

UCHWAŁA NR
RADY MIASTA GDAŃSKA

z dnia r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania
chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia” – program na lata 2027 - 2030**

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2026 r. poz. 662 i 912) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i ust. 3 pkt 2 w związku z art. 48a ust. 2 i ust. 5 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.¹⁾) **uchwała się, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia” - program na lata 2027 - 2030, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Miasta Gdańska

Agnieszka Owczarczak

¹⁾Dz. U. z 2025 r. poz. 1083, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz.203, 791, 972, 986 i 1007



Gmina Miasta Gdańska

**Program polityki zdrowotnej w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania
chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży**

„6-10-14 dla Zdrowia”

na lata 2027-2030

Podstawa prawna

**Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.)**

Gdańsk, 2026

Spis treści

1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1.1. Opis problemu zdrowotnego	4
1.2. Dane epidemiologiczne	8
1.3. Opis obecnego postępowania	11
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	16
2.1. Cel główny	16
2.2. Cele szczegółowe i zadania	16
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	17
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji.....	18
3.1. Populacja docelowa.....	18
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	19
3.3. Planowane interwencje.....	19
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	22
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	23
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	25
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	25
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	33
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	35
5.1. Monitorowanie	35
5.2. Ewaluacja	36
6. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	37
6.1. Koszty jednostkowe	37
6.2. Koszty całkowite	37
6.3. Źródła finansowania	38
7. Bibliografia.....	39
8. Załączniki	44

Niniejszy opis stanowi kontynuację Programu polityki zdrowotnej w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia” na lata 2024-2026 (Opinia Prezesa Agencji Technologii Medycznych Nr 70/2023 z dnia 13 listopada 20223 r.) przyjętego na podstawie Uchwały Nr LXXI/1826/23 Rady Miasta Gdańska z dnia 14 grudnia 2023 roku.

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Od połowy XX wieku znacznie zmieniły się trendy związane z przyczynami chorobowości populacji dziecięcej. W konsekwencji rozwoju higieny, zapobieganiu chorobom infekcyjnym, a przede wszystkim zmianie stylu życia i żywienia wśród dzieci, coraz większym wyzwaniem dla zdrowia publicznego stały się choroby cywilizacyjne^[1]. W populacji dziecięcej w ostatnich latach obserwuje się systematyczne i stopniowe narastanie nadwagi i otyłości. Choroby te istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia tzw. chorób cywilizacyjnych - m.in. nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, chorób metabolicznych, jak również chorób układu kostno-stawowego, wad postawy oraz wtórnie zaburzeń psychicznych.

W populacji dziecięcej, nadwaga i otyłość są określeniami dotyczącymi nadmiaru masy ciała (NMC) w stosunku do należytnej dla wieku i/lub wzrostu. Dziecko, u którego wystąpi nadwaga/ otyłość ma znacznie większe ryzyko na bycie otyłym w wieku dorosłym, a co za tym idzie, znacznie wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych skutków zdrowotnych, obniżenia jakości życia i w konsekwencji odczuwania negatywnych efektów społecznych – koszty bezpośrednie i pośrednie utrzymania osób chorych.

Wobec faktu, że zapobieganie chorobom cywilizacyjnym należy rozpocząć już w wieku rozwojowym, szczególnego znaczenia nabiera problem otyłości u dzieci i młodzieży. Udowodniono, że w stosunku do rówieśnika z prawidłową masą ciała dziecko otyłe w wieku 10-13 lat jest 6 - 7-krotnie bardziej narażone na występowanie otyłości w wieku dorosłym. Must i in. stwierdzili, że występowanie otyłości w wieku rozwojowym zwiększa zachorowalność i śmiertelność po 50 latach życia, niezależnie od masy ciała tych osób w wieku dorosłym^[2]. Co więcej dostępne dane wskazują, że im starsze jest dziecko z otyłością, tym trudniej jest mu powrócić do prawidłowej masy ciała. Otyłość jest chorobą, którą można leczyć z dobrym efektem. Przez odpowiednio zaplanowaną interwencję behawioralną, możemy dążyć do poprawy stanu zdrowia dzieci i młodzieży. Obniżenie i utrzymanie masy ciała dziecka w wartościach prawidłowych dla wieku i wzrostu zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób opisywanych powyżej. Im wcześniej rozpocznie się ten proces, tym większa jest szansa na uzyskanie długotrwałego efektu^[3]. Kolejnym kluczowym momentem jest wkraczanie w adolescencję i dorosłość - kiedy to na stałe kształtują się już własne zachowania dotyczące stylu życia. Ich zmiana w późniejszych etapach życia jest znacznie trudniejsza, a efekty mniej przenoszą się na poprawę ogólnego stanu zdrowia.

