

Uchwała Nr XCVI/2196/2024

Rady Miasta Rzeszowa

z dnia 23 kwietnia 2024 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028”.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.), w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 i ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), po zaopiniowaniu projektu programu polityki zdrowotnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rada Miasta Rzeszowa uchwala, co następuje:

§ 1

1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.
2. Program, o którym mowa w ust. 1 uzyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

§ 2

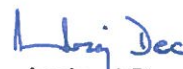
Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Rzeszowa.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący

Rady Miasta Rzeszowa


Andrzej Dec

Uzasadnienie

do Uchwały Nr XCVI/2196/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 23 kwietnia 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028”.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

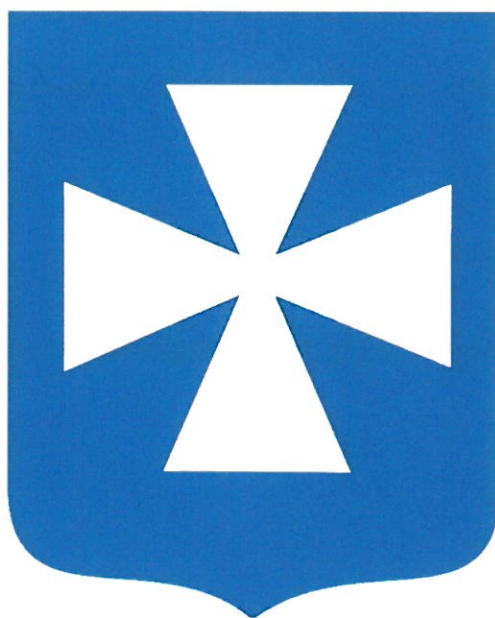
Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. Według danych pozyskanych z Banku Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie zachorowalność dzieci i młodzieży (0-18 lat) na otyłość w Rzeszowie wyniosła w 2022 r. 121 schorzeń rozpoznanych po raz pierwszy u dzieci i młodzieży objętych opieką czynną, a według wskaźnika w przeliczeniu na 100 tys. ludności zachorowalność wyniosła – 306,9. Natomiast chorobowość dzieci i młodzieży w Rzeszowie w 2022 r. wyniosła 676, a wskaźnik na 100 tys. ludności wyniósł 1714,6. Według Danych Instytutu Żywności i Żywienia województwo podkarpackie zamieszkuje około 21,5% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością.

Celem głównym programu jest zmniejszenie o 5 punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród zakwalifikowanych do programu dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych w Mieście Rzeszowie poprzez objęcie kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną, a także zwiększenie wiedzy wśród całej populacji dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych w Mieście Rzeszowie i ich rodziców/opiekunów prawnych w latach 2024-2028.

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

Program, uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dniu 25 marca 2021 r. W programie uwzględniono uwagi Agencji.

Załącznik do Uchwały
Nr XCVI/2196/2024
Rady Miasta Rzeszowa
z dnia 23 kwietnia 2024 r.



**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród
dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto
Rzeszów na lata 2024-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2024 r. poz. 146]

Rzeszów, 2024

1. Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028

2. Okres realizacji programu: 2024-2028

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

4. Kontynuacja/trwałość programu:

Miasto Rzeszów nie realizowało dotychczas programów zdrowotnych o tematyce nadwagi i otyłości wśród dzieci.

5. Dane kontaktowe:

Urząd Miasta Rzeszowa
Rynek 1
35-064 Rzeszów
Tel. (17) 788 99 00

6. Data opracowania programu: Kwiecień 2024

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	6
3. Opis obecnego postępowania	6
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	8
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	8
1. Cel główny	9
2. Cele szczegółowe	9
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	9
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	11
1. Populacja docelowa	11
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	11
3. Planowane interwencje	11
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	17
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	17
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	18
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	18
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	19
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	21
1. Monitorowanie	21
2. Ewaluacja	21
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	23
2. Koszty całkowite:	23
3. Źródło finansowania	24
Załączniki	26

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to poszerzają one swoją objętość (oba zjawiska występują w populacji dzieci równocześnie)¹. Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a powstawanie otyłości to zazwyczaj proces długotrwały, gdzie na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że tylko 5% otyłości jest warunkowana genetycznie, a pozostałe przyczyny mają charakter pozagenowy i są to takie czynniki jak: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym, nawyki żywieniowe w późniejszym okresie oraz aktywność fizyczna dziecka i jego rodziny². Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u dzieci uważa się również występowanie otyłości u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)³, co ma związek z dietą realizowaną w gospodarstwie domowym oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców.

