

Załącznik do Ogłoszenia

AKCEPTUJĘ

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego

Okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2025 - 2027

Podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej: Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego

Podstawa prawna opracowania programu: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W Programie uwzględniono opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 84/2024 z dnia 2 grudnia 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego”

Łódź, grudzień 2024 r.

I. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Według WHO otyłość u dzieci jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego w XXI wieku. Problem ma charakter globalny i wywiera stały wpływ na wiele krajów o niskich i średnich dochodach. Otyłość u dzieci wiąże się z większą szansą na otyłość, przedwczesną śmierć i niepełnosprawność w wieku dorosłym. Dzieci z nadwagą i otyłością prawdopodobnie pozostaną otyłe aż do dorosłości, a w młodszym wieku częściej zapadną na choroby niezakaźne, takie jak cukrzyca i choroby układu krążenia. Nadwadze i otyłości, a także chorobom z nimi związanym, w dużym stopniu można zapobiegać. [1]

Otyłość jest definiowana, jako choroba przewlekła bez tendencji do samoistnego ustępowania, powstająca w wyniku dodatniego bilansu energetycznego, będącego wynikiem przewagi energii pobranej z pożywieniem nad energią wydatkowaną. Według WHO otyłość to nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej, powodujące rozwój innych chorób. Do oceny masy ciała przyjęto wskaźnik Queteleta, tj. BMI – body mass index, czyli iloraz masy ciała wyrażonej w kilogramach i kwadratu wzrostu w metrach. Powszechnie przyjętym kryterium rozpoznania otyłości jest wartość wskaźnika masy ciała (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. U osób dorosłych na podstawie BMI diagnozuje się następujące stany odżywienia:

- niedowaga $< 18,5 \text{ kg/m}^2$
- prawidłowa masa ciała $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$
- nadwaga $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$
- otyłość $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
 - I stopnia $30 - 34,9 \text{ kg/m}^2$
 - II stopnia $35,0 - 39,9 \text{ kg/m}^2$
 - III stopnia $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ [2]

Z kolei u dzieci w celu określenia stanu odżywienia konieczne jest zastosowanie siatek centylowych dla BMI, przy czym nadwagę definiuje się jako BMI $>85.$ centyla (czyli $>1,0$ odchylenia standardowego (SD) od średniej dla wieku i płci dziecka, a otyłość $>97.$ centyla (czyli $>2,0$ SD od średniej dla wieku i płci dziecka). Zgodnie ze Stanowiskiem z 2023 r. Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, należy stosować polskie siatki centylowe dla BMI, które są dostępne dla dzieci w wieku 4-18 lat, Można również zastosować standardy WHO z taką samą definicją nadwagi i otyłości jak dla siatek polskich. [3]

Wyróżnia się **dwa typy otyłości** w zależności od umiejscowienia nadmiaru tkanki tłuszczowej:

- Otyłość trzewną – rozpoznaje się, w przypadku przewagi gromadzenia tkanki tłuszczowej w obrębie jamy brzusznej.
- Otyłość pośladkowo – udową – rozpoznaje się, gdy dominuje nagromadzenie tkanki tłuszczowej w dolnej połowie ciała.

Wg kryteriów etiologicznych rozpoznaje się:

- Otyłość pierwotną (prostą, samoistną) – do jej powstania przyczyniają się głównie czynniki środowiskowe, m.in.: nieprawidłowe nawyki żywieniowe, zmniejszona aktywność fizyczna, długotrwałe unieruchomienie w przebiegu przewlekłych chorób.
- Otyłość wtórną (objawową) – do jej powstania dochodzi w przebiegu wielu chorób: niedoczynności tarczycy, wyspiaku trzustki, zespole policystycznych jajników, zespole/chorobie Cushinga, a także w rzadkich chorobach uwarunkowanych genetycznie, m.in. w zespole Morgagniego-Morela-Stewart, Laurence'a–Moon-Bardeta-Biedla, Pradera-Willego-Labharta oraz innych. Ponadto, jedną z postaci otyłości wtórej jest otyłość polekowa, mogąca wystąpić w następstwie farmakoterapii. Do otyłości wtórej przyczynia się także uszkodzenie ośrodków podwzgórzowych regulujących pobór pokarmu spowodowane obecnością guzów i tętniaków okolic podwzgórza i przysadki, urazami głowy, neuroinfekcjami, chorobami naciekowymi i zwyrodnieniowymi ośrodkowego układu nerwowego, jego wadami rozwojowymi lub napromieniowaniem, a także po przeprowadzonych operacjach neurochirurgicznych w okolicy podwzgórza. [4]

Główne czynniki rozwoju otyłości:

- **Spożywanie wysokoprzetworzonej żywności:** taka żywność zawiera w swoim składzie znaczne ilości cukru, soli, tłuszczu, konserwantów, wzmacniaczy smaku itp.
- **Picie słodkich napojów:** szklanka słodzonego napoju może dostarczyć nawet kilku dodatkowych łyżek cukru dziennie.
- **Niewielkie spożycie warzyw i owoców:** warzywa i owoce są źródłem wielu niezbędnych witamin i minerałów oraz błonnika.
- **Zbyt obfite posiłki i mała aktywność fizyczna:** taki stan prowadzi do przewagi energii pobranej z pożywienia nad energią wydatkowaną, co skutkuje nadmiernym przyrostem masy ciała.
- **Siedzący tryb życia:** już ponad 70% nastolatków powyżej 15. roku życia spędza ponad 2 godziny dziennie przed ekranem komputera, tabletu czy telefonu komórkowego (tzw. screen time). [5]

Zgodnie z danymi Instytutu Żywności i Żywienia prognozowana narastająca częstość występowania nadwagi i otyłości w Polsce niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne, jak również może niekorzystnie wpływać na rozwój cywilizacyjny kraju.

Następstwem nadwagi i otyłości u dzieci są liczne problemy zdrowotne (cukrzyca typu 2, nadciśnienie, zaburzenia hormonalne), ale także społeczne (zmniejszenie szans edukacyjnych). Zgodnie z danymi opublikowanymi w ramach projektu KIK/34 w Szwajcarsko – Polskim Programie Współpracy wyróżnia się następujące **powikłania otyłości u dzieci**:

- psychosocjalne (zła samoocena, lęk, depresja, zaburzenia jedzenia, izolacja społeczna, gorsze wyniki w nauce),
- neurologiczne,
- endokrynologiczne (insulinooporność, cukrzyca typu 2, przedwczesne dojrzewanie, zespół policyklicznych jajników, hipogonadyzm),
- sercowo – naczyniowe (rodzaj powikłania: zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, koagulopatia, dysfunkcja śródbłonna),
- płucne (zespół nocnego bezdechu, astma, nietolerancja ćwiczeń fizycznych),
- żołądkowo – jelitowe i wątrobowe (rodzaj powikłania: choroba refluksowa przełyku, choroba stłuszczeniowa wątroby, kamica żółciowa, zaparcia stolca),
- nerkowe (stwardnienie kłębuszków nerkowych),
- kostno – szkieletowe (ból pleców, zwichnięcie nasady głowy kości udowej, tendencja do częstszych złamań kości kończyn górnych, płaskostopie).

Do **głównych czynników rozwoju otyłości** należy nieprawidłowe żywienie, które polega na zbyt wysokim spożyciu tłuszczów pochodzenia zwierzęcego (posiłki typu fast-food), cukrów prostych i soli (słone przekąski, słodkie i słodzone napoje, słodczyce), a zbyt niskim – warzyw i owoców oraz pełnoziarnistych produktów zbożowych. Przy tym polskie społeczeństwo charakteryzuje się niską aktywnością fizyczną, która również przyczynia się do rozwoju nadmiernej masy ciała. Oszacowano, że jedynie ok. 30% dzieci i młodzieży i 10% dorosłych uprawia formy ruchu, których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają potrzeby fizjologiczne organizmu. [6]

Światowa Organizacja Zdrowia odnosząc się także do szybkiego tempa wzrostu otyłości przewiduje, że w 2025 r. ok. 12 milionów dzieci będzie miało nieprawidłową tolerancję glukozy, 4 miliony zachoruje na cukrzycę typu 2, 27 milionów będzie miało nadciśnienie, a u 38 milionów dojdzie do stłuszczenia wątroby lub nagromadzenia tłuszczu w tym organie. Badania dowodzą, że większość młodych ludzi nie wyrasta z problemu otyłości, a czterech na pięciu otyłych nastolatków będzie miało problemy z masą ciała w wieku dorosłym. [7]

Według raportu NFZ opublikowanego w maju 2024 r. otyłość stanowi jedno z głównych wyzwań zdrowia publicznego na świecie. Blisko **jedna czwarta populacji osób żyjących w 2035 r. (24%) będzie otyła**. Oszacowano, że w 2035 r. na świecie będzie 4 mld osób z nadwagą lub otyłością. Z prognoz dla Polski wynika, że w 2035 r. ponad 35% dorosłych

mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet będzie chorych na otyłość. Szacuje się, że refundacja leczenia konsekwencji choroby otyłościowej wyniosła w 2023 roku co najmniej 3,8 mld zł. [8]

Niniejszy problem zdrowotny wpisuje się w cel operacyjny 1. Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, tj. „Profilaktyka nadwagi i otyłości” oraz w obszar działania Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Łódzkiego na lata 2022-2026 mówiący o profilaktyce, w tym o realizacji programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej, działań edukacyjnych i profilaktycznych odpowiadających na zidentyfikowane problemy zdrowotne mieszkańców województwa, takie jak: m.in. nowotwory, choroba niedokrwienna serca, udary, cukrzyca, otyłość, zaburzenia psychiczne itp. [9,10]

Zgodnie z „**Mapą potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.**” jednym z elementów monitorowania stanu zdrowia populacji, a także skutecznego zapobiegania chorobom jest ocena wpływu czynników ryzyka. Możliwość eliminacji lub zmniejszenia narażenia na czynnik związany z wystąpieniem danego problemu zdrowotnego powoduje obniżenie zachorowalności i w rezultacie wpływa na długość i jakość życia. Mapa potrzeb zdrowotnych wskazuje, że rekomendowanym kierunkiem działań jest m.in. **podjęcie skutecznych działań z zakresu promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości (szczególnie wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży)**. [11]

Codzienna profilaktyka otyłości, jako zdrowy styl życia całej rodziny (wg serwisu NFZ Akademia NFZ):

- Spożywanie regularnie 4-5 mniejszych posiłków w ciągu dnia, w gronie rodzinnym, a nie przed telewizorem.
- Zastąpienie napojów słodzonych i soków wodą mineralną.
- Nienagradzanie i niepocieszanie dzieci słodyczami – należy wybrać kreatywne/ edukacyjne nagrody, wspólne działania.
- Bycie aktywnym – ruszanie się i ćwiczenie razem – co najmniej 30 minut dziennie.
- Dbanie o odpowiednią długość i jakość snu.
- Rozmawianie i na bieżąco rozwiązywanie problemów – wsparcie emocjonalne i zdrowe relacje w rodzinie są podstawą harmonijnego rozwoju. [5]

Według Wytycznych Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce u wielu osób 5–10% redukcja masy ciała zmniejsza ryzyko rozwoju powikłań otyłości lub polepsza ich przebieg, a także redukuje ryzyko sercowo-naczyniowe. Ponadto, ogólna poprawa stanu zdrowia w wyniku długotrwałe utrzymanej redukcji masy ciała przekłada się na zmniejszenie śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych i śmiertelności ogólnej. [12]

I.2. Dane epidemiologiczne

Według danych WHO w 2022 r. 1 na 8 osób na świecie cierpiało na otyłość.