Właściwa dieta i aktywność fizyczna pozostają w związku przyczynowym z ryzykiem występowania chorób określanych mianem cywilizacyjnych chorób niezakaźnych (NCD). Należą do nich m.in. choroby układu krążenia i serca, cukrzyca typu 2, nowotwory, choroby zapalne oraz otyłość, z czego otyłość najczęściej występuje w populacji dziecięcej^[4]. Konsekwencje otyłości można podzielić na te, które ujawniają się już w dzieciństwie oraz długotrwałe skutki medyczne, które manifestują się w życiu dorosłym. Po pierwsze, otyłość sama w sobie bezpośrednio powoduje chorobowość u dzieci, w tym powikłania żołądkowo-jelitowe i mięśniowo-szkieletowe, bezdech senny, astmę oraz przyspieszony początek chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu 2 z towarzyszącymi im schorzeniami^[5]. Nie bez znaczenia są konsekwencje psychologiczne, które zazwyczaj obejmują obniżoną jakość życia, samotność, lęk i depresję. Co więcej, otyłość wpływa na wyniki w nauce ze względu na wyższy wskaźnik absencji^[6]. Po drugie, badania Rollanda-Cashera wykazały silny związek między otyłością dziecięcą a otyłością dorosłych^[7]. Z badań tych wynika, że większość otyłych niemowląt traci zwykle nadmiar tkanki tłuszczowej około drugiego roku życia, a więc w okresie, w którym wzrasta ich aktywność ruchowa^[7]. W kolejnych latach dochodzi do ponownego przyrostu tkanki tłuszczowej, nazwanego otyłością z odbicia (adiposity rebound). Do ponownego przyrostu masy ciała dochodzi zwykle około 8 roku życia i w późniejszym wieku większość dzieci utrzymuje swoją masę ciała na tym samym centylu aż do ukończenia wzrastania. Większość dzieci przybierających na wadze przed 6 rokiem życia utrzymywała nadwagę w okresie pokwitania. Im wcześniej następowała otyłość z odbicia, tym obserwowano większą ostateczną masę ciała w badanej grupie. Badanie Bogalusa Heart Study wykazało, że 53–90% dzieci z otyłością stawało się dorosłymi z nadmierną masą ciała^[8].

Dzieci chorujące na otyłość jako dorośli będą miały większe prawdopodobieństwo wystąpienia (oraz przedwczesnego wystąpienia) prawie każdego stanu przewlekłego, w tym chorób sercowo-naczyniowych, kilku rodzajów raka i cukrzycy typu 2^[9,10,11]. Do tego należy dodać efekty ekonomiczne. Według szacunków koszty opieki zdrowotnej nad osobami z otyłością są nawet o 44% wyższe niż nad osobami z masą ciała w normie. Szacuje się, że koszty związane z otyłością stanowią od 2% do 7% wydatków na ochronę zdrowia w Europie, a wydatki łącznie z leczeniem powikłań otyłości są szacowane nawet na 20%. Podaje się, że w Polsce choroby związane przyczynowo z nadwagą i otyłością mogą być odpowiedzialne za 25% hospitalizacji. Szacunki wskazują, że koszty leczenia otyłości i powiązanych z nią ośmiu głównych powikłań wynosiły ok. 5% całkowitych wydatków NFZ (Narodowego Funduszu Zdrowia)^[12].