Większość (90%) wszystkich przypadków u dzieci cechuje otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych, takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół Cushinga lub chorób ośrodkowego układu nerwowego, np. ciężkiego uszkodzenia mózgu z brakiem aktywności ruchowej⁴.

Wyróżnia się dwa typy otyłości, cechujące się odmiennym ryzykiem powikłań i zapadalności na choroby cywilizacyjne. Typ brzuszny (androidalny, centralny, wisceralny, tzw. typ „jabłko”) charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy zaotrzewnowej i związany jest z większym ryzykiem rozwoju powikłań naczyniowo-sercowych oraz zespołu metabolicznego i niektórych nowotworów. Otyłość trzewną rozpoznaje się, jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90 centyl dla płci i wieku. Typ pośladkowo-udowy (gynoidalny, obwodowy, tzw. typ „gruszka”) wiąże się z lokalizacją tkanki

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

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

³ Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006; 52: 322–328.

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

tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków i występuje częściej u kobiet. Fizjologicznie, w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, dominuje obwodowy typ otyśczenia, który wraz z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku typu centralnego⁵. Brzuszy typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu u dzieci i młodzieży ma związek z niekorzystnym profilem lipidowym i stężeniem lipoprotein, wyższym ciśnieniem tętniczym, miażdżycą, a także większą masą lewej komory serca. Krytycznym okresem dla rozwoju otyśczenia ogólnego i kształtowania się rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie jest dojrzewanie. Szybkość i sposób redystrybucji tkanki tłuszczowej różni się w zależności od płci, u dziewcząt tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest głównie w dolnej połowie ciała (biodra, pośladki) i jej masa rośnie z wiekiem aż do zakończenia okresu dojrzewania, natomiast u chłopców mamy do czynienia z bardziej centralnym typem otyśczenia (głównie górna połowa ciała: kark, ramiona, podbrzusze)⁶.

Coraz częstsze występowanie otyłości wiąże się z przesunięciem czasu ich pojawienia się u młodszych grup wiekowych. Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród dzieci to m.in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat zapowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w wieku 12 lat zapowiada aż w 75% otyłość w wieku dorosłym), nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, dodatkowo problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)⁷.

Ocena stopnia otyłości u dzieci i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej⁸. Nadwagę i otyłość w tej grupie wiekowej diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała) w oparciu o siatki centylowe, umożliwiające ocenę rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży od urodzenia do 19 lat. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w przypadku dzieci i młodzieży BMI pomiędzy 90-97 centylem oznacza nadwagę, a powyżej 97 centyla - otyłość,

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

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

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

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

wg WHO u dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat nadwaga definiowana jest jako >85 centyla BMI a otyłość >97 centyla BMI⁹. Otyłość stwierdza się także na podstawie stopnia otyśnięcia, gdzie w przypadku dzieci stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów¹⁰.

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

2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Raport The International Obesity Task Force opracowany w roku 2008 wskazuje, że co piąte europejskie dziecko ma nadwagę lub jest otyłe, a co roku przybywa około 400 000 nowych przypadków nadwagi i otyłości dziecięcej¹¹. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że otyłych jest już 15 milionów dzieci i nastolatków (10% populacji) a nadwaga to najpowszechniej występujący problem zdrowotny wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO¹².

W krajach Europy Zachodniej odsetek otyłych chłopców i dziewcząt w wieku 15 lat wynosi odpowiednio: 5,1% i 4,4% w Austrii, 5,2% i 5,8% w Belgii, 3,2% i 6,5% w Danii, 2,7% i 4% we Francji, 5,4% i 5,1% w Niemczech. W krajach Europy Południowej odsetki te są wyższe, na przykład w Grecji wynoszą 10,8% i 5,5%, a w Portugalii – 5,2% i 6,7%. Częstość nadwagi w populacji 15-latków w wymienionych krajach jest zdecydowanie wyższa niż występowanie otyłości. Największy odsetek nadwagi u dzieci występuje w Grecji, u 8,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt¹³.