W 2022 r. 2,5 miliarda **osób dorosłych** w wieku 18 lat i więcej miało nadwagę, w tym ponad 890 milionów miało problem z otyłością. WHO oszacowała, że na całym świecie 43% populacji dorosłej miało nadwagę, a 16% było otyłe.

W przypadku **dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat** problem nadwagi dotyczył ponad 390 mln tej populacji wiekowej, w tym 160 mln cierpiało na otyłość. Częstość występowania nadwagi (w tym otyłości) wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat wzrosła dramatycznie z zaledwie 8% w 1990 r. do 20% w 2022 r.

WHO podała również, że 37 milionów **dzieci poniżej 5 roku życia** miało nadwagę. [13]

Według danych GUS w Polsce w 2019 r. ponad 38% to osoby z nadwagą, a blisko 19% – z otyłością; łącznie daje to niemal 57% osób z nadmierną masą ciała. Masę ciała w normie miało około 40% mieszkańców Polski. [14]

W Polsce według Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości nadwaga lub otyłość występują u: 12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym, 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym. [15]

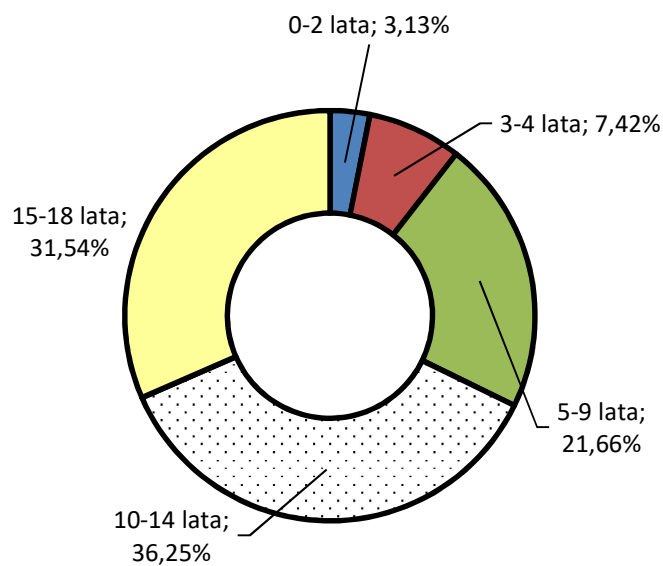
Analiza różnic rozkładów masy ciała w poszczególnych województwach wskazuje, że w województwie łódzkim 59,2% osób w wieku 15 lat i więcej miało nadmierną masę ciała. Łódzkie zajmowało tym samym niechlubne 3 miejsce w kraju pod względem odsetka osób w wieku 15 lat i więcej z nadwagą i otyłością (po woj. śląskim - 61,9% i lubuskim - 59,3%). [16]

Tabela 1. Masa ciała osób w wieku 15 lat i więcej (wg GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.)

Wyszczególnienie	Według indeksu masy ciała (BMI)				
	ogółem	niedowaga	w normie	nadwaga	otyłość
	W odsetkach				
Ogółem	100,0	3,0	40,4	38,1	18,5
Dolnośląskie	100,0	3,6	42,0	39,5	14,9
Kujawsko-pomorskie	100,0	4,1	37,7	38,5	19,8
Lubelskie	100,0	3,3	39,1	37,3	20,3
Lubuskie	100,0	2,4	38,2	37,0	22,3
Łódzkie	100,0	2,8	38,0	38,4	20,8
Małopolskie	100,0	3,4	39,1	39,2	18,3
Mazowieckie	100,0	2,8	42,5	36,7	18,0
Opolskie	100,0	4,1	38,5	34,1	23,3
Podkarpackie	100,0	2,2	43,1	38,8	15,9
Podlaskie	100,0	2,1	42,0	38,0	17,8
Pomorskie	100,0	2,5	41,9	38,5	17,1
Śląskie	100,0	2,4	35,6	40,5	21,4
Świętokrzyskie	100,0	2,6	42,0	40,4	14,9
Warmińsko-mazurskie	100,0	4,3	41,9	36,0	17,8
Wielkopolskie	100,0	3,2	41,5	38,2	17,1
Zachodniopomorskie	100,0	4,0	44,9	33,2	18,0

W województwie łódzkim pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w 2022 r. pozostawało 61.766 dzieci w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono schorzenia przewlekłe, w tym 4.759 (7,7 %) dzieci było leczonych z powodu otyłości. Otyłość stanowiła **czwarty pod względem częstości występowania problem zdrowotny wśród dzieci ze schorzeniami przewlekłymi** (pierwszy, tj. 28% stanowiły alergie, drugi tj. 13,9% zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, trzeci 13,3% - zniekształcenia kręgosłupa). Należy dodać, że spośród dzieci z problemem otyłości największy odsetek stanowiły dzieci w wieku 10-14 lat (tj. 1.725 dzieci; 36,25 %). [17]

Poniżej wykres obrazuje dzieci leczone z powodu otyłości wg wieku:



Tab. 2. Dzieci w wieku 0-18 lat objęte czynną opieką lekarza POZ z powodu otyłości w województwie łódzkim w latach 2021-2022 (wg danych Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego) [18]

Lp.	Powiat	2021					2022						
		Liczba osób, u których stwierdzono otyłość ogółem (stan w dniu 31.12.)	z tego w wieku					Liczba osób, u których stwierdzono otyłość ogółem (stan w dniu 31.12.)	z tego w wieku				
			0-2	3-4	5-9	10-14	15-18		0-2	3-4	5-9	10-14	15-18
1	bełchatowski	127	2	10	23	47	45	148	3	8	26	57	54
2	kutnowski	258	8	26	55	95	74	194	6	16	47	61	64
3	łaski	11	0	1	1	8	1	10	0	0	1	7	2
4	łęczycki	135	0	3	26	66	40	165	3	3	33	76	50
5	łowicki	195	8	15	48	69	55	202	8	13	45	68	68
6	łódzki wschodni	215	20	26	38	70	61	240	21	28	49	77	65
7	opoczyński	120	1	2	32	57	28	80	0	1	21	44	14
8	pabianicki	305	5	15	63	119	103	281	10	21	64	106	80
9	pajęczański	99	1	7	21	45	25	56	2	4	13	23	14
10	piotrkowski	60	5	2	8	27	18	124	3	9	22	49	41
11	poddębicki	105	1	4	32	34	34	83	1	4	23	32	23
12	radomszczański	446	6	27	115	168	130	463	9	29	111	179	135
13	rawski	171	1	12	61	83	14	142	0	5	54	65	18
14	sieradzki	172	0	5	42	74	51	159	0	6	37	73	43
15	skierniewicki	226	8	7	20	82	109	79	10	11	19	16	23
16	tomaszowski	156	1	7	39	59	50	175	2	14	39	63	57
17	wieluński	548	3	31	83	124	307	529	3	31	83	158	254
18	wieruszowski	214	9	24	54	68	59	230	11	16	54	86	63
19	zduńskowolski	14	0	0	3	9	2	21	0	1	2	9	9
20	zgierski	417	15	41	91	152	118	111	0	5	24	55	27
21	brzeziński	6	0	0	2	3	1	6	1	0	1	3	1
22	m. Łódź	657	12	66	139	231	209	772	3	45	167	291	266
23	m. Piotrków Tryb.	282	42	56	35	74	75	291	47	63	36	67	78
24	m. Skierniewice	203	5	19	61	64	54	198	6	20	60	60	52
RAZEM		5142	153	406	1092	1828	1663	4759	149	353	1031	1725	1501

Według danych z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na temat pacjentów w wieku 0-18 lat, którym udzielono świadczeń w AOS ze sprawozdanym rozpoznaniem E65-E66 w 2023 r. wyniosła 860, w tym ponad połowę (51%) stanowiły dzieci w wieku 10-14 lat. Natomiast liczba pacjentów w tym przedziale wiekowym hospitalizowanych z problemem otyłości wyniosła 440, z czego 44,5% stanowiły dzieci w wieku 10-14 lat (przy czym w grupie wiekowej 10-14 lat największy odsetek dzieci hospitalizowanych z powodu otyłości stanowiła populacja 14-latków; 25%). Poniżej szczegółowe informacje w tym zakresie. [19]

Tab. 3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wg danych ŁOW NFZ w Łodzi

rozpoznanie wg ICD 10	Rok	liczba pacjentów w wieku 0-18 z rozpoznaniem leczonych w AOS z powodu otyłości	w tym liczba pacjentów wg grupy wiekowej				
			10 lat	11 lat	12 lat	13 lat	14 lat
E 65, E66, E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9	2021	895	69	78	97	120	107
	2022	911	74	90	97	109	112
	2023	860	55	82	86	88	131
suma	2021-2023	1 979	198	250	280	317	350

Liczba pacjentów w wieku 0-18 z rozpoznaniem leczonych w AOS z powodu otyłości wynosi **1.979**. Na tą sumę składają się **unikatowe numery Pesel**.

Tab. 4. Leczenie szpitalne (świadczenia stacjonarne), wg danych ŁOW NFZ w Łodzi

Rozpoznanie wg ICD 10	Rok	Liczba pacjentów w wieku 0-18 z rozpoznaniem hospitalizowanych z powodu otyłości	W tym pacjentów wg grupy wiekowej				
			10 lat	11 lat	12 lat	13 lat	14 lat
E65-E66	2021	289	30	17	32	23	30
	2022	317	24	22	25	46	30
	2023	440	25	44	33	45	49
Suma		1046	79	83	90	114	109

I.3. Opis obecnego postępowania

Pomiary wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej). [20]

W obecnym systemie opieki zdrowotnej **nie ma świadczeń w zakresie kompleksowego leczenia nadwagi i otyłości**. Niemniej jednak warto zauważyć, że **niektóre jednostki samorządu terytorialnego finansują realizację programów profilaktyki nadwagi i otyłości**. Według danych dostępnych w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dotyczących opinii o projektach programów polityki zdrowotnej w latach 2023-2024 wynika, iż jednostki samorządu terytorialnego przesyłały do AOTMiT projekty programów profilaktyki otyłości u dzieci i młodzieży. Były to m.in.: Gmina Miejska Świdwin, Powiat Tczewski, Gmina Gogolin, Gmina Kalisz Pomorski, Miasto Elk, Województwo Dolnośląskie. [21]

Ponadto, w 2019 roku województwo łódzkie wdrożyło „Program dotyczący przeciwdziałania nadwadze i otyłości w województwie łódzkim wśród osób w wieku aktywności zawodowej na lata 2019-2023 – pilotaż „odWAŻYMY ŁÓDZKIE” współfinansowany ze środków EFS.

Należy również zauważyć, że w ramach celu operacyjnego 1 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2023 Ministerstwo Zdrowia realizuje szereg zadań, w tym m.in. poprzez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, który dzięki Narodowemu Centrum Edukacji Żywnościowej (NCEŻ) umożliwia dostęp do wiarygodnych, praktycznych i podanych w przystępny sposób informacji na temat żywności, żywienia i zdrowego stylu życia. Każdy zainteresowany poprawą stanu swojego zdrowia i jakości życia, ma dostęp do wyników najnowszych badań, szeregu artykułów edukacyjnych, materiałów video i wielu innych praktycznych narzędzi pomagających w zmianie nawyków na prozdrowotne. Można zapisać się na bezpłatne konsultacje online: dietetyka, psychodietetyka i specjaliści ds. aktywności fizycznej.

Ponadto, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało od 1 września 2025 r. wprowadzenie do szkół edukacji zdrowotnej, w tym m.in. dotyczącej zdrowego odżywiania. [22]

Program może stanowić wartość dodaną i uzupełnienie do obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej oraz planowanych przez Ministerstwo działań edukacyjnych w szkołach, ponieważ nie ma obecnie w systemie opieki zdrowotnej profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci, która by oferowała tak kompleksowe interwencje, jak są oferowane w Programie.