World Obesity Atlas 2023, opublikowany przez World Obesity Federation, przewiduje, że globalny ekonomiczny wpływ nadwagi i otyłości sięgnie 4,32 bilionów dolarów rocznie do 2035 roku, jeśli nie ulegną poprawie metody prewencji i lecznicze. Przy prawie 3% światowego PKB jest to porównywalne

z ekonomicznym wpływem COVID-19 w 2020 r. ^[13]

Najprostszą i najczęściej stosowaną metodą oceny otyłości jest interpretacja wzajemnej proporcji pomiędzy masą a wysokością ciała wyrażoną wskaźnikiem BMI (Body Mass Index). Dla populacji dzieci i młodzieży do 18 r. ż. wartość tegoż wskaźnika odczytywana jest z siatek centylowych lub tabel odpowiednich dla wieku i płci, opracowywanych w poszczególnych krajach. Otyłość wśród dzieci i młodzieży stwierdza się, gdy BMI osiąga wartość na poziomie 95 (97) centyla lub powyżej. Obecnie w Polsce powszechnie stosowane i najbardziej aktualne są siatki centylowe pochodzące z projektu badawczego OLAF, które zostały opracowane na próbie reprezentatywnej dla polskiej populacji^[14]. Wskaźnik BMI nie informuje jednak o dystrybucji tkanki tłuszczowej w ciele, przez co wiąże się z pewnymi ograniczeniami, cechuje się niską czułością, ale wysoką swoistością. Dokładniejszą metodą diagnostyczną otyłości jest analiza bioimpedancji elektrycznej (BIA), która jest coraz powszechniej wykorzystywana ze względu na rosnącą dostępność przeznaczonych do tego celu urządzeń^[15]. Metoda ta pozwala określić zawartość masy mięśniowej, wody i tkanki tłuszczowej w organizmie, a także, w przypadku bardziej zaawansowanych urządzeń, dystrybucję tych komponentów składu ciała w poszczególnych jego partiach. Jest to przydatne narzędzie wykorzystywane w monitoringu indywidualnych postępów leczenia otyłości. Przy czym aktualnie nie ma wartości referencyjnych dla populacji polskiej.

Niewłaściwe odżywianie wraz z niskim poziomem aktywności fizycznej prowadzi do dodatniego bilansu energetycznego, którego efektem jest produkcja i magazynowanie tkanki tłuszczowej. W raporcie z badań IMID „Zdrowie uczniów w 2018 r. na podstawie nowego modelu badań HBSC” można odnaleźć informacje na temat licznych błędów w diecie dzieci w wieku szkolnym. Należą do nich głównie: niejedzenie śniadań, podjadanie słodczy i słonych przekąsek między posiłkami, częste spożywanie fast-foodów, konsumowanie nieadekwatnie dużych porcji, zbyt szybkie jedzenie, wypijanie dużych ilości słodzonych napojów zamiast wody oraz zmniejszająca się rok rocznie ilość spożywanych warzyw i owoców w diecie^[16]. Wymienione błędy żywieniowe przy niskim poziomie aktywności fizycznej i siedzącym trybie życia współczesnych dzieci i młodzieży prowadzą do dodatniego bilansu energetycznego i w konsekwencji gromadzenia się nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej.

