaluacja.

VI.2 Koszty całkowite

Łączny koszt programu szacowany jest na poziomie 325 790,00 zł.

³⁹ *Stawki oszacowane na podstawie średnich cen usług medycznych w zakresie leczenia nadwagi i otyłości na rok 2022.

„Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022-2024”

Tabela 1. Zestawienie kosztów całkowitych

| Nr | Nazwa kosztu | Liczba jednostek | Koszt jednostkowy w PLN | Rodzaj miary | Koszt całkowity w PLN |
|------|---|------------------|-------------------------|--------------|-----------------------|
| 1 | Działania informacyjno-promocyjno-reklamowe | 1 | - | pakiet | 13 960,00 |
| 2 | Działania edukacyjne dla dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych | 27 | 90,00 | godzina | 20 600,00 |
| 3 | Badanie antropometryczne populacji docelowej | 1063 | 10,00 | 1 badanie | 10 630,00 |
| 4 | Interwencja specjalistyczna | 100 | 2 720, 00 | interwencja | 272 000,00 |
| 5 | Zarządzanie projektem: działania monitorująco – ewaluacyjne | 20 | 400,00 | miesiąc | 8 600,00 |
| Suma | | | | | 325 790,00 |

Tabela 2. Zestawienie kosztów w podziale na lata realizacji programu

| Rok realizacji | Działania informacyjno-reklamowe | Działania edukacyjne dla dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych | Badanie antropometryczne populacji docelowej | Interwencja specjalistyczna | Zarządzanie projektem: działania monitorująco-ewaluacyjne | Koszt całkowity PLN |
|----------------|----------------------------------|---|--|-----------------------------|---|---------------------|
| Rok | Kwoty w PLN | | | | | |
| 2022 | 4 960,00 | 4 700,00 | 4 740,00 | 54 400,00 | 1 200,00 | 70 000,00 |
| 2023 | 5 000,00 | 9 500,00 | 4 390,00 | 136 000,00 | 4 000,00 | 158 890,00 |
| 2024 | 4 000,00 | 6 400,00 | 1 500,00 | 81 600,00 | 3 400,00 | 96 900,00 |
| Suma | 13 960,00 | 20 600,00 | 10 630,00 | 272 000,00 | 8 600,00 | 325 790,00 |

VI.3 Źródło finansowania

Program będzie finansowany ze środków własnych Gminy Miasto Kołobrzeg. Dopuszcza się pozyskiwanie finansowania z innych źródeł.

VII. Bibliografia

Publikacje, które posłużyły do przygotowania programu polityki zdrowotnej, w szczególności zawierające dane epidemiologiczne podawane w programie polityki zdrowotnej i uzasadniające wybór problemu zdrowotnego.

- American Psychological Association, Clinical Practice Guideline Panel. (2018). *Clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents: Current state of the evidence and research needs*. Pobrane 8 maja z: <http://www.apa.org/obesity-guideline/obesity.pdf>
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity review: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 2(3), 159–171.
- Fijałkowska A., Oblacińska A., Stalmach, M. (red.). (2017). Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych: Raport z międzynarodowych badań WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282–304. <https://doi.org/10.3109/17477160903473697>
- Horodyska, K., Luszczynska, A., van den Berg, M., Hendriksen, M., Roos, G., De Bourdeaudhuij, I., & Brug, J. (2015a). Good practice characteristics of diet and physical activity interventions and policies: an umbrella review. *BMC Public Health*, 15, 19. doi: 10.1186/s12889-015-1354-9
- Kuban, J., Becker, S., Zimmer, A., Henning, L., Dreiskämper, D. (2021). 3. Raport okresowy Gmina Miasto Kołobrzeg.
- Kułaga, Z., Grajda, A., Gurzkowska, B., Wojtyło, M., Gózdź, M., & Litwin, M. (2016). The prevalence of overweight and obesity among Polish school- aged children and adolescents. *Przegląd Epidemiologiczny*, 70(4), 641–651.
- Lumeng, J. C., Forrest, P., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., Corwyn, R. F., & Bradley, R. H. (2010). Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. *Pediatrics*, 125(6), e1301–e1307. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0774>
- Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa zachodniopomorskiego opublikowana w 2018 roku przez Ministerstwo Zdrowia.
- Mapa otyłości polskich dzieci. Gdzie jest najgorzej? (15.05.2015 r.). Pobrane 5 maja 2022 z: <https://www.portalsamorzadowy.pl/polityka-i-spoleczenstwo/mapa-otylosci-polskich-dzieci->

„Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci klas III szkół podstawowych Gminy Miasto Kołobrzeg na lata 2022-2024”

gdzie-jest-najgorzej,70480.html

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Dane epidemiologiczne pobrane 5 maja 2022 z:

<http://ncdrisc.org/obesity-prevalence-projection-map.html>

Rao, W.-W., Zong, Q.-Q., Zhang, J.-W., An, F.-R., Jackson, T., Ungvari, G. S., Xiang, Y., Su, Y.-Y., D’Arcy, C., & Xiang, Y.-T. (2020). Obesity increases the risk of depression in children and adolescents: Results from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 267, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.154>

Ratajczak, J., & Petriczko, E. (2020). The Predictors of Obesity among Urban Girls and Boys Aged 8-10 Years-A Cross-Sectional Study in North-Western Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186611>

World Health Organization (2016). Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity. Geneva. Pobrane 4 maja 2022 z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206549>

World Health Organization (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022. Pobrane 6 maja 2022 z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>

World Health Organization (2022). Dane pobrane 6 maja 2022 z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

The World Obesity Federation (World Obesity). Dane pobrane 6 maja 2022 z:

https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World_Obesity_Atlas_2022_WEB.pdf

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. *Lekarz rodzinny – Wydanie specjalne* 3/2017. Pobrane 6 maja 2022 z: <https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-w-nadwadze-i-otylosci-2017/pl>