⁹Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%CC%81-Rekomendacje.pdf> (dostęp z dnia 20.11.2020).

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

¹¹ <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp 20.11.2020).

¹² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 20.11.2020).

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

Sytuacja w Polsce jest równie niepokojąca, nadwagę lub otyłość obserwuje się najczęściej już u 10-letnich chłopców (22,4%) oraz 9-letnich dziewczynek (22,4%). W grupie nastolatków w wieku 13-15 lat, nadwaga lub otyłość dotyczy 14,2-19,3% chłopców oraz 12,8-14,2% dziewczynek. Wśród starszej młodzieży (16-18 lat) odsetek osób z nadwagą lub otyłych jest niższy i wynosi – u chłopców od 13,6 do 18%, a wśród dziewcząt od 9,1 do 10,9%¹⁴. Jak wykazały badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ok. 12-14% dzieci w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne¹⁵.

Wg danych Instytutu Żywności i Żywienia województwo podkarpackie zamieszkuje około 21,5% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością i jest to w skali kraju poziom średni, zbliżony do wskaźników w województwach: podlaskim, warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim¹⁶.

W 2014 roku odnotowano 3,5 tys. hospitalizacji dzieci z powodu otyłości w skali kraju, natomiast w województwie podkarpackim sprawozdano 0,2 tys. hospitalizacji z rozpoznaniem otyłości u dzieci. Należy jednak mieć na uwadze, że liczba hospitalizacji nie odzwierciedla rzeczywistej epidemiologii otyłości u dzieci, ponieważ większość pacjentów z tymi schorzeniami jest leczona w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Z kolei liczba hospitalizacji na 100 tys. dzieci jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami, w skali kraju wynosi 49,0, a w województwie podkarpackim stanowi to wartość 58,1¹⁷.

Według danych pozyskanych z Banku Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie¹⁸ zachorowalność dzieci i młodzieży (0-18 lat) na otyłość w powiecie rzeszowskim ziemskim i grodzkim wyniosła w roku 2019 - 166 dzieci, chorobowość natomiast osiągnęła liczbę 981 dzieci. Są to osoby aktualnie będące pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Najwyższą chorobowość (332 osób) zanotowano dla

¹⁴ <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp z dnia 20.11.2020).

¹⁵ Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.

¹⁶ <http://www.izz.waw.pl/pl/> (dostęp 25.11.2020).

¹⁷ http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie_mpz_09.pdf (dostęp z dnia 25.11.2020).

¹⁸ Bank Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie, bdoz.rzeszow.uw.gov.pl (dostęp 28.12.2020).

przedziału wiekowego 10-14 lat. Wskaźnik chorobowości ogółem na 100 tys. nieletnich wynosi natomiast 1308,4.

3. Opis obecnego postępowania

Gmina Miasto Rzeszów nie realizowała dotąd programów zdrowotnych o tematyce nadwagi i otyłości.

Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy można wymienić m.in.:

- 1) PPZ pn. „Zdrowe żywienie w kontekście nadwagi i otyłości – program skierowany do uczniów szkół podstawowych”,
- 2) PPZ pn. „Powiatowy program zwalczania otyłości i nadwagi „Czas na zdrowie” realizowany przez powiat Tczewski” (na lata 2016-2020).
- 3) „Program profilaktyki otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci w wieku szkolnym” realizowany przez Miasto Kraków (na lata 2019-2021).

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

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

Ponadto zakres programu jest zgodny z:

- 1) Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020¹⁹, *Cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.*
- 2) Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁰ – *priorytet 3: przeciwdziałanie występowaniu otyłości.*
- 3) Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego²¹:
Priorytet nr II: Zmiana organizacji zasobów ochrony zdrowia, cel 5: Zwiększenie skuteczności realizowanych programów profilaktycznych.

¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 po. 469].

²¹ <https://bip.rzeszow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2019/03/s.pdf> (dostęp z dnia 19.11.2020).

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie o 5 punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród zakwalifikowanych do programu dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych w Mieście Rzeszowie poprzez objęcie kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną a także zwiększenie wiedzy wśród całej populacji dzieci uczęszczających do klas III szkół podstawowych w Mieście Rzeszowie i ich rodziców/opiekunów prawnych w latach 2024-2028.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Wzrost o 30% liczby osób, u których zaobserwowano poprawę sposobu odżywiania wśród zakwalifikowanych do programu dzieci 9-letnich, uczęszczających do klas III na terenie Miasta Rzeszowa, w efekcie odbytych w latach 2024-2028 porad dietetycznych;
- 2) Wzrost o 30% liczby osób, u których zaobserwowano poprawę aktywności fizycznej wśród zakwalifikowanych do programu dzieci 9-letnich, uczęszczających do klas III na terenie Miasta Rzeszowa, w efekcie odbytych w latach 2024-2028 zajęć ze specjalistą aktywności ruchowej;
- 3) Poszerzenie wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% rodziców/opiekunów prawnych całej populacji dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Rzeszowie w efekcie odbytych w latach 2024-2028 zajęć z edukacji zdrowotnej;
- 4) Poszerzenie wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u co najmniej 30% całej populacji dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Rzeszowie w efekcie odbytych w latach 2024-2028 zajęć z edukacji zdrowotnej.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) Zmniejszenie o 5 punktów procentowych częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci, przy założeniu redukcji masy ciała w tempie 0,5kg na miesiąc lub obniżenie centyla BMI w siatce dla wieku dziecka przy jednoczesnym utrzymaniu stałej masy ciała;
- 2) Odsetek dzieci, u których poprawił się sposób odżywiania, mierzony poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowy sposób odżywiania przed i po programie (pre- i post test prawidłowych zachowań żywieniowych);

- 3) Odsetek dzieci, u których poprawiła się aktywność fizyczna, mierzona poprzez porównanie liczby dzieci wykazujących prawidłowe wzorce aktywności fizycznej przed i po programie (pre- i post test prawidłowych wzorców aktywności fizycznej);
- 4) Odsetek rodziców, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście);
- 5) Odsetek dzieci, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście).

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dzieci w wieku 9 lat, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Rzeszowa oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnymi. Szacunkową liczebność populacji docelowej zawarto w tabeli I.

Tab. I. Populacja docelowa w kolejnych latach trwania programu. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych USC w Rzeszowie.

Rok trwania programu	2024	2025	2026	2027	2028
Rocznik dzieci	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba dzieci	2 173	2 327	2 436	2 437	2 331
Liczba rodziców/opiekunów	4 346	4 654	4 872	4 874	4 662

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

1) Kryteria włączenia:

- Wpis do Księgi uczniów szkoły podstawowej prowadzonej przez Gminę Miasto Rzeszów udokumentowany legitymacją szkolną,
- Rok urodzenia dziecka 2015, 2016, 2017, 2018, 2019;
- Wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie.

2) Kryteria wyłączenia:

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

3. Planowane interwencje

1) Akcja informacyjna realizowana za pomocą:

- metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w szkołach podstawowych, podmiotach leczniczych oraz Urzędzie Miasta Rzeszowa;
- opracowania krótkiego spotu zapraszającego do programu – emitowanego na ekranach LCD w autobusach miejskich;