W dzieciństwie odpowiedni poziom aktywności fizycznej ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju podstawowych umiejętności poznawczych, motorycznych i społecznych, a także zdrowia układu mięśniowo-szkieletowego, sercowo-naczyniowego^[17]. Aktywność fizyczna jest ważnym wyznacznikiem w profilaktyce i leczeniu otyłości u dzieci oraz redukcji metabolicznych czynników ryzyka^[18,19]. Poziomy aktywności fizycznej w dzieciństwie przenosi się na poziom aktywności fizycznej

w okresie dojrzewania i dorosłości^[20,21]. Kształtowanie zdrowych nawyków w zakresie aktywności fizycznej w dzieciństwie może przynieść korzyści w późniejszym życiu^[22].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przez Globalny Plan Działania na rzecz Aktywności Fizycznej 2018–2030^[23] oraz Strategię Aktywności Fizycznej dla Regionu Europejskiego WHO 2016–2025^[24] zapewnia wytyczne w zakresie zapobiegania różnorodnym czynnikom ryzyka dla zdrowia. Aktualne zalecenia WHO dla dzieci i młodzieży w wieku 5–17 lat zakładają co najmniej 60-minutową aktywność fizyczną o umiarkowanej / intensywnej intensywności (MVPA) dziennie w celu utrzymania dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego oraz dobrego samopoczucia. Aktywna zabawa (nieustrukturyzowana aktywność fizyczna dzieci na świeżym powietrzu w czasie wolnym), aktywny transport (jazda na rowerze lub chodzenie) oraz uprawianie sportu to główne czynniki wpływające na wzrost aktywności fizycznej wśród dzieci.

W Polsce, jak wynika z badania COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative), przynajmniej 1 godz. dziennie wolny czas na aktywnej zabawie spędza mniej niż 25% dzieci, więcej niż 4 na 10 dzieci w Polsce uczęszcza na dodatkowe zajęcia sportowe 1-3 godzin tygodniowo, ok. 40% dzieci korzysta z aktywnego transportu do szkoły (rower, hulajnoga, spacer itp.) a 59,5% dzieci spędza mniej niż 2 godziny dziennie przed telewizorem^[25].

Sytuacja epidemiczna i ograniczenia wynikające z blokad spowodowanych podwyższonym ryzykiem zakażenia COVID-19 również przekładają się na poziom aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. Najnowsze badania wskazują, że aktywność fizyczna dzieci wyraźnie spadła, podczas gdy czas spędzony przed monitorami wyraźnie wzrósł^[26].

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

Kompleksowe programy behawioralne (dieta, aktywność fizyczna, zdrowie psychiczne) są ogólnie uważane za złoty standard prewencji i leczenia otyłości u dzieci^[27]. Przeprowadzona analiza sześciu przeglądów Cochrane oceniła skuteczność interwencji mających na celu zmianę zachowania u dzieci oraz interwencji skierowanych tylko do rodziców dzieci, oprócz interwencji chirurgicznych i leków^[28]. Dowody sugerują, że wieloskładnikowe interwencje mające na celu zmianę zachowania mogą spowodować zmniejszenie masy ciała u dzieci w każdym wieku, przy niewielu zgłaszanych zdarzeniach

niepożądanych. Ponadto, pomimo niewielkiego wpływu multidyscyplinarnych interwencji behawioralnych na wskaźnik cBMI, zmniejszenie ryzyka chorób współistniejących jest ważnym, możliwym do osiągnięcia wynikiem^[29]. Główną wartością terapeutyczną jest zatem zmniejszenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i innych chorób współistniejących oraz poprawa jakości życia i dobrostanu psychospołecznego.

Autorzy publikacji naukowych podkreślają również, że interwencje skierowane na całą rodzinę (family-based treatment - FBT) uznawane jest za najlepszą możliwą metodę leczenia otyłości dziecięcej, który wydaje się przynosić wiele korzyści zarówno w perspektywie krótko- i długoterminowej oceny efektów leczenia.^[30,31] Taki kierunek dla podejmowanych działań wydaje się być również zgodny z bieżącymi rekomendacjami Amerykańskiej Akademii Pediatrii^[32], które podkreślają konieczność inicjowania takich programów i projektów, które będą podejmowały próbę kompleksowej pomocy całej rodzinie w zmianie stylu życia.