II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

II.1. Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (redukcja o co najmniej 2 jednostki BMI w ciągu roku w stosunku do początkowego wyniku badania antropometrycznego, wykonanego na pierwszej wizycie) wśród co najmniej 40% dzieci w wieku 10 lat (biorąc pod uwagę rok urodzenia przy włączeniu do Programu) z problemem nadwagi i otyłości z terenu województwa łódzkiego w latach 2025-2027 poprzez przeprowadzenia kompleksowych interwencji w zakresie profilaktyki i redukcji nadwagi i otyłości.

Cel główny, jak i wartości odniesienia zostały określone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej dla województwa łódzkiego – dr hab. n. med. Renatę Stawerską. Pani Konsultant zaznaczyła, że po konsultacjach ze środowiskiem ustaliła, stanowisko: „że jeżeli w ciągu roku nastąpi redukcja BMI o 2 , to oznaczać to będzie, że dziecko, które w tym czasie urośnie 5 cm będzie miało podobną do wyjściowej lub tylko nieznacznie mniejszą masę ciała, ale jego BMI zbliży go z całą pewnością do siatki centylowej. Czyli BMI o 2 na rok”.

Zgodnie ze Stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością cele zmniejszenia masy ciała określa się na podstawie wieku dziecka, stopnia otyłości i związanych z nią chorób towarzyszących. Sugeruje się, że u dzieci młodszych celem leczenia powinna być stabilizacja masy ciała z sukcesywną redukcją BMI (postępującą wraz ze wzrostem dziecka). Utrzymanie stabilnej masy ciała przez ponad rok może być właściwym celem dla dzieci z nadwagą i nieznaczną otyłością, ponieważ wówczas BMI zmniejszy się wraz z przyrostem wysokości dziecka [3].

II.2. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia, w tym zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej u co najmniej 70% dzieci uczestniczących w Programie, w latach 2025-2027 (minimum 75% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście oznacza wysoki poziom wiedzy; czyli uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy będzie miało miejsce, w sytuacji gdy uczestnik będzie miał minimum 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście, a w pre-teście poniżej 75%, a utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy – minimum 75% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście).

2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia, w tym zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej u co najmniej 70% rodziców/ opiekunów uczestniczących w Programie, w okresie objętym Programem (minimum 80% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście oznacza wysoki poziom wiedzy, czyli uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy będzie miało miejsce, w sytuacji gdy uczestnik będzie miał minimum 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście, a w pre-teście poniżej 80%, a utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy – minimum 80% poprawnych odpowiedzi w pre- i post-teście).
3. Poprawa sposobu odżywiania w odniesieniu do stanu początkowego lub utrzymanie prawidłowego sposobu odżywiania u co najmniej 60% dzieci uczestniczących w Programie, w latach 2025-2027 (efekt zdrowotny oceniony na podstawie kwestionariusza; załącznik D do Programu).
4. Zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej lub ich utrzymanie wśród 60% dzieci objętych interwencją z zakresu aktywności ruchowej, w latach 2025-2027 (efekt zdrowotny oceniony na podstawie kwestionariusza; załączniki E do Programu).

Uzasadnienie dla przyjętych wartości docelowych w przypadku celów szczegółowych:

Wskazane wartości docelowe uznano za ambitne i jednocześnie realne do osiągnięcia. Przy tak rozbudowanym programie i jednocześnie z tak mnogą ilością edukacji zdrowotnej dla uczestników należy oczekiwać wyżej wymienionych rezultatów.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

L.p.	Miernik	Wartość odniesienia	przewidywana wartość do osiągnięcia	sposób pomiaru	realizacja celu
	Liczba dzieci, u których w trakcie trwania Programu doszło do redukcji nadwagi i otyłości (redukcji BMI o 2 jednostki	pomiar wzrostu i masy ciała na pierwszej wizycie kwalifikacyjnej lekarskiej i obliczenie wartości BMI	redukcja BMI o 2 jednostki BMI w stosunku do pomiaru początkowego przeprowadzonego na pierwszej wizycie lekarskiej	Sprawozdawczość Realizatora, wyniki pomiaru BMI przeprowadzone na pierwszej i ostatniej wizycie lekarskiej	Cel główny
1	Odsetek dzieci, które zwiększyło lub utrzymało wysoki poziom wiedzy na temat zdrowego stylu życia	Liczba dzieci objętych Programem	70%	Sprawozdawczość Realizatora, wyniki testu wiedzy; szczegółowe objaśnienie oceny testu jest określony przy interwencji dotyczącej konsultacji lekarskich	cel szczegółowy 1
2	Odsetek rodziców/opiekunów, którzy zwiększyli lub utrzymali wysoki poziom wiedzy na temat zdrowego stylu życia	Liczba rodziców/opiekunów objętych Programem	70%	Sprawozdawczość Realizatora, wyniki testu wiedzy; szczegółowe objaśnienie oceny testu jest określone przy interwencji dotyczącej konsultacji lekarskich	cel szczegółowy2
3	Odsetek dzieci, u których odnotowano poprawę sposobu odżywiania lub, które utrzymały prawidłowy sposób odżywiania	Liczba dzieci objętych Programem	60%	kwestionariusz (ocena kwestionariusza; szczegółowy; sposób oceny został określony w załączniku D do Programu)	cel szczegółowy 3
4	Odsetek dzieci, u których odnotowano zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej lub ich utrzymanie	Liczba dzieci objętych Programem	60%	Kwestionariusz (ocena kwestionariusza; sposób oceny został określony w załączniku F do Programu)	cel szczegółowy4

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

III.1. Populacja docelowa

Program jest skierowany do dzieci w wieku 10 lat z terenu województwa łódzkiego (urodzonych w 2015 roku i w 2016 roku) z problemem nadmiernej masy ciała, których rodzice/opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na udział ich dziecka w Programie (wg załącznika A do Programu).

W dniu 31.12.2023 roku wg danych GUS liczba ludności w województwie łódzkim wynosiła 2.362.519 osób, w tym było 22.551 dzieci w wieku 10 lat (11.508 chłopców i 11.043 dziewczynek). [23]

Kompleksowe interwencje, na które składają się konsultacje lekarskie, porady dietetyczne, zajęcia aktywności fizycznej, wsparcie psychologiczne będą realizowane w latach 2025 – 2027, przy czym biorąc pod uwagę złożoność Programu, mnogość interwencji, realny czas potrzeby na zrealizowanie pełnej ścieżki pacjenta oraz populację, do której jest skierowany (częstość występowania infekcji szczególnie w sezonie infekcyjnym, wakacje, ferie, które mogą wpływać na absencję w Programie), zakłada się, że **rekrutacja dzieci urodzonych w 2015 roku odbędzie się w 2025 r.**, zaś rekrutacja **dzieci urodzonych w 2016 r. zostanie przeprowadzona w 2026 r.** W 2027 r. nie planuje się włączenia nowych dzieci do Programu tylko dokończenie leczenia u dzieci, które rozpoczęły interwencje w 2026 r.

Szacunkowa liczba dzieci 10 - letnich w województwie łódzkim wg danych GUS w poszczególnych latach będzie następująca:

Rekrutacja	Rok urodzenia dziecka	Szacunkowa liczba dzieci w wieku 10 lat z terenu woj. łódzkiego	źródło danych
2025	2015	22.113 (w tym: 11.361 chłopców, 10.752 dziewczynek)	https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tabl.es.aspx (tab. urodzenia wg województw i podregionów, rok 2015, ogółem, urodzenia żywe)
2026	2016	22.794 (w tym: 11.769 chłopców, 11.025 dziewczynek)	https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tabl.es.aspx (tab. urodzenia wg województw i podregionów, rok 2016, ogółem, urodzenia żywe)

Na podstawie danych Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości (problem nadwagi i otyłości dotyczy 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym) oszacowano populację dzieci w wieku 10 lat z terenu województwa łódzkiego z problemem nadwagi i otyłości:

- W 2025 r. problem dotyczyć będzie ok. 3.600 dzieci urodzonych w 2015 r.
- W 2026 r. problem ten obejmie ok. 3.750 dzieci urodzonych w 2016 r.

Biorąc pod uwagę możliwości budżetowe samorządu w latach 2025 – 2027 przewiduje się objęcie interwencjami ok. 500 dzieci z problemem nadwagi i otyłości, tj. 10% populacji docelowej oraz ok. 500 rodziców/opiekunów dzieci.

W roku 2025 zostanie włączonych do Programu ok. 250 dzieci z nadwagą lub otyłością urodzonych w 2015 roku Interwencje u dzieci z tego rocznika będą prowadzone w latach 2025-2026. W tym okresie czasu zostaną objęci Programem także rodzicie/opiekunowie dzieci z ww. rocznika.

W roku 2026 zostanie włączonych do Programu ok. 250 dzieci z nadwagą lub otyłością urodzonych w 2016 roku; interwencje u dzieci z tego rocznika będą prowadzone w latach 2026-2027. W tym okresie czasu zostaną objęci Programem także rodzicie/opiekunowie dzieci z ww. rocznika.

Harmonogram rekrutacji i realizacji:

Rok urodzenia dziecka	Rekrutacja	Harmonogram
2015	2025	<ul style="list-style-type: none">– 2025 (rekrutacja, włączenie ok. 250 dzieci z nadwagą lub otyłością i ich rodziców/ opiekunów; realizacja kompleksowych interwencji);– 2026 (dokończenie kompleksowych interwencji).
2016	2026	<ul style="list-style-type: none">– 2026 (rekrutacja, włączenie ok. 250 dzieci z nadwagą lub otyłością i ich rodziców/opiekunów; realizacja kompleksowych interwencji);– 2027 (dokończenie kompleksowych interwencji).

Na harmonogram rekrutacji i realizacji kompleksowych świadczeń, wpływa harmonogram budżetu województwa JST, procedura konkursowa, procedowanie umów, podpisanie umów - tj. elementy które wpływają na sam czas rozpoczęcia realizacji Programu, a tym samym realizacji interwencji. Szacuje się, że u jednego dziecka **interwencje powinny obejmować okres około 12 - 14 miesięcy** w przedziale czasowym określonych w harmonogramie (w uzasadnionych przypadkach może być to nieco dłuży okres czasu, ale nie może on wykroczyć poza harmonogram dla dzieci z danego rocznika).

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

Kryteria włączenia:

Do Programu będą zakwalifikowane dzieci spełniające wszystkie poniższe warunki:

1. Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w Programie (załącznik A do Programu).
2. Zamieszkanie na terenie województwa łódzkiego.
3. Rok urodzenia dziecka 2015 (w przypadku rekrutacji do Programu w 2025 r.); rok urodzenia dziecka 2016 (w przypadku rekrutacji do Programu w 2026 r.).
4. Problem z nadmierną masą ciała, tj. z nadwagą lub otyłością.
5. Wskaźnik BMI powyżej 85 centyla dla wieku i płci dziecka na właściwej siatce centylowej (siatki Ola i Olaf).

Kryteria włączenia nr 1,2,3,4 zostaną zweryfikowane na etapie rejestracji pacjenta do udziału w Programie, natomiast kryterium nr 5 zostanie zweryfikowane w ramach Programu przez lekarza na pierwszej wizycie kwalifikacyjnej.

Kryteria wykluczenia:

1. Objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń endokrynologicznych lub metabolicznych w ramach środków z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).
2. Brak spełnienia któregośkolwiek z kryterium włączenia.
3. Indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w Programie.

Kryteria wykluczenia nr 1,2 zostaną zweryfikowane na etapie rejestracji pacjenta do udziału w Programie, natomiast kryterium nr 3 zostanie zweryfikowane w ramach Programu przez lekarza na pierwszej wizycie kwalifikacyjnej.