- 2) Procedura kwalifikacyjna - badanie przesiewowe całej populacji dzieci klas III uczęszczających do szkół na terenie Miasta Rzeszowa w oparciu o badania antropometryczne, w celu wyłonienia populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$), BMI pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a powyżej 97 centyla – otyłość. Badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe/higienistki szkolne w szkołach na terenie Miasta;
- 3) Interwencja multikomponentowa obejmująca:
 - a) Konsultacje dietetyczne (min. 10 godzin kontaktowych) dla wyłonionych w procedurze kwalifikacyjnej, realizowanych w placówkach POZ lub gabinetach dietetycznych, wybranych w drodze konkursu na realizatora programu, szacowana populacja wynosi ok. 21,5% całości²² (na pierwszej i ostatniej wizycie będzie przeprowadzony wywiad żywieniowy - obejmujący m.in. takie aspekty jak: sposób żywienia dziecka, historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, jakość snu, zażywanie leków i suplementów diety - oraz dokonany pomiar masy ciała. Na pierwszej wizycie dietetyk dokona oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia oraz przekaze pacjentowi dzienniczek żywieniowy, w którym możliwe będzie zapisywanie rodzaju i ilości spożywanych produktów w określonym czasie. W ciągu 1 tyg. od wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka). Pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich dzieci objętych 2 etapem badania, celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane będą przez dietetyka w trakcie każdej konsultacji dietetycznej (obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia dziecka i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);
 - b) Konsultacje psychologiczne (min. 8 godzin kontaktowych) dla wyłonionych w procedurze kwalifikacyjnej obejmujące przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, wzmocnienie nastawienia

²² Wg danych Instytutu Żywności i Żywienia województwo podkarpackie zamieszkuje około 21,5% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością.

rodziców do wypracowywania zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny (obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia dziecka i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);

- c) Konsultacje ze specjalistą aktywności ruchowej (min. 8 godzin kontaktowych) dla wyłonionych w procedurze kwalifikacyjnej, obejmujące przekazanie wiedzy na temat kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, rekomendowanych rodzajów, intensywności i częstotliwości wysiłku fizycznego. Na pierwszej i ostatniej wizycie uczestnicy wypełnią ankietę oceniającą wiedzę respondentów na powyższe tematy. W ramach wizyty zostanie ustalone optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała, a także możliwościami i preferencjami dziecka, zaplanowanie grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku, zwrócenie uwagi na szczególnie zalecane formy ruchu takie jak: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie oraz przedstawienie szczegółowego grafiku indywidualnie dobranych zajęć ruchowych (obowiązek sporządzenia krótkiej notatki/raportu na temat stanu zdrowia dziecka i przesłanie jej do lekarza POZ po zakończeniu programu);
 - d) Dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną, pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu, wykonywane przez higienistkę szkolną/pielęgniarkę środowiskową lub dietetyka obejmujące pomiar wzrostu i masy ciała oraz przeprowadzenie ankiety oceniającej zmianę zachowań zdrowotnych dzieci (nawyki żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, ocena jakości życia).
- 4) Edukacja zdrowotna adresatów programu:
- a) cykl wykładów/szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych całej populacji dzieci z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 6 miesięcy, realizowanych w formie 30-minutowych wykładów. W przypadku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej związanej w pandemią COVID-19, dopuszcza się formę realizacji wykładów online. Szkolenia będą miały formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniających wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego stylu życia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała,

możliwych powikłań nadwagi i otyłości np. cukrzycy typu 2. Edukacja kierowana do rodziców będzie podkreślać znaczenie ich roli w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej. W sytuacji wystąpienia niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej dopuszcza się możliwość realizacji szkoleń online;

- b) cykl wykładów/szkoleń całej populacji dzieci z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 3 miesiące, realizowanych w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, przez dietetyków lub higienistki szkolne, szkolenia będą miały charakter warsztatowy (np. zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek itp.). W sytuacji wystąpienia niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej dopuszcza się możliwość realizacji szkoleń online;
- c) realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranym podmiocie leczniczym, szkołach podstawowych oraz Urzędzie Miasta Rzeszowa, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek (kształtowanie prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczność podejmowania regularnej aktywności fizycznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, umiejętności radzenia sobie ze stresem, możliwych powikłań nadwagi i otyłości, kształtowanie motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała).