1.2. Dane epidemiologiczne

Jak wynika z badań „GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY (GBD)” 2019, w czołówce czynników ryzyka odpowiadających za obciążenie chorobowe wyrażone w DALY w Polsce w roku 2019 znalazła się wysoka wartość współczynnika BMI (awans z 3 miejsca w rankingu w 1990 roku na 2 w 2019), wysokie skurczowe ciśnienie krwi (spadek z 2 na 3 miejsce), wysokie stężenie glukozy na czczo (awans z 5 na 4 miejsce), co dowodzi wpływu nadwagi i otyłości na zdrowie Polaków^[33].

Zgodnie z wynikami raportu przygotowanego przez NIK w 2016 r. największym problemem zdrowotnym wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–18 lat były: zniekształcenia kręgosłupa – 219,7 tys., alergie (dychawica oskrzelowa) – 194,8 tys., zaburzenia refrakcji i akomodacji oka – 186,8 tys., otyłość – 93,2 tys., niedokrwistość – 52,4 tys., zaburzenia rozwoju – 50,7 tys., choroby tarczycy – 46,9 tys., alergie skórne – 35,7 tys. oraz choroby układu moczowego – 29,2 tys. - liczba rozpoznań zaraportowana przez lekarzy POZ do NFZ po realizacji badań bilansowych^[34].

Problem nadmiernej masy ciała, r według danych WHO z 2016 roku, dotyczył około 41 milionów dzieci poniżej 5 roku życia na świecie, zaś szacuje się, że do 2025 roku liczba ta wzrośnie do 70 milionów^[35]. Na całym świecie liczba otyłych dziewcząt wzrosła z 5 mln w 1975 r. do 50 mln w 2016 r., a liczba chłopców z otyłością wzrosła z 6 mln w 1975 r. do 74 mln w 2016 r. WHO zauważa, że 73% wzrostu liczb bezwzględnych jest efektem wzrostu częstości występowania otyłości niż wzrostu liczebności populacji^[36].

Raport opublikowany przez World Obesity Federation w marcu 2023 roku stwierdza, że liczba dzieci chorujących na otyłość może wzrosnąć ponad dwukrotnie do 2035 r. (w stosunku do poziomu z 2020 r.). Badacze przewidują, że wskaźniki podwoją się wśród chłopców do 208 milionów (wzrost o 100%) i wzrosną nawet więcej niż dwukrotnie wśród dziewcząt do 175 milionów (wzrost o 125%). Wskaźniki te rosną szybciej wśród dzieci niż wśród dorosłych.^[13]

W Europie najdokładniejszych danych na temat występowania otyłości u dzieci dostarcza badanie COSI. W 14 krajach występowanie nadwagi i otyłości wahało się od 17,6% do 41,9% w przypadku chłopców i od 20,1% do 38,5% w przypadku dziewcząt, a częstość występowania otyłości wynosiła 4,9–21% wśród chłopców i 5,1–14,9% wśród dziewcząt^[37]. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) wskazuje, że w przypadku dzieci i młodzieży (osoby poniżej 20 roku życia) w 2016 r. w Polsce nadwagę miało 31% chłopców i 20% dziewcząt, a otyłość 13% chłopców i 5% dziewcząt. Należy zauważyć, że w porównaniu do 2007 r. szczególnie niepokojący jest wzrost odsetka chłopców z nadwagą; w latach 2007–2016 udział chłopców z nadwagą wzrósł o 8 %. W przypadku dziewcząt z nadwagą odsetek wzrósł o 5%. Z kolei dla otyłości, odsetek otyłych chłopców wzrósł o 5%, a odsetek otyłych dziewcząt o 2%^[38].