O ostatecznej kwalifikacji dzieci do udziału w Programie, tj. wszystkich zaproponowanych interwencji decyduje lekarz podczas wizyty kwalifikacyjnej.

Mając na uwadze środki przeznaczone na realizację Programu należy zaznaczyć, że o udziale w Programie będzie też decydowała kolejność zgłoszeń.

Nieodłącznym elementem Programu będzie **akcja informacyjna** prowadzona przez poszczególnych Realizatorów Programu, jak i Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego.

Do udziału w Programie osoby zainteresowane zgłaszają się spontanicznie, po uprzednim telefonicznym lub osobistym umówieniu na wyznaczony termin. Informacja o programie zostanie zamieszczona m.in. w siedzibie i na stronie internetowej Realizatora.

Wśród planowanych działań promocyjnych Urzędu znajdują się m.in.:

- ogłoszenia zachęcające do udziału i informujące o Programie (m.in. o zasadach jego organizacji i udzielania świadczeń, miejscach realizacji, a także o możliwościach zapisania się do Programu) na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego,
- przekazanie informacji w tym zakresie zainteresowanym podmiotom (np. jednostkom samorządu terytorialnego, podmiotom leczniczym),
- współpraca ze szkołami (rozpowszechnienie informacji o Programie, m.in. jego organizacji, zasadach uczestnictwa, miejscach realizacji wśród rodziców uczniów uczęszczających do szkół podstawowych z terenu województwa łódzkiego). W ramach współpracy, w celu zintensyfikowania zaangażowania szkół w realizację programu będzie prowadzone wsparcie działań edukacyjnych, w tym również edukacja w zakresie organizacji środowiska funkcjonowania uczniów dotyczącego produktów żywnościowych w szkole i aktywności fizycznej w szkole. Po wyborze realizatorów programu zostanie opracowana broszura informacyjno-edukacyjna dla szkół z terenu województwa łódzkiego. Edukacja w tej formie pozwoli dotrzeć z informacją do szerokiego grona odbiorców, w tym: nauczycieli, rodziców, uczniów szkół. Broszura będzie zawierała treści edukacyjne w zakresie:
 - poprawy ogólnego środowiska dot. produktów żywnościowych w szkole m.in. dotyczące usuwania automatów sprzedających słodzone napoje lub przekąski o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli; zakazu sprzedaży tego rodzaju produktów; konieczności zapewnienia w szkole bezpłatnych lub tanich owoców, wody .
 - poprawy ogólnego środowiska aktywności fizycznej w szkole, m.in. o zwiększeniu dziennych zajęć aktywności fizycznej zorganizowanych w trakcie i po godzinach lekcyjnych; dostępności szkolnych placów zabaw dla zorganizowanych lub dowolnych aktywności fizycznych podczas i po godzinach lekcyjnych.

W broszurze będą zawarte informacje o programie, ale również o innych działaniach realizowanych przez Województwo Łódzkie dotyczących zdrowego odżywiania; m.in. na 2025 r. zaplanowano w ramach ustawy o zdrowiu publicznym organizację w placówkach oświatowych warsztatów edukacyjnych w zakresie zdrowego odżywiania połączonych z częścią praktyczną (kulinarną) dla dzieci - na ten cel zaplanowano w projekcie budżetu województwa łódzkiego na 2025 r. kwotę 100.000 zł. Celem warsztatów jest poszerzenie

wiedzy na temat prawidłowego odżywiania, pobudzenia chęci poszukiwania nowych smaków oraz świadomości wyborów. Podczas spotkań dzieci będą miały okazję poznać nowe smaki, zdrowe wersje przekąsek, zostaną zapoznane z zasadami zdrowego odżywiania, jak powinien wyglądać prawidłowo skomponowany posiłek, jakie przekąski wybierać, poznać różne warzywa i owoce, poćwiczyć umiejętność przygotowywania posiłków, zapoznać się z dobrymi nawykami żywieniowymi, przekonać się, że zdrowe jedzenie może być smaczne, różnorodne i kolorowe. Warsztaty edukacyjno-kulinarne będą prowadzone równoległe do działań określonych w Programie, ale nie będą ich elementem. Będą one realizowane jako odrębne zadanie, niemniej jednak wspierające Program.

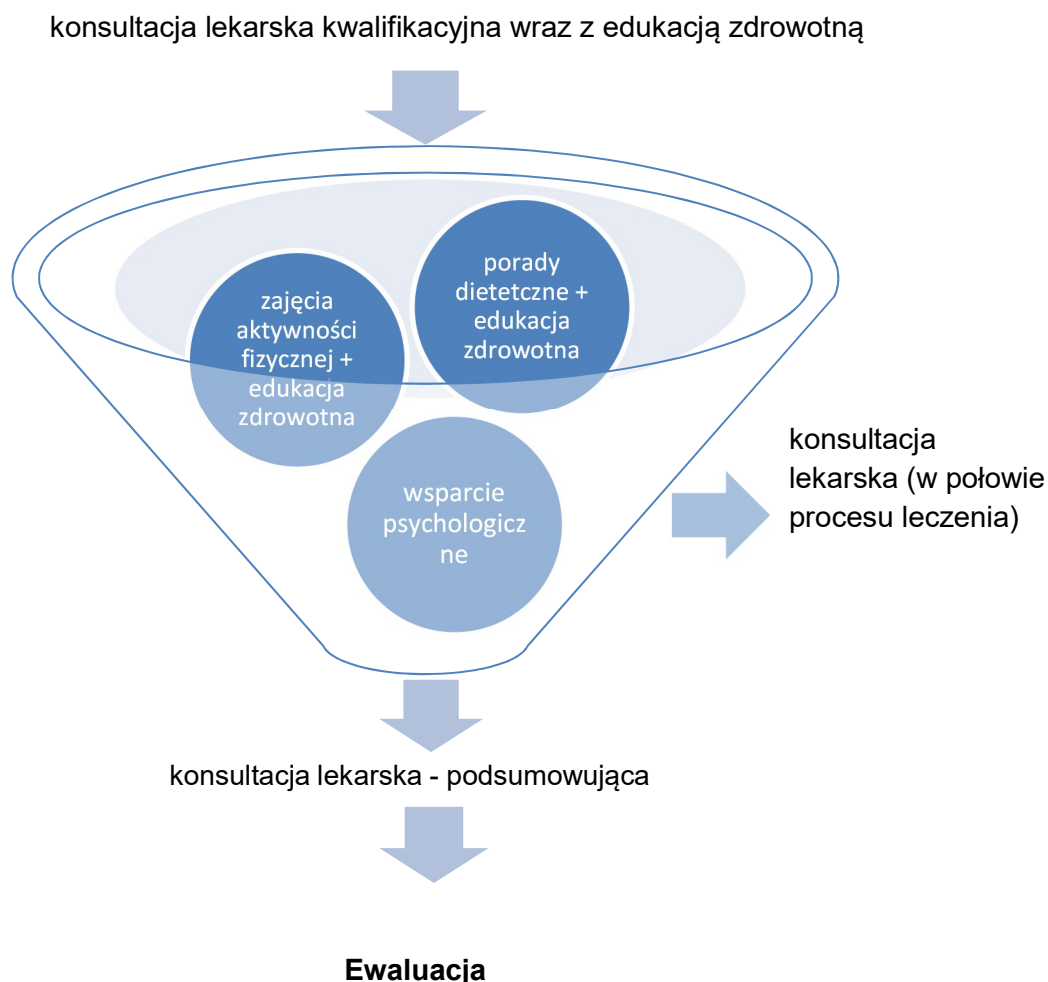
Niniejsze działania o charakterze informacyjno-promocyjnym Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego będzie prowadził **w ramach swojej działalności bez angażowania dodatkowych środków finansowych.**

Realizatorzy także będą Promowali program poprzez informowanie o programie (w tym m.in. o zasadach uczestnictwa w Programie, jego organizacji, jak również korzyściach płynących z uczestnictwa w Programie, kryteriach kwalifikacji do udziału w Programie) dla przykładu: w swojej siedzibie, w mediach społecznościowych, na stronie internetowej, w szkołach (np. na zebraniach szkolnych).

III.3. Planowane interwencje

Planowane interwencje są bezpłatne w ramach Programu i otrzymują je dzieci, które spełnią kryteria kwalifikacji. Realizator poinformuje rodziców/opiekunów prawnych (w formie ustnej bądź papierowej) o zasadach uczestnictwa w Programie, jego organizacji, rodzaju i bezpieczeństwie planowanych działań, w tym również ochronie danych osobowych. Realizator powinien pozyskać pisemne zgody od rodziców/opiekunów prawnych do udziału ich dzieci w Programie oraz oświadczenia w zakresie spełnienia kryteriów kwalifikacji do Programu (zgodnie z załącznikiem A do Programu), a także przeprowadzić pre-testy wśród dzieci (zgodnie z wzorem stanowiącym załącznikiem B do Programu) i ich rodziców/opiekunów (załącznik C do Programu).

Pierwszą i ostatnią planowaną interwencją powinna być konsultacja lekarska. Kolejne działania oferowane w ramach Programu powinny być realizowane w miarę możliwości równoległe (w zależności od możliwości organizacyjnych Realizatora/Realizatorów Programu). Przy zachowaniu pełnej ścieżki Programu dla każdego uczestnika zaplanowano uczestnictwo w multidyscyplinarnych interwencjach w wymiarze 26 godzin kontaktowych. Należy podkreślić, że w każdej interwencji powinien **aktywnie uczestniczyć także rodzic/opiekun dziecka**.



Konsultacja lekarska – przewidziano 3 konsultacje przypadające na 1 uczestnika (łącznie 3 godziny kontaktowe)

Pierwsza konsultacja lekarska kwalifikująca do udziału w Programie wraz z edukacją zdrowotną

Ze względu na grupę docelową, jaką są dzieci w okresie wzrostu i rozwoju z problemem nadwagi i otyłości do zespołu terapeutycznego zostanie włączony lekarz specjalista pediatrii lub lekarz specjalista endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub lekarz specjalista pediatrii metabolicznej.

Pierwsza konsultacja lekarska będzie się składać z ukierunkowanego wywiadu z rodzicami/opiekunami dziecka oraz badania przedmiotowego, które obejmie co najmniej ocenę stanu ogólnego dziecka, w tym dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz oceni stopień dojrzewania płciowego.

Wywiad powinien uwzględniać m.in. takie aspekty jak: historię rodziny, choroby towarzyszące, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, zażywanie leków, ilość i jakość snu oraz powinien być pogłębiony w kierunku wystąpienia chorób metabolicznych. Lekarz dokona również oceny rozwoju somatycznego dziecka, tj. pomiaru antropometrycznego; wykona pomiar masy ciała i wzrostu, obliczy wartość BMI oraz oceni te wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych (celem ujednoczenia, zgodnie z opinią konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej w programie proponuje się zastosowanie siatek Ola i Olaf). Pierwsza konsultacja ma na celu m.in. wykluczenie przeciwwskazań lekarskich do udziału w Programie ponieważ to lekarz decyduje o ostatecznej kwalifikacji dziecka do udziału dziecka w Programie. W przypadku braku przeciwwskazań dziecko zostaje włączone do wszystkich planowanych w Programie interwencji. Lekarz ustali plan jego leczenia i przekaze informacje dotyczące dalszej ścieżki w Programie. W zależności od możliwości organizacyjnych i od dyspozycyjności rodziców/opiekunów dziecka na pierwszej wizycie lekarz „poprowadzi pacjenta za rękę” i zostaną ustalone pierwsze terminy kolejnych 3 interwencji (dietetycznej, wsparcia psychologicznego i zajęć aktywności fizycznej), w których pacjent będzie uczestniczył. W przypadku, gdy dziecko nie kwalifikuje się do udziału w Programie lekarz przekaze rodzicom/opiekunom zalecenia co do dalszego postępowania (w formie pisemnej). Poinformuje o konieczności konsultacji z lekarzem POZ celem pogłębienia diagnostyki lub o konieczności konsultacji specjalistycznej w ramach świadczeń gwarantowanych. Należy zaznaczyć, że Program zakłada przeprowadzenie konsultacji kwalifikacyjnej dla pacjentów, u których mogą istnieć przeciwwskazania do udziału w Programie. Zakłada się, że taka sytuacja może dotyczyć ok. 2% pacjentów (procent ten oszacowano na podstawie informacji Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej, która mówi, że otyłość prosta stanowi ok. 90%

przypadków diagnozowanej otyłości w wieku rozwojowym¹ oraz uwzględniając możliwości budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego). W przypadku braku osób, u których byłyby przeciwwskazania pozostałaby pula wolnych środków, które Realizator mógłby przeznaczyć w zależności od potrzeb uczestników na przeprowadzenie dodatkowych interwencji, które są wymienione w Programie (np. dodatkowe konsultacje dietetyczne czy zajęcia z aktywności fizycznej).