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

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

²³ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%CC%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp z dnia 25.11.2020).

w populacji dzieci i młodzieży rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

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

W redukcji masy ciała istotne jest zarówno odpowiednio zbilansowana dieta, jak i wzmożona aktywność fizyczna, dodatkowo nieodzowne jest wsparcie społeczne i psychologiczne. Najskuteczniejsze efekty w profilaktyce nadwagi, otyłości przynoszą skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Zgodnie z rekomendacjami WHO²⁴ do najważniejszych elementów należy zaliczyć: wsparcie w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania nadmiernego przyrostu masy ciała. Zaplanowane w programie działania zostały skomponowane jako kompleksowy zakres pomocy. Na poziomie europejskim podobne zalecenia zawiera EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020²⁵. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Medycyny Rodzinnej²⁶, również podkreślają wagę kształtowania właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie.

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

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

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

Niezbędnym elementem postępowania jest wsparcie psychologiczne mające na celu wzmocnienie motywacji do zmiany zachowań żywieniowych, stosowanie strategii terapeutycznej w procesie redukcji masy ciała, zapobieganie zaburzeniom żywieniowym itp.²⁷.

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

Dzieci, u których zdiagnozowano otyłość prostą lub wtórną, należy kierować do leczenia specjalistycznego, które powinien prowadzić zespół terapeutyczny złożony z lekarza pediatry, dietetyka, psychodietetyka lub psychologa, edukatora zdrowia oraz rehabilitanta (fizjoterapeuty). Program leczenia powinien cechować się kompleksowością i być nastawiony na uzyskanie trwałych zmian trybu życia i sposobu żywienia dziecka, a często też całej jego rodziny. Stosowane zalecenia (zwłaszcza dietetyczne) muszą być ściśle zależne od wieku dziecka, stopnia otyłości, występowania innych chorób, w tym powikłań otyłości, należy pamiętać o utrzymywaniu wysokiego poziomu motywacji pacjenta do zmiany²⁸. W populacji dzieci nie stosuje się restrykcyjnych diet redukcyjnych, a rekomenduje się stopniową zmianę nawyków żywieniowych, poprawę jakości spożywanych produktów i ewentualnie ograniczanie podaży energii w diecie (dieta normoenergetyczna)²⁹.

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

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

²⁸ <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp z dnia 25.11.2020)

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

Wzrost częstości zachorowań na otyłość powoduje zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 10 krajach Europy Zachodniej wykazały, że koszt opieki zdrowotnej związanej z otyłością wynosi 10.4 bilionów euro. W zależności od kraju koszty te wynosiły od 0,09% do 0,61% produktu krajowego brutto. Zachorowania na otyłość powodują również zwiększenie tzw. kosztów pośrednich obejmujących utratę produktywności chorych, koszty zwolnień lekarskich, rent, przedwczesnych emerytur, opieki sprawowanej nad chorymi przez bliskich i przedwczesną śmiertelność³⁰.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Porady dietetyczne będą realizowane w wybranych w drodze konkursu podmiotach leczniczych lub gabinetach dietetycznych. Przeprowadzona akcja edukacyjna obejmie wykłady z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej w odniesieniu do prewencji nadwagi i otyłości w wieku młodzieńczym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy porad żywieniowych. O kwalifikacji do 2 etapu programu będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie. Porady psychologiczne i porady z zakresu aktywności ruchowej będą realizowane w wybranych w drodze konkursu podmiotach leczniczych lub w wynajętych na potrzeby programu salach, np. w szkołach.

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

Organizator dopuszcza zakończenie programu na każdym jego etapie na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Po wykonaniu programu rodzic/opiekun prawny:

- 1) W przypadku ukończenia pełnego cyklu programu:
 - a) zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała dziecka, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości;
 - b) zostaje poinformowany o możliwych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, w ramach kontraktu z NFZ;
 - c) zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 5);
 - d) kończy udział dziecka w programie.