Raport COSI opublikowany w 2022 roku będący analizą badań zgromadzonych podczas piątego już cyklu badań (prowadzonych w latach 2018-2020) wskazał, że sumarycznie 29% dzieci w wieku 7–9 lat w krajach zbierających dane do raportu miało nadwagę i otyłość (od 6% w Tadżykistanie do 43% na Cyprze). Częstość występowania była wyższa wśród chłopców (31%) niż dziewcząt (28%). Ogólna częstość występowania otyłości wśród dzieci w wieku 7–9 lat wynosiła 12% i częściej dotyczyła chłopców (14%) niż dziewcząt (10%).^[39]

W Polsce, wśród dzieci w wieku 13-36 m. ż, wg. badania „PITNUTS” nadwaga dotyczyła 14.5% a otyłość 13% dzieci^[40]. Nadmiar masy ciała wśród 8-latków objętych badaniem COSI, stwierdzono prawie u 1/3 dzieci (30.7%)^[41]. Z kolei w raporcie (2018) z badania Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) nadmierną masę ciała stwierdzono u 22,6% chłopców i 10,8% dziewcząt, w tym otyłość odpowiednio u 3,1% i 1,6%.

Ogromną zmianę w stanie zdrowia dzieci przyniosła pandemia COVID-19. Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19 wskazuje, że odsetek uczniów, u których występowała nadwaga lub otyłość wynosił 35,3% (częściej u chłopców 38,5% niż dziewcząt 32,1%). Z badań z 2021 r. wynika, że średni obwód talii badanych uczniów wynosi

61,8 cm, obwód talii chłopców jest około 2 cm większy niż dziewcząt, a odnosząc te wartości do wartości centylowych, zbyt duży obwód odnotowuje się u blisko 30% drugoklasistów. Zbyt duży obwód bioder, o wartości odpowiadającej >90 centyla obserwuje się u blisko 26% badanych uczniów w wieku lat 8. Występowanie otyłości brzusznej na podstawie wskaźnika obwodu talii do wysokości ciała stwierdzono u 22,4% badanych drugoklasistów. W latach 2016–2021 nastąpił także znaczny wzrost odsetka dzieci w wieku lat 8., u których zaobserwowano podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi.^[42]

Nowsze dane pochodzące z badań koordynowanych przez Instytut Matki i Dziecka potwierdzają utrzymywanie się wysokiej częstości występowania nadmiernej masy ciała w populacji dzieci i młodzieży w Polsce. Wyniki projektu DINO-PL (Diagnoza–Interwencja–Nadciśnienie–Otyłość), realizowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, wskazują, że nadwaga i otyłość występują u prawie jednej trzeciej badanej populacji w wieku 8–15 lat: u 31,8% uczniów II klasy szkoły podstawowej, 29,9% uczniów klasy VII oraz 29,0% 15-latków [53]. Wyniki te potwierdzają, że nadmierna masa ciała pozostaje istotnym problemem zdrowotnym wśród polskich dzieci i młodzieży, utrzymującym się na wysokim poziomie w kolejnych grupach wieku szkolnego.

Wyniki raportu Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia przygotowanego przez Instytut Matki i Dziecka w 2020 r. pokazują, że nadwaga i otyłość występowała u 13,6% ogółu badanych 17-latków, znacząco częściej u chłopców (19,0%) niż dziewcząt (8,8%). Istotnie statystycznie różnice związane z płcią utrzymują się od 11 roku życia (18,1%), ale są większe wśród 13- (18,5%) i 15-latków (13,4%). Między 11 a 17 rokiem życia częstość nadwagi i otyłości u nastolatków zmniejsza się, średnio o 4,5 punktów procentowych, w większym stopniu u dziewcząt. W grupie chłopców najbardziej obciążeni nadmiarem masy ciała są 13-latkowie. Po 15-tym roku życia wskaźniki nadmiaru masy ciała stabilizują się u obu płci.^[43]

Analiza danych z lat 1966-2012 na temat występowania otyłości w tym otyłości centralnej wśród uczniów w Małopolsce, wskazuje na istotny wzrost BMI oraz obwodu talii u dzieci. Autorzy stwierdzili, że zarówno otyłość ogólna, jak i brzuszna u polskich dzieci znacznie wzrosła w latach 1966-2012, z tendencją do większego wzrostu odsetka osób z otyłością centralną niż ogólną, co oznacza, że liczba powikłań metabolicznych u polskich dzieci i młodzieży może się nasilać w przyszłości^[44].