W ramach konsultacji lekarskiej zostanie przeprowadzona edukacja zdrowotna, która będzie realizowana w formie rozmowy edukacyjnej **indywidualnie dla każdego dziecka i jego rodzica/opiekuna**. Każdy uczestnik Programu uzyska informacje na temat:

- problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość u dzieci,
- czynników ryzyka rozwoju otyłości,
- zagrożeń zdrowotnych i społecznych wynikających z nadwagi i otyłości u dziecka,
- powikłań otyłości,
- profilaktyki nadwagi i otyłości,
- leczenia nadwagi i otyłości,
- celu leczenia,
- zasad zdrowego odżywiania i zdrowego stylu życia,
- zaleceń co do dalszego postępowania dostosowanych indywidualnie dla uczestnika.

Edukacja powinna być zindywidualizowana, sposób i forma przekazania informacji powinna być dostosowana do obiorcy.

Na tym etapie dzieci, które w ocenie lekarza nie kwalifikują się do udziału w Programie kończą swój udział w Programie.

Druga konsultacja lekarska

Druga konsultacja powinna zostać przeprowadzona w połowie procesu leczenia. Wizyta ma na celu monitorowanie przebiegu leczenia i ocenę stanu dziecka. Lekarz dokona analizy wpływu dotychczas przeprowadzonych interwencji na stan zdrowia dziecka.

Trzecia konsultacja

Trzecia konsultacja zamyka ścieżkę Programu. Jest to ostatnia planowana interwencja. Lekarz dokona oceny rozwoju somatycznego dziecka (pomiaru antropometrycznego; wykona pomiar ciała i wzrostu, obliczy BMI oraz oceni tę wartość w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych: Ola i Olaf); a także przeprowadzi analizę wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach Programu na stan zdrowia dziecka. Rodzicom/opiekunom prawnym zostanie

¹ <https://ncez.pzh.gov.pl/dzieci-i-mlodziez/dzieci-przedszkolne-i-szkolne/profilaktyka-otylosci-u-dzieci-i-mlodziezy/>

przekazana informacja dotycząca wyników pomiarów przeprowadzonych w ramach Programu. Lekarz przekaze również zalecenia odnośnie dalszego postępowania poza Programem.

Na zakończeniu udziału w Programie, dzieci i ich rodzice/opiekunowie zostaną poproszeni o wypełnienie post-testu mającego na celu sprawdzenie, czy zaplanowana edukacja zdrowotna zakończyła się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia u dzieci i ich rodziców/opiekunów (odpowiednio załącznik B – dzieci i załącznik C – rodzice/opiekunowie). Test dla dzieci składa się z 8 pytań (jest to test jednokrotnego wyboru). Każda prawidłowa odpowiedź to 1 punkt, nieprawidłowa 0 punktów. Co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi oznaczać będzie wysoki poziom wiedzy. Zakłada się, że u 70% uczestników Programu nastąpi wzrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy.

Test dla rodziców/opiekunów składa się z 5 pytań (jest to test jednokrotnego wyboru). Każda prawidłowa odpowiedź to 1 punkt, nieprawidłowa 0 punktów. Co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi oznaczać będzie wysoki poziom wiedzy. Zakłada się, że u 70% uczestników Programu nastąpi wzrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy.

Lekarz omówi na wizycie wynik testu (liczba poprawnych odpowiedzi) i krótko omówi odpowiedzi (rozmowa edukacyjna).

Na zakończeniu udziału w Programie rodzic/opiekun zostanie poproszony przez Realizatora Programu o wypełnienie ankiety satysfakcji (zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik F do Programu).

Indywidualne porady dietetyczne – przewidziano do 12 porad dietetycznych na 1 uczestnika (12 godzin kontaktowych)

Pierwsza wizyta obejmuje:

- Wywiad zdrowotny i żywieniowy. Wywiad powinien uwzględniać między innymi takie elementy jak: choroby towarzyszące, alergie pokarmowe, przyjmowane leki i suplementy diety, wzorce żywieniowe i ocena dotychczasowego sposobu żywienia, (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, ilość i rodzaj płynów wypijanych dziennie, w jakich sytuacjach zachodzi potrzeba jedzenia, jakie i jak często spożywane są słodycze itp.), poziom aktywności fizycznej.
- Niezależnie do wywiadu dietetyk powinien zadać rodzicom/opiekunom dziecka pytania zawarte w krótkim kwestionariuszu dotyczącego sposobu odżywiania dziecka i zaznaczyć odpowiedzi udzielone przez rodzica/opiekuna (załącznik D do Programu)
- Dokonanie pomiaru wzrostu i masy ciała, w tym określenie BMI (siatki centylowe).

- Edukację zdrowotną dotyczącą zdrowego stylu życia skierowaną do rodziców/opiekunów. Będzie ona obejmować między innymi takie elementy jak: edukację w zakresie zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, budowanie przez nich właściwych nawyków żywieniowych u dziecka i zachowań zdrowotnych u dziecka (odpowiednia dieta i ćwiczenia). Należy też podać rodzicom/opiekunom przykłady pozytywnych aspektów płynących z podjęcia walki z nadmierną masą ciała dziecka.
- Przekazanie rodzicom/ opiekunom dzienniczka żywieniowego, z prośbą o zapisywanie przez nich informacji o rodzaju i ilości spożywanych produktów przez ich dzieci w określonym czasie.
- Określenie przez dietetyka realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnych zaleceń dietetycznych wraz z dalszą ścieżką postępowania.
- Czas trwania pierwszej wizyty powinien wynosić ok. 60 minut.

Po pierwszej wizycie zostanie ustalony termin kolejnego spotkania i w ciągu około tygodnia uczestnik otrzyma indywidualny plan żywieniowy na 28 dni, który stanowi zbilansowany jadłospis na 28 dni, skomponowany tak, aby uwzględniał m.in. indywidualne potrzeby zdrowotne i preferencje smakowe.

Wizyty dietetyczne kontrolne (10 wizyt/ 1 uczestnika)

Częstotliwość spotkań powinna być, w miarę możliwości (organizacyjnych realizatora/realizatorów Programu), co ok. 4 tygodnie, celem utrzymania odpowiedniej motywacji u uczestników Programu. Spotkania powinny być tak zaplanowane, aby pacjent zdążył przejść pełną ścieżkę określoną w Programie (w czasie określonym dla danego rocznika).

Na każdym spotkaniu będzie dokonany pomiar wzrostu i masy ciała wraz z określeniem BMI. Wizyty mają na celu analizę i ocenę skuteczności prowadzonej edukacji żywieniowej, jak również monitorowanie postępów dotychczasowego leczenia dietetycznego i stosowania przez pacjenta zaleceń dietetycznych. Na spotkaniu dietetyk przeanalizuje dzienniczek żywieniowy pacjenta, następnie powinien zidentyfikować popełniane błędy żywieniowe, wprowadzić ewentualne zmiany w planie żywieniowym (polegające na wymianie poszczególnych posiłków lub składników w potrawach), jak również wyjaśnić wątpliwości dotyczące diety oraz omówić niezrozumiałe treści.

Podczas spotkań nie należy pominąć aspektu edukacji zdrowotnej, celem utrwalenia zarówno u rodziców/ opiekunów jak i dzieci informacji w zakresie zdrowego odżywiania i najważniejszych elementów stylu życia, których realizacja daje szanse na prawidłowy rozwój, sprawność intelektualną i fizyczną oraz długie życie w zdrowiu. Dzieci należy zapoznać w m.in. z zasadami prawidłowego żywienia. Dzieciom należy również przedstawić w sposób

przystępny, ciekawy i dostosowany do wieku znaczenie spożywania śniadań, owoców, warzyw oraz zapoznać ze zdrowymi napojami i przekąskami. Podczas spotkań dietetyk powinien zachęcać zarówno dzieci, jak i rodziców do dalszych starań. Każda wizyta kontrolna kończy się podsumowaniem i przekazaniem uczestnikowi indywidualnych zaleceń żywieniowych na piśmie. Czas trwania wizyt kontrolnych ok. 45 minut.

Po każdej wizycie kontrolnej zostanie ustalony termin kolejnego spotkania.

Ostatnia wizyta obejmuje:

- Dokonanie pomiaru wzrostu i masy ciała, określenie BMI (siatki centylowe).
- Przeprowadzenie z rodzicami/opiekunami dziecka krótkiego kwestionariusza dotyczącego sposobu odżywiania dziecka i omówienie przez dietetyka pozytywnych zmian w sposobie jego odżywiania (kwestionariusz stanowi załącznik D do Programu; sposób oceny kwestionariusza również jest określony w niniejszym załączniku).
- Przeanalizowanie i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego i stosowania przez pacjenta zaleceń dietetycznych. Skorygowanie ewentualnych błędów żywieniowych, zaobserwowanych w dzienniczku żywieniowym pacjenta i zmotywowanie do dalszego działania.
- Rodzicom/opiekunom prawnym zostanie przekazana na piśmie informacja dotycząca zaleceń żywieniowych. Dodatkowo dietetyk poinformuje także rodziców/opiekunów o możliwościach bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza Programem np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej (bezpłatne konsultacje online).
- Na tym etapie interwencja obejmująca porady dietetyczne zostaje zakończona.
- Czas trwania ok. 45-60 minut.

Wsparcie psychologiczne – 4 spotkania/ 1 uczestnika (ogółem 4 godziny kontaktowe)

Zaplanowano 4 indywidualne spotkania psychologiczne dla uczestnika Programu i jego rodziców/opiekunów. Wsparcie psychologiczne będzie oparte na podejściu poznawczo – behawioralnym. Zgodnie z wytycznymi z 2023 r. Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością istotną częścią leczenia otyłości u dzieci i młodzieży jest wsparcie psychologiczne i/lub psychoterapeutyczne. Zaleca się terapię poznawczo-behawioralną, ponieważ pozwala ona na rozwój umiejętności istotnych w perspektywie zmiany stylu życia oraz zachowania. Zgodnie ze stanowiskiem ekspertów pomoc psychologiczna chroni także dzieci z otyłością przed zaburzeniami psychicznymi. Otyłość jest czynnikiem ryzyka problemów psychospołecznych oraz zaburzeń psychicznych. Dzieci z otyłością częściej są

izolowane przez rówieśników i traktowane jako mniej atrakcyjni partnerzy do zabawy. Może to obniżać samoocenę, a także prowadzić do zabrudzeń nastroju. Interwencja psychologiczna może korygować sytuację psychospołeczną dzieci i przywracać zdrową samoocenę. W wytycznych mówi się również, że u młodszych dzieci kluczowe jest zaangażowanie rodziców w terapię, którzy znacząco mogą wpływać na przestrzeganie diety i podejmowanie aktywności fizycznej. Terapia poznawczo-behawioralna ma pomóc dzieciom w opanowaniu m.in. technik: ciągłego monitorowania swoich zachowań, wyznaczania i zarządzania celami, rozwiązywania problemów, asertywności, zdolności regulowania emocji. Zdolności te mają pomóc dziecku radzić sobie z pokusami oraz utrzymać zdrowy styl życia. [3]

Celem wsparcia psychologicznego realizowanego w Programie będzie m.in. wzmacnianie poczucia własnej wartości i skuteczności, kształtowanie siły woli i odporności na stres oraz doskonalenie umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami. [24]

Podczas spotkań psycholog lub terapeuta behawioralny będzie równolegle oddziaływał na dziecko i jego rodziców/opiekunów. Rodzice/opiekunowie i dzieci powinni być motywowani przez psychologa, aby nie przerywali udziału w Programie. Po każdym spotkaniu zostanie ustalony termin kolejnego spotkania, przy czym należy zaplanować w miarę możliwości równą częstotliwość spotkań, tak aby pacjent zdążył przejść pełną ścieżkę określoną w Programie (w czasie określonym dla danego rocznika).