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

- 2) W przypadku nieukończenia pełnego cyklu programu, zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (zwiększone ryzyko powikłań otyłości, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała w wieku młodzieńczym) oraz o możliwych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, w ramach kontraktu z NFZ;
- 3) Organizator zapewnia monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do 2 etapu programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (IV kwartał 2020 – I kwartał 2021);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (I-II kwartał 2021);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Rzeszowa (II kwartał 2024);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów, spełniających kryteria wskazane w dalszej części projektu do III kwartału 2024/2025/2026/2027/2028;
- 5) podpisanie umowy na realizację programu do III kwartału 2024/2025/2026/2027/2028;
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2024/2025/2026/2027/2028):
 - a) akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - b) porady;
 - c) akcja edukacyjna;
 - d) analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2028):
 - a) analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - b) analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów;
 - c) ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2029).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Rzeszowa. Realizatorami w programie będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze lub przedsiębiorcy prowadzący gabinety dietetyczne, spełniające następujące wymagania formalne:

- 1) zapewnienie udzielania porad w programie wyłącznie przez osoby o następujących kompetencjach:
 - a) Dietetyk - ukończone studia wyższe na kierunku Dietetyka lub Technologia żywności i żywienia (w stopniu przynajmniej studiów licencjackich).
 - b) Pielęgniarka środowiskowa/higienistka szkolna - pomiarów antropometrycznych w ramach programu będzie dokonywać osoba posiadająca kwalifikacje określone w art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn.zm.).
 - c) Lekarze lub specjaliści dietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia - szkolenia edukacyjne będą realizowane przez lekarzy lub specjalistów dietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia, posiadających niezbędną wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży.
 - d) Psycholog - ukończone studia wyższe na kierunku psychologia.
 - e) Specjalista aktywności ruchowej (fizjoterapeuta, trener personalny – absolwent Akademii Wychowania Fizycznego lub kierunków pokrewnych).
- 2) posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
- 3) posiadanie gabinetu dietetycznego wyposażonego w analizator składu ciała oraz wzrostomierz.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 2), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w Programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych
prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028

2019 poz. 1127 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie
zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 408 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r.
o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

- 1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie okresowych sprawozdań realizatora (1 września – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 3):
 - a) analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział, prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
 - b) analiza liczby osób, które ukończyły program, prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
 - c) analiza liczby dzieci z nadwagą i otyłością w Mieście Rzeszowie;
 - d) coroczna analiza liczby osób biorących udział w programie;
 - e) ocena stopnia realizacji programu (odsetek objęcia cyklem porad dietetycznych, psychologicznych i porad z zakresu aktywności fizycznej);
 - f) analiza liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu, przeprowadzona całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
 - g) analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji, prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
 - h) analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej (na podstawie list obecności, a w sytuacji prowadzenia wykładów online na podstawie logowania na platformę edukacyjną);
 - i) coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 5);
 - j) analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona jako:

Częstkowa:

- 1) coroczna analiza wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy obiorców edukacji zdrowotnej;
- 2) monitorowanie przyczyn rezygnacji pojedynczych osób z programu (załącznik 1);
- 3) odsetek osób kontynuujących działania po 6-ciu miesiącach od zakończenia programu;
- 4) odsetek osób kontynuujących działania po roku od zakończenia programu;

- 5) coroczna analiza efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów (załącznik 4);

Kończowa:

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

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszt jednostkowy wynosi 2 090zł, w tym:

- 1) **800zł** (dzieci z nadwagą/otyłością) - poradnictwo dietetyczne z przykładowym jadłospisem, w tym min. 10 wizyt (10x80zł),
- 2) **880zł** - poradnictwo psychologiczne, min. 8 wizyt (8x110zł),
- 3) **400zł** – poradnictwo w zakresie aktywności ruchowej, min. 8 wizyt (8x50zł),
- 4) **10zł** - pomiary antropometryczne pół roku i rok po zakończeniu programu* (2x5zł=10zł),

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

Pozostałe koszty:

- 5) **10 000zł** - akcja informacyjno-edukacyjna (druk ulotek, plakatów + edukacja zdrowotna)
- 6) **1000zł** - koszt ewaluacji i monitoringu programu

2. Koszty całkowite:

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

Lp.	Rok realizacji PPZ	2024	2025	2026	2027	2028
1	Liczba całkowita	2 173	2 327	2 436	2 437	2 331
2	Szacunkowa liczba dzieci z nadwagą/otyłością*	120	120	120	120	120
3	Koszt badań antropometrycznych po programie (2 x 5zł x poz. 2)	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
4	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z nadwagą/otyłością (2 090zł x poz. 2)	250 800	250 800	250 800	250 800	250 800
5	Koszty edukacji (zł)	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
6	Koszt ewaluacji i monitoringu (zł)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
7	Całkowity koszt programu (poz. 3 + poz. 4 + poz. 5 + poz. 6)	263 000	263 000	263 000	263 000	263 000