W badaniu Błaszczyk-Bębenek i wsp. dotyczącym dzieci z regionu małopolskiego nadmiar tkanki tłuszczowej dotyczył 16,2% badanych ogółem (12,3% chłopców oraz 19,2% dziewcząt), otyłość brzuszna dotyczyła 9,7% chłopców i 5,2% dziewcząt^[45].

Wyniki tych badań są zbieżne z wynikami pokontrolnymi NIK z 2017 r. Kontrolę przeprowadzono w pięciu województwach: lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podlaskim i kujawsko-pomorskim. W każdym z nich badaniem objęto dwie gminy oraz cztery szkoły podstawowe (po dwie z terenu każdej z kontrolowanych gmin). Wyniki testów przesiewowych wykonywanych w trakcie rocznego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie III i V wskazują, że odsetek uczniów z zaburzeniami masy ciała w kontrolowanych szkołach zwiększył się w ciągu 4 lat o ponad 5 p.p., tj. z 16,8% w roku szkolnym 2012/2013 do 22% w roku szkolnym 2015/2016.

Z raportu tego wynika również, że mimo wysokiego odsetka objęcia uczniów realizowanymi przez pielęgniarki szkolne lub higienistki szkolne testami przesiewowymi, przekazywanych sprawozdań nie analizowano zbiorczo, w tym nie przewidziano możliwości sprawozdawania zbiorczych wyników badania BMI. Nie były one też zbierane ani analizowane przez NFZ. W efekcie nie istnieją dane statystyczne przedstawiające stan epidemiologiczny dzieci z zaburzeniami masy ciała z wyników realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach^[46].

Badanie przeprowadzone przez Szczyrską i wsp. wskazują, że częstość występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 6-7 lat na terenie gminy Gdańsk w latach 2008-2016 wynosiła 7,49% (7,91% dziewcząt i 7,07% chłopców), a otyłości 4,24% (4,47% dziewcząt i 3,99% chłopców). Nie stwierdzono różnicy w występowaniu ani nadwagi, ani otyłości między chłopcami i dziewczętami. Jednak częstość występowania nadwagi i otyłości łącznie jest wyższa u dziewcząt (12,38% vs. 11,06%)^[47].

Rośnie też liczba dzieci, która leczona jest z powodu powikłań otyłości. Jak podaje NFZ, od 2012 r. stale wzrasta liczba dzieci, dla których zrealizowano recepty na leki stosowane w nadciśnieniu (w 2017 r. wartość dwukrotnie wyższa niż w roku 2012). Dodatkowo, wzrasta udział osób, dla których zrealizowano tego typu recepty co najmniej 2 razy w ciągu roku. Rosną koszty świadczeń zdrowotnych m.in. cukrzycy w 2017 r koszt świadczeń udzielonych z powodu cukrzycy u dzieci wyniósł 46,2 ml zł^[48].

1.3. Opis obecnego postępowania

Pomimo faktu, że otyłość u dzieci powinna być leczona przez zespoły złożone z przedstawicieli różnych dyscyplin (oprócz lekarza i pielęgniarki: dietetycy, psychologowie, fizjoterapeuci lub specjaliści aktywności fizycznej), takie zespoły działają tylko w nielicznych krajach. Polska jest przykładem kraju, w którym brak jest systemowych rozwiązań opieki nad dzieckiem chorującym na otyłość. W podstawowej opiece zdrowotnej w ramach refundacji NFZ dostępna jest jedynie porada lekarska.