Na ostatnim spotkaniu psycholog/terapeuta przekaże dalszy sposób postępowania oraz informacje na temat bezpłatnych form wsparcia psychicznego, z których uczestnicy mogliby bezpłatnie skorzystać już poza programem (np. w ramach NFZ).

Czas trwania każdej wizyty: 60 minut.

Zajęcia aktywności fizycznej z edukacją zdrowotną (indywidualne) – 7 zajęć/ 1 uczestnika (ogółem 7 godzin kontaktowych)

Zajęcia w ramach Programu będą indywidualnie prowadzone przez fizjoterapeutę, który ma doświadczenie w pracy z dziećmi lub nauczyciela wychowania fizycznego lub trenera personalnego z doświadczeniem pracy z dziećmi. W zajęciach powinni uczestniczyć także rodzice/opiekunowie dziecka. Czas trwania pojedynczych zajęć to 60 minut. Na pierwszym spotkaniu osoba prowadząca zajęcia zada rodzicom/opiekunom pytania zawarte w kwestionariuszu z zakresu aktywności fizycznej (załącznik E do Programu). Ponadto, zajęcia składają się m.in. z:

- indywidualnie dostosowanych do dziecka ćwiczeń obejmujących m.in. takie elementy jak: rozgrzewkę, elementy ćwiczeń aerobowych, wzmacniających siłę mięśni i stawów, pomagających utrzymać równowagę oraz ćwiczenia rozciągające. Powyższe ma odzwierciedlenie w Stanowisku Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego

Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, które mówi, że w zmniejszeniu otyłości u dzieci optymalny jest trening mieszany, zawierający zarówno ćwiczenia wzmacniające mięśnie (oporowe), jak i aerobowe, skoncentrowany na redukcji masy tłuszczowej i długofalowych efektach. Ponadto, zgodnie z Wytycznymi Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce u dzieci zaleca się optymalnie 60 minut codziennej aktywności o umiarkowanej intensywności (na poziomie 60–70% tętna maksymalnego, wyliczonego na podstawie wzoru: 220 minus wiek albo o intensywności w zakresie 11–14 w 20-stopniowej skali Borga). Sesja ćwiczeń powinna obejmować rozgrzewkę w postaci ćwiczeń rozciągających w pozycjach niskich (leżenie na brzuchu, plecach, boku, siad lub klęk podparty). Szczególnie zalecaną formą ruchu jest szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. Przeciwwskazane formy aktywności fizycznej u dziecka otyłego stanowią np. skoki oraz szybkie bieganie. Generalnie rodzaj przeciwwskazanych ćwiczeń jest związany ze sprawnością fizyczną danego dziecka. Należy podkreślić, że aktywność fizyczna jest integralnym elementem zmiany stylu życia i powinna być zawsze zalecana równolegle z dietą o zmniejszonej energetyczności, ponieważ zapobiega zmniejszeniu podstawowej przemiany materii spowodowanemu ubytkiem masy mięśniowej. Regularna aktywność fizyczna sprzyja również redukcji pola tłuszczu trzewnego i poprawie wrażliwości tkanek na działanie insuliny. Ponadto wpływa na poprawę samopoczucia i zmniejsza nasilenie stresu, co sprzyja zmianie niekorzystnych nawyków żywieniowych. [12].

Zgodnie z wytycznymi NICE 2015a zajęcia powinny być dostosowane do indywidualnych preferencji, warunków życia, a ich celem powinna być poprawa wiary dzieci w ich zdolność do zmiany (np. przez perswazję werbalną, modelowanie zachowań związanych z podejmowaną aktywnością fizyczną, omawianie pozytywnych efektów).

- monitorowania stanu zdrowia pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości,
- edukacji zdrowotnej dotyczącej m.in. wpływu aktywności fizycznej na zdrowie, w tym płynących z niej korzyści zdrowotnych. W ramach edukacji prowadzący na każdym zajęciu prześle rodzicom/opiekunom zalecenia dotyczące codziennych ćwiczeń, uwzględniając przy tym aktywności, które łatwo wdrożyć w życiu codziennym i będzie motywował do regularnej aktywności fizycznej. W zależności od preferencji i możliwości dziecka można zaproponować regularne np. szybki marsz, pływanie, jazdę na rowerze, ćwiczenia w wodzie, czy też zamianę windy na chodzenie po

schodach. Podczas zajęć będą także omawiane efekty prowadzonych ćwiczeń, identyfikacja popełnianych błędów w tym zakresie i ich korekta.

- Po każdym zajęciu zostanie ustalony termin kolejnego spotkania, przy czym należy zaplanować w miarę możliwości równą częstotliwość spotkań, tak aby pacjent zdążył przejść pełną ścieżkę określoną w Programie (w czasie określonym dla danego rocznika).

Na ostatnich zajęciach prowadzący zajęcia ponownie zada pytania zawarte w kwestionariuszu z zakresu aktywności fizycznej (kwestionariusz stanowi załącznik E; sposób oceny kwestionariusza jest określony w niniejszym załączniku) Oceni efekt zdrowotny i omówi wyniki kwestionariusza. Prowadzący przekaże zarówno dzieciom, jak i rodzicom/opiekunom informację zawierającą zalecenia w zakresie aktywności fizycznej.

Uczestnik na każdym etapie trwania Programu ma możliwość rezygnacji z udziału.

Należy podkreślić, że program zakłada przeprowadzenie 3 konsultacji lekarskich, 12 spotkań z dietetykiem, 4 z psychologiem i 7 z fizjoterapeutą. Przy czym w przypadku rezygnacji uczestnika z udziału w Programie w trakcie jego trwania (uczestnik ma możliwość zakończenia udziału na każdym etapie trwania programu) pozostanie wolna pula konsultacji/spotkań/zajęć, które mogą być wykorzystane przez innych uczestników, u których będzie potrzeba ich kontynuacji w opinii danego specjalisty (co będzie oznaczało, że decyzję w tym zakresie podejmują: lekarz lub dietetyk lub psycholog/terapeuta bądź fizjoterapeuta/nauczyciel wychowania fizycznego/trener personalny).

Zgodne z rekomendacjami określonymi w opiniach AOTMiTw celu zmniejszenia nadwagi i otyłości osoby z tym problemem powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę/wsparcie, prowadzone przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół specjalistów obejmujący: dietetyków, psychiatrów, pielęgniarki, pediatrów, psychologów oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia i promowania aktywności fizycznej. [21]

Interwencje zaproponowane w Programie zapewnią dzieciom z problemem nadwagi i otyłości opiekę pediatryczną, dietetyczną, a także zajęcia aktywności fizycznej oraz wsparcie psychologiczne.

Zgodnie z art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami, realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

Świadczenia oferowane w ramach Programu w kontekście przedmiotowego przepisu nie są aktualnie objęte programami polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia i programami zdrowotnymi Funduszu.

W celu uniknięcia ryzyka powielenia u danego pacjenta świadczeń realizowanych w ramach programu ze świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych, wprowadzone zostały następujące mechanizmy:

- interwencje realizowane w ramach Programu zostały opisane w sposób bardzo szczegółowy,
- rodzice/opiekunowie podpisują oświadczenie, że dziecko nie jest objęte specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń endokrynologicznych lub metabolicznych w ramach środków z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ),
- realizator programu będzie zobowiązany w umowie do tego, aby świadczenia w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

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

Pacjenci będą mogli zapisywać się do Programu osobiście/telefonicznie/w formie elektronicznej. Działania będą realizowane przez podmiot/podmioty wybrane w drodze otwartego konkursu ofert, na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, wszystkie interwencje realizowane w ramach Programu są dla uczestników bezpłatne oraz są przeprowadzane przez osoby, które mają odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie.

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, Realizatorzy Programu powinni prowadzić działania z zachowaniem przepisów dotyczących ochrony danych osobowych i przepisów o prawach pacjenta.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposób zakończenia udziału w Programie został szczegółowo opisany w pkt. III.3. „Planowane interwencje”. Uczestnicy Programu mają **możliwość zakończenia udziału w Programie na każdym etapie jego trwania.**

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

- Przyjęcie Uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego Programu do realizacji.
- Ogłoszenie konkursu na wybór realizatora/realizatorów programu polityki zdrowotnej (na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Procedura konkursowa, a następnie podpisanie umów z wybranymi w drodze konkursu realizatorami.
- Prowadzenie akcji informacyjno – promocyjnej zarówno przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, jak i realizatorów programu (szczegółowo akcja została opisana w punkcie III.2 Programu).
- Rejestracja uczestników do udziału w Programie (etap ten został szczegółowo opisany w punkcie III.3 Programu)
- Konsultacja lekarska kwalifikująca do udziału w Programie wraz z edukacją zdrowotną.
- Objęcie kompleksowymi interwencjami dzieci zakwalifikowanych do Programu oraz ich rodziców/opiekunów (tj.: konsultacje lekarskie, porady dietetyczne, zajęcia z aktywności fizycznej, wsparcie psychologiczne). Szczegółowo działania podejmowane w ramach interwencji zostały opisane w punkcie III.3 Programu.
- Monitoring Programu – będzie prowadzony w trakcie trwania Programu (opis w pkt V.1)
- Ewaluacja Programu (szczegółowy opis określa pkt. V.2)

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

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W zakresie zapewnienia bezpieczeństwa planowanych interwencji, będzie on zobowiązany do zapewnienia organizacji Programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisów dotyczących ochrony danych osobowych. Realizator powinien zapewnić odpowiednią kadrą i infrastrukturę umożliwiającą prawidłową realizację Programu.

Minimalne kwalifikacje zawodowe osób realizujących program:

W zakresie konsultacji lekarskich:

- lekarz specjalista pediatrii lub
- lekarz specjalista endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub
- lekarz specjalista pediatrii metabolicznej.

W zakresie porad dietetycznych:

Dietetyk, z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w zawodzie, posiadający następujące kwalifikacje:

1. rozpoczęcie po dniu 30 września 2012 r. studiów w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera lub
2. rozpoczęcie przed dniem 1 października 2012 r. studiów na kierunku (specjalności) dietetyka i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera, lub
3. rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka w specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera, lub
4. rozpoczęcie przed dniem 1 września 2013 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyk lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk albo ukończenie technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik technologii żywienia w specjalności dietetyka.

W zakresie wsparcia psychologicznego:

- magister psychologii, z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w zawodzie i z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy z dziećmi lub
- psychoterapeuta poznawczo-behawioralny - posiadający Certyfikat Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego lub
- osoba, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.