*szacunkową liczbę dzieci z nadwagą/otyłością opracowano na podstawie danych Banku Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie

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

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna oraz monitoring i ewaluacja	Badania antropometryczne	Porady	Koszt całkowity
2024	11 000	1 200	250 800	263 000
2025	11 000	1 200	250 800	263 000
2026	11 000	1 200	250 800	263 000
2027	11 000	1 200	250 800	263 000

2028	11 000	1 200	250 800	263 000
Razem	55 000	6 000	1 254 000	1 315 000

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

3. Źródło finansowania

Program finansowany z budżetu Miasta Rzeszowa.

Bibliografia:

1. Bank Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie, bdz.rzeszow.uw.gov.pl (dostęp 28.12.2020).
2. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka*, PZWL, Warszawa 2010.
4. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24.02.2014.
5. Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).
6. Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69.
7. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp 20.11.2020).
8. http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie_mpz_09.pdf (dostęp z dnia 25.11.2020).
9. <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp z dnia 25.11.2020)
10. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 20.11.2020).
11. <http://www.izz.waw.pl/pl/> (dostęp 25.11.2020).
12. <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp z dnia 20.11.2020).
13. <https://bip.rzeszow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2019/03/s.pdf> (dostęp z dnia 19.11.2020).
14. Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2002; 1: 17.
15. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219.
16. Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.
17. Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp z dnia 25.11.2020).
18. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician*. 2006; 52: 322–328.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 po. 469].
20. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].
21. Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2005, 90(3), 1871-1887.
22. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005; 90: 1871–1887.
23. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych
prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028

24. Waller G et al., Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid, Cambrige University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: M. Gałuszko-Węgielnik
25. Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%C5%81-Rekomendacje.pdf> (dostęp z dnia 20.11.2020).

**Załączniki do Załącznika do Uchwały Nr XCVI/2196/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia
23 kwietnia 2024 r.**

Załącznik 1 do Załącznika do Uchwały Nr XCVI/2196/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia
23 kwietnia 2024 r.

**Karta udziału dziecka w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi
i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto
Rzeszów na lata 2024-2028” (wzór)**

Część A

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

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

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

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028

Załącznik 2 do Załącznika do Uchwały Nr XCVI/2196/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 23 kwietnia 2024 r.

Wzór prowadzonej elektronicznie dokumentacji uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028” (wzór)

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

Załącznik 3 do Załącznika do Uchwały Nr XCVI/2196/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 23 kwietnia 2024 r.

Sprawozdanie kwartalne/roczne* realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028” (wzór)

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

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

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

II. Interwencje profilaktyczne

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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

*niepotrzebne skreślić

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4 do Załącznika do Uchwały Nr XCVI/2196/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 23 kwietnia 2024 r.

Ankieta oceny efektywności „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028” w opinii rodziców/opiekunów dzieci zakwalifikowanych do programu (wzór, proponowany wykonawca - dietetyk lub higienistka szkolna w trakcie pomiarów antropometrycznych pół roku i rok po zakończeniu programu)

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 jakości życia dziecka po programie

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

1	2	3	4	5

6. Poprawa radzenia sobie ze stresem u dziecka po programie

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

1	2	3	4	5

Załącznik 5 do Załącznika do Uchwały Nr XCVI/2196/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 23 kwietnia 2024 r.

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dzieci zakwalifikowanych do „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028”

I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty:

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

II. Ocena porady dietetycznej:

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

III. Ocena porady psychologicznej:

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

IV. Ocena porady w zakresie aktywności ruchowej:

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

Załącznik 6 do Załącznika do Uchwały Nr XCVI/2196/2024 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 23 kwietnia 2024 r.

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028”

I. Ocena edukacji zdrowotnej:

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

II. Dodatkowe uwagi/opinie:

--