W zakresie zajęć aktywności fizycznej:

- osoba spełniająca wymogi ustawy z dnia 25.09.2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty, posiadająca prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty oraz z doświadczeniem w pracy z dziećmi lub
- nauczyciel wychowania fizycznego lub
- trener personalny/osobisty mający doświadczenie pracy z dziećmi.

Warunki lokalowe:

Pomieszczenia, w którym będzie realizowany Program muszą spełniać wymogi ogólne i powinny być dostosowane do przeprowadzenia interwencji w ramach Programu. Realizator powinien zapewnić, aby konsultacje lekarskie były realizowane w gabinecie lekarskim w podmiocie leczniczym lub w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole (przy czym gabinet powinien być wyposażony m.in. w ciśnieniomierz, urządzenia do

pomiaru masy ciała i wzrostu) lub w innym pomieszczeniu spełniającym wymogi ogólne, BHP, wyposażonym w odpowiedni sprzęt umożliwiający przeprowadzenie konsultacji lekarskich. W przypadku zajęć aktywności fizycznej pomieszczenia powinny być wyposażone w sprzęt umożliwiający przeprowadzenie indywidualnego programu ćwiczeń (np. maty, piłki do ćwiczeń, czy też rowerki stacjonarne). Natomiast pomieszczenie, w którym będą przeprowadzane porady dietetyczne powinno być wyposażone m.in. w biurko, krzesła i odpowiedni sprzęt (m.in. waga do pomiaru masy ciała, miarka do pomiaru wzrostu). Realizacja wsparcia psychologicznego powinna odbyć się w pomieszczeniu przystosowanym do przeprowadzenia indywidualnych konsultacji psychologicznych, spełniającym warunki ogólne.

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

V.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do Programu zostanie dokonana na poniższej podstawie:

- Liczba dzieci, zakwalifikowanych wstępnie do programu do pierwszej wizyty lekarskiej.
- Liczby dzieci zakwalifikowanych do Programu (w rozumieniu, włączonych do pełnego uczestnictwa w programie) wraz z liczbą ich rodziców/opiekunów.
- Liczby dzieci niezakwalifikowanych do Programu (co oznacza liczbę dzieci wyłączonych z Programu przez lekarza na pierwszej wizycie).
- Liczba dzieci, które wzięły udział we wszystkich planowanych interwencjach dietetycznych.
- Liczba dzieci, które wzięły udział we wszystkich planowanych interwencjach psychologicznych.
- Liczba dzieci, które wzięły udział we wszystkich planowanych interwencjach z zakresu aktywności fizycznej.
- Liczba dzieci, które wzięły udział we wszystkich planowanych interwencjach lekarskich.
- Liczba dzieci, które zakończyły udział w Programie przechodząc pełną ścieżkę określoną w Programie.
- Liczby dzieci, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania, z podaniem przyczyny rezygnacji (o ile uczestnik podał przyczynę).
- Liczba szkół, do których wysyłano materiały informacyjno-edukacyjne.

Ocena jakości świadczeń w programie zostanie dokonana przez:

- Rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w Programie na podstawie badania ankietowego (wg załącznika F do Programu).
- Realizatorów na podstawie zgłoszonych przez nich uwag (w formie pisemnej).

V.2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników, które szczegółowo zostały opisane w punkcie II.3. Programu „Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej”. System monitorowania i ewaluacji będzie oparty na sprawozdawczości raportowanej przez Realizatorów programu. Po zakończeniu realizacji Programu, zostanie przeprowadzana analiza mierników, celem oceny efektów prowadzonych działań. Zostanie porównany stan przed wprowadzeniem kompleksowych działań z zakresu profilaktyki i redukcji nadwagi i otyłości ze stanem po ich zakończeniu.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

VI.1. Koszty jednostkowe

Szczegółowy kosztorys wykonania Programu zostanie przedstawiony przez Realizatorów Programu na etapie konkursu ofert. Poniższa kalkulacja kosztów jest szacunkowa, natomiast ostateczne wartości kosztów będą zależały od ofert, które otrzymają finansowanie w ramach konkursu. Liczba uczestników oraz koszty jednostkowe zależą od wyceny świadczeń opracowanej przez Realizatorów wybranych w drodze konkursu

Szacunkowe koszty jednostkowe

Wyszczególnienie	liczba	koszty jednostkowe w zł	koszt ogółem w zł
Konsultacje lekarskie	3	200	600
Pierwsza konsultacja dietetyczna	1	150	150
Indywidualny plan żywieniowy	1	350	350
Konsultacje dietetyczne kontrolne	10	80	800
Ostatnia konsultacja dietetyczna z wydaniem zaleceń	1	150	150
Wsparcie psychologiczne	4	180	720
Indywidualne zajęcia aktywności fizycznej	7	120	840
Razem	27		3 610

Koszty monitorowania i ewaluacji Programu nie zostały uwzględnione w kosztorysie z uwagi na fakt, iż system monitorowania i ewaluacji będzie oparty na danych raportowanych przez realizatora/realizatorów Programu w ramach obowiązków sprawozdawczych wynikających z zapisów umowy na realizację Programu. Analizę tychże danych prowadzić będzie Departament Polityki Zdrowotnej w ramach kosztów funkcjonowania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Natomiast działania informacyjno – promocyjne również nie zostały ujęte w kosztorysie, co zostało uzasadnione w punkcie III.2 Programu.

Szacowane koszty w latach 2025-2027

Wyszczególnienie	planowana liczba uczestników	planowana liczba interwencji	koszty jednostkowe w zł	Koszt programu w latach 2025-2027
Pierwsza konsultacja lekarska kwalifikacyjna (500 dzieci + 2% dzieci, u których mogą być przeciwwskazania)	510	1	200	102 000,00
Konsultacje lekarskie (2 pozostałe)	500	2	200	200 000,00
Pierwsza porada dietetyczna	500	1	150	75 000,00
Indywidualny plan żywieniowy	500	1	350	175 000,00
Porady dietetyczne kontrolne	500	10	80	400 000,00
Ostatnia konsultacja dietetyczna z wydaniem zaleceń	500	1	150	75 000,00
Wsparcie psychologiczne	500	4	180	360 000,00
Indywidualne zajęcia aktywności fizycznej	500	7	120	420 000,00
Razem		27		1 807 000,00

VI.2. Koszty całkowite

Przewidywana wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w latach 2025-2027 to ok. 1,8 mln zł.

Wysokość środków finansowych planowanych w budżecie województwa łódzkiego na realizację Programu w 2025 r. to kwota ok. 480.000 zł.

W kolejnych latach wysokość środków będzie uzależniona od zabezpieczenia odpowiedniej kwoty w budżecie województwa łódzkiego i od stopnia wykonania Programu w danym roku przez realizatora/realizatorów Programu.

Szacunkowe wyliczenia dla roku 2025:

Wyszczególnienie	planowana liczba uczestników	planowana liczba interwencji	koszty jednostkowe w zł	Szacunkowy koszt programu w 2025
Pierwsza konsultacja lekarska kwalifikacyjna	255	1	200	51 000,00
Konsultacje lekarskie (2 pozostałe)	125	2	200	50 000,00
Pierwsza porada dietetyczna	125	1	150	18 750,00
Indywidualny plan żywieniowy	125	1	350	43 750,00
Porady dietetyczne kontrolne	125	10	80	100 000,00
Ostatnia konsultacja dietetyczna z wydaniem zaleceń	125	1	150	18 750,00
Wsparcie psychologiczne	125	4	180	90 000,00
Indywidualne zajęcia aktywności fizycznej	125	7	120	105 000,00
Razem		27		477 250,00

Szacunkowe wyliczenia dla roku 2026:

Wyszczególnienie	planowana liczba uczestników	planowana liczba interwencji	koszty jednostkowe w zł	Szacunkowy koszt programu w 2026
Pierwsza konsultacja lekarska kwalifikacyjna	255	1	200	51 000,00
Konsultacje lekarskie (2 pozostałe)	250	2	200	100 000,00
Pierwsza porada dietetyczna	250	1	150	37 500,00
Indywidualny plan żywieniowy	250	1	350	87 500,00
Porady dietetyczne kontrolne	250	10	80	200 000,00
Ostatnia konsultacja dietetyczna z wydaniem zaleceń	250	1	150	37 500,00
Wsparcie psychologiczne	250	4	180	180 000,00
Indywidualne zajęcia aktywności fizycznej	250	7	120	210 000,00
Razem		27		903 500,00

Szacunkowe wyliczenia dla roku 2027:

Wyszczególnienie	planowana liczba uczestników	planowana liczba interwencji	koszty jednostkowe w zł	Szacunkowy koszt Programu w 2027 r.
Pierwsza konsultacja lekarska kwalifikacyjna	0	0	200	0,00
Konsultacje lekarskie (2 pozostałe)	125	2	200	50 000,00
Pierwsza porada dietetyczna	125	1	150	18 750,00
Indywidualny plan żywieniowy	125	1	350	43 750,00
porady dietetyczne kontrolne	125	10	80	100 000,00
Ostatnia konsultacja dietetyczna z wydaniem zaleceń	125	1	150	18 750,00
wsparcie psychologiczne	125	4	180	90 000,00
Indywidualne zajęcia aktywności fizycznej	125	7	120	105 000,00
Razem		26		426 250,00

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego.

Spis załączników:

Załącznik A OŚWIADCZENIE I ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Załącznik B PRE-TEST I POST-TEST WIEDZY DLA DZIECI

Załącznik C PRE-TEST I POST-TEST WIEDZY DLA RODZICÓW/OPIEKUNKÓW

Załącznik D KRÓTKI KWESTIONARIUSZ – OCENA SPOSOBU ODŻYWIANIA

Załącznik E KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Załącznik F ANKIETA SATYSFAKCJI

**„PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI NADWAGI I
OTYŁOŚCI U DZIECI Z TERENU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO”**

OŚWIADCZENIE I ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego

Lub adres e-mai:

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany o zasadach uczestnictwa w Programie, jego organizacji, rodzaju i bezpieczeństwie planowanych działań, w tym również ochronie danych osobowych.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka (imię)
..... (nazwisko) (data urodzenia: dzień/miesiąc/rok)
zamieszkałego na terenie województwa łódzkiego w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego”.

Jednocześnie oświadczam, że moje dziecko nie jest objęte specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń endokrynologicznych lub metabolicznych w ramach środków z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

.....

Miejscowość i data

.....

**Czytelny podpis rodzica/opiekuna
prawnego**

Test wiedzy dla dzieci (opracowany wg zasad zdrowego żywienia i stylu życia
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB.)

PRE-TEST I POST-TEST

(odpowiedzi TAK/ NIE dzieci zakreślają w kółko).

Imię i nazwisko:

CO ZROBIĆ, ABY PROWADZIĆ ZDROWY STYL ŻYCIA:

1. Czy należy jeść regularnie 5 posiłków dziennie i pamiętać o częstym picu wody?

TAK

NIE

2. Czy powinno się jeść różnorodne warzywa i owoce jak najczęściej?

TAK

NIE

3. Czy należy spożywać słodkie napoje i słodycze?

TAK

NIE

4. Czy należy spożywać produkty zbożowe, głównie pełnoziarniste?

TAK

NIE

5. Czy przynajmniej godzina dziennie aktywności fizycznej zapewnia dobrą kondycję fizyczną?

TAK

NIE

6. Czy należy ograniczać spożywanie produktów smażonych?

TAK

NIE

7. Czy powinnam/powinienem spać regularnie, co najmniej 10 godzin dziennie?

TAK

NIE

8. Czy powinno się unikać soli, słonych przekąsek i jedzenia typu fast food?

TAK

NIE

Każda prawidłowa odpowiedź to 1 punkt

Dokument pozostaje w dyspozycji u Realizatora Programu

Test wiedzy dla rodziców/opiekunów dziecka uczestniczącego w Programie (test jednokrotnego wyboru – należy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

PRE-TEST I POST-TEST

Imię i Nazwisko:

1. Które z wymienionych czynników mają wpływ na zdrowie?

- Styl życia (między innymi: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętność radzenia sobie ze stresem, unikanie używek)
- Środowisko fizyczne (między innymi czyste powietrze, woda)
- Czynniki genetyczne
- Opieka zdrowotna (czyli jej struktura, organizacja, funkcjonowanie czy też dostępność do świadczeń medycznych i ich jakość)
- Wszystkie wymienione odpowiedzi są prawidłowe

2. Do zachowań prozdrowotnych możemy zaliczyć:

- Aktywność fizyczną
- Zdrowe odżywianie
- Dbanie o higienę osobistą
- Unikanie używek
- Radzenie sobie ze stresem
- Zapobieganie infekcjom
- Wszystkie wymienione odpowiedzi są prawidłowe

3. Czy zachowania zdrowotne mają duży wpływ na stan zdrowia?

- Tak
- Nie

4. Główne czynniki rozwoju otyłości to:

- Spożywanie wysokoprzetworzonej żywności (zawierającej w składzie znaczne ilości cukru, soli, tłuszczu, konserwantów, wzmacniaczy smaku)
- Picie słodkich napojów
- Niewielkie spożycie warzyw i owoców
- Zbyt obfite posiłki i mała aktywność fizyczna
- Siedzący tryb życia
- Wszystkie wymienione odpowiedzi są prawidłowe

5. Jakie mogą być powikłania otyłości u dzieci:

- depresja,
- izolacja społeczna,
- cukrzyca typu 2,
- przedwczesne dojrzewanie,
- nadciśnienie tętnicze,
- Wszystkie wymienione odpowiedzi są prawidłowe

Każda prawidłowa odpowiedź to 1 pkt.

Dokument pozostaje w dyspozycji u Realizatora Programu

**„PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI NADWAGI I
OTYŁOŚCI U DZIECI Z TERENU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO”**

**Krótki kwestionariusz – ocena sposobu odżywiania (pytania należy zadać na
podczas pierwszej porady dietetycznej i na ostatnim spotkaniu z dietetykiem)**

Imię i nazwisko dziecka:

1. Ile posiłków dziennie spożywa dziecko?

- 1 posiłek
- 2 posiłki
- 3 posiłki
- 4 posiłki
- 5 posiłków
- więcej niż 5 posiłków

2. Czy dziecko spożywa posiłki o stałych porach dnia?

- tak
- nie

3. Czy dziecko podjada między posiłkami?

- tak
- nie

4. Jak często dziecko spożywa warzywa?

- kilka razy dziennie
- raz dziennie
- kilka razy w tygodniu
- raz w tygodniu
- raz w miesiącu
- rzadziej niż raz w miesiącu
- nigdy

5. Jak często dziecko spożywa owoce?

- kilka razy dziennie
- raz dziennie
- kilka razy w tygodniu
- raz w tygodniu
- raz w miesiącu
- rzadziej niż raz w miesiącu
- nigdy

6. Jaki rodzaj napojów dziecko pije w ciągu dnia (można zaznaczyć kilka odpowiedzi; prosimy o wskazanie w kolejności, które napoje dziecko pije najczęściej, jako 1 – najczęściej w ciągu dnia)

- wodę niegazowaną
- wodę gazowaną
- słodzone napoje gazowane
- napoje energetyzujące
- soki owocowe
- herbatę z cukrem
- herbatę bez cukru
- kakao
- soki warzywne
- soki warzywno-owocowe
- kompoty
- inne (jakie?).....

7. Jak często dziecko spożywa słodcze, wyroby cukiernicze?

- kilka razy dziennie
- raz dziennie
- kilka razy w tygodniu
- raz w tygodniu
- raz w miesiącu
- rzadziej niż raz w miesiącu
- nigdy

8. Jak często dziecko spożywa żywność typu fast food (np. hamburgery, frytki?)

- kilka razy dziennie
- raz dziennie
- kilka razy w tygodniu
- raz w tygodniu
- raz w miesiącu
- rzadziej niż raz w miesiącu
- nigdy

Ocena osiągniętego efektu powinna być wykonana na ostatniej wizycie dietetycznej (na podstawie kwestionariusza)

Każde zachowanie prozdrowotne w zakresie zdrowego odżywiania odnotowane w kwestionariuszu oznacza 1 punkt. Przynajmniej 5 zachowań prozdrowotnych (tj. co najmniej 5 pkt) odnotowanych na pierwszym i ostatnim spotkaniu oznaczać będzie utrzymanie prawidłowego sposobu odżywiania, natomiast zwiększenie liczby poprawnych zachowań prozdrowotnych w stosunku do pierwszego spotkania (do co najmniej 5 poprawnych) będzie oznaczać poprawę sposobu odżywiania.

**„PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI NADWAGI
I OTYŁOŚCI U DZIECI Z TERENU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO”**

KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ (pytania należy zadać na pierwszych
i ostatnich zajęciach z zakresu aktywności fizycznej)
W każdym pytaniu należy zaznaczyć jedną odpowiedź

Imię i nazwisko dziecka:

Przy pytaniach, gdzie występuje sformułowanie aktywność fizyczna należy wziąć pod uwagę czynności wykonywane w szkole (zajęcia wychowania fizycznego), w domu i w jego otoczeniu, w przemieszczaniu się z miejsca na miejsce oraz w czasie wolnym poświęconym rekreacji, ćwiczeniom lub sportowi.

1. Czy dziecko uczęszcza na zajęcia wychowania fizycznego w szkole?:

- tak
- nie

2. Jak często dziecko wykonuje aktywność fizyczną?:

- kilka razy dziennie
- raz dziennie
- kilka razy w tygodniu
- raz w tygodniu
- raz w miesiącu
- rzadziej niż raz w miesiącu
- nigdy (należy przejść do pytania 4).

3. Proszę podać przeciętnie ile czasu w ciągu jednego takiego dnia dziecko zazwyczaj poświęca na aktywność fizyczną

- poniżej 30 minut
- od 30 minut do 40 minut
- powyżej 30 minut do 40 minut
- powyżej 40 minut do 60 minut
- powyżej 60 minut

4. W jaki sposób dziecko najczęściej spędza czas wolny od nauki?:

- uprawia sport na przykład: gra w piłkę, pływa, gra w tenisa, jeździ na rowerze, tańczy
- chodzi na długie spacery
- czyta książki
- spędza czas przed telewizorem, komputerem, telefonem
- inaczej (jak?)

Ocena osiągniętego efektu powinna być wykonana na ostatnim spotkaniu (na podstawie kwestionariusza)

Każde zachowanie prozdrowotne w zakresie aktywności fizycznej odnotowane w kwestionariuszu oznacza 1 punkt. Przynajmniej 2 zachowania prozdrowotne (tj. co najmniej 2 pkt) odnotowane na pierwszym i ostatnim spotkaniu oznaczać będą utrzymanie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej, natomiast zwiększenie liczby poprawnych zachowań prozdrowotnych w stosunku do pierwszego spotkania (do co najmniej 2) będzie oznaczać zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej.

Szanowny Panie/Szanowna Pani (ankietę wypełniają rodzice/opiekunowie prawni)

Ankieta jest anonimowa i ma na celu poznanie Państwa opinii oraz uwag na temat Programu. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając przy odpowiednim polu **znak X**.

1. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji Programu (warunki lokalowe, czas, miejsce) ?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

1. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w ramach Programu ?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

2. Czy podczas konsultacji lekarskich zalecenia dotyczące dalszego postępowania zostały przekazane w sposób zrozumiały i przystępny?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

3. Czy podczas porad dietetycznych zalecenia dotyczące dalszego postępowania zostały przekazane w sposób zrozumiały i przystępny?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

4. Czy podczas spotkań z psychologiem zalecenia dotyczące dalszego postępowania zostały przekazane w sposób zrozumiały i przystępny?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie

5. Czy podczas spotkań z prowadzącym zajęcia ruchowe (fizjoterapeutą/ trenerem/nauczycielem wf) zalecenia dotyczące dalszego postępowania zostały przekazane w sposób zrozumiały i przystępny?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie

6. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu prowadzenia edukacji zdrowotnej na temat zachowań prozdrowotnych, zdrowego stylu życia i problemów w zakresie nadwagi i otyłości (biorąc pod uwagę umiejętność przekazywania wiedzy, otwartość na pytania, znajomość tematu, itd.)?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

7. Czy przed udziałem w Programie posiadali Państwo wiedzę na temat profilaktyki nadwagi i otyłości oraz zachowań prozdrowotnych?

- tak, dużą
- tak, niewielką
- nie
- trudno powiedzieć

8. Czy przez udział w Programie zwiększyli Państwo swoją wiedzę na temat profilaktyki nadwagi i otyłości oraz zachowań prozdrowotnych, w tym: zdrowego stylu życia, zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

9. Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Miejsce na dodatkowe uwagi, sugestie dotyczące realizacji Programu:

.....

data wypełnienia ankiety:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

VII. BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity> (dostęp z dnia 17.06.2024 r.).
2. Olszanecka-Glinianowicz M., Ostrowska L. Otyłość, red. Gajewski, P. Interna Szczeklika 2016. Medycyna praktyczna, Kraków 2016, s. 2610 – 2624.
3. Otyłość dziecięca. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, *Pediatrics* wyd. specj. 1/2023, 1-43., Mazur A., Zachurzok A., Baran J.
4. Komorowski J. Otyłość i jadłowstręt psychiczny. *Medycyna Rodzinna*, Red. J. B. Latkowski, W. Lukas, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 2009; 2: 648-651.
5. <https://akademia.nfz.gov.pl/profilaktyka/otylosc-u-dzieci-czym-skorupka-za-mlodu/> (dostęp z dnia 24.06.2024 r.).
6. Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej (projekt KIK/34 w Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy, realizator: Instytut Żywności i Żywienia)
7. <https://www.gov.pl/web/psse-choszczno/otylosc-dzieci-i-mlodziezy-powaznym-problemem-globalnym> (dostęp z dnia 18.06.2024 r.).
8. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/otylosc> (dostęp z dnia 24.06.2024 r.).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.
10. Obwieszczenie nr 29/2021 Wojewody Łódzkiego z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji. Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Łódzkiego na lata 2022-2026.
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.
12. Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, wydanie specjalne 3/2017, <https://www.klrwp.pl/strona/494/zasady-postepowania-w-nadwadze-i-otylosci-2017/pl> (dostęp z dnia 4.09.2019 r.)
13. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (dostęp 24.06.2024 r.)

14. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-6,7.html> (dostęp 24.06.2024 r.)
15. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-u-dzieci-same-z-niej-nie-wyrosna> (dostęp 24.06.2024 r.)
16. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-6,7.html> (dostęp 24.06.2024 r.)
17. Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Łódzkiego 2022; Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi; <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/informatory-statystyczne-województwa-lodzkiego>
18. Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi, Wydział Zdrowia, Oddział zdrowia publicznego (dane na podstawie MZ-11), pismo z Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego z dnia 20 czerwca 2024 r., znak: ZD-I.0442.14.2024.
19. Pismo z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 czerwca 2024, znak sprawy: NFZ05-WŚOZ_I.413.810.2024.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
21. <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst> (dostęp z 24.06.2024 r.).
22. <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna-w-szkolach-od-2025-roku-ruszaja-prace-przygotowawcze> (dostęp z 1.07.2024 r.)
23. <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> (dostęp z 24.06.2024 r.).
24. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, 143, 472

Przy opracowaniu programu korzystano również z:

- Opinii Prezesa Agencji Oceny technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie programów o niniejszej tematyce,
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2016 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.
- Wsparcia merytorycznego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej dla województwa łódzkiego – dr hab. n. med. Renaty Stawerskiej.