Niestety, porada dietetyczna nie znajduje się aktualnie w koszyku świadczeń refundowanych, a pacjentom pozostają usługi prywatne. W Polsce jedynie procedura bariatryczna (chirurgiczna) jest finansowana z NFZ, natomiast w placówkach specjalistycznych, do których kierowane są dzieci otyłe z POZ, leczy się powikłania (zaburzenia metaboliczne) zamiast problemu pierwotnego, jakim jest otyłość, o czym świadczy niski wskaźnik rozpoznań E66, w stosunku do danych epidemiologicznych w tej grupie dzieci. Warto wskazać, że podejmowane są próby tworzenia rozwiązań finansowanych ze środków NFZ kierowanych do dzieci i młodzieży chorującej na otyłość, np. w postaci turnusów rehabilitacyjnych lub pobytów sanatoryjnych. Działania rozliczane są, zgodnie z nazwą, jako świadczenia rehabilitacyjne, zatem leczenie otyłości nie jest bezpośrednio ujęte w intencji płatnika. Dodatkowo krótki czas trwania turnusów (zazwyczaj ok. 3 tygodni) i praca w warunkach szpitalnych (w oderwaniu od naturalnych warunków życia i rodziny) nie gwarantuje zbudowania i utrwalenia pozytywnych wzorców zachowań dotyczących odżywiania i aktywności fizycznej, co jest niezbędne dla trwałej redukcji nadmiaru masy ciała. (cytat z Opinia Prezesa AOTMiT nr 2/2021 z dnia 8 stycznia 2021 r.: „Kompleksowe interwencje behawioralne powinny być zintegrowane z programami realizowanymi w warunkach szkolnych lub środowiskowych (ES 2017). Krótkoterminowe interwencje i jednorazowe akcje/wydarzenia są niewystarczające – powinny one stanowić część długoterminowego, zintegrowanego programu (NICE 2015).” Szczególną lukę systemową stanowi ograniczona dostępność kompleksowej, długoterminowej opieki nad adolescentami chorującymi na otyłość po ukończeniu 14 r.ż. W praktyce klinicznej obserwuje się brak możliwości płynnego przekazania pacjentów wymagających dalszej terapii do świadczeń finansowanych ze środków publicznych lub wielomiesięczne okresy oczekiwania na takie świadczenia. Może to prowadzić do przerwania procesu terapeutycznego, nawrotu nieprawidłowych zachowań zdrowotnych oraz utraty osiągniętych efektów leczenia.

W maju 2019 r. Najwyższa Izba Kontroli opublikowała informację o wynikach kontroli Raport: System Ochrony Zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian^[41]. Z przedmiotowej informacji wynika jednoznacznie, że system opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, szczególnie opieka profilaktyczna, nie gwarantuje ich bezpieczeństwa zdrowotnego. Świadczy o tym chociażby zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi. Nie zapewnia on również spójnej i kompleksowej opieki zdrowotnej, zarówno z uwagi na niewystarczające współdziałanie podmiotów funkcjonujących w ochronie zdrowia, jak również niewystarczającą współpracę lekarza i pielęgniarki z rodzicami w trosce o zdrowie dzieci.

Rezolucja 57. Światowego Zgromadzenia Zdrowia z dnia 22 maja 2004 r. o przyjęciu Globalnej Strategii dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia wzywa kraje członkowskie do zaprogramowania, wdrożenia i ewaluacji działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństw przez

promocję właściwej diety i zwiększenie aktywności fizycznej. W ślad za ww. Strategią, Rada Unii Europejskiej przygotowała w grudniu 2005 r. dokument pt.: Zielona Księga — Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym, a następnie w 2007 r. dokument „Biała Księga Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością”. Mimo tego, brak jest jednej spójnej strategii, której celem miałyby być zapobieganie nadwadze i otyłości wśród dzieci.

Istnieją programy ogólnopolskie realizowane przez instytuty naukowe czy urzędy państwowe oraz podmioty prywatne. Należą do nich takie programy jak „Owoce i warzywa w szkole”, „Mleko w szkole”, „Zachowaj równowagę” – realizowany w latach 2011–2016 przez IŻŻ przy wsparciu organizacji Swiss Contribution; „Śniadanie daje moc” – realizowany przez Instytut Matki i Dziecka oraz producentów żywności; „Trzymaj formę” – współorganizowany przez GIS oraz Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców; „Szkoła promująca zdrowie” – rozwijany w Polsce w ramach Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie; „Zdrowo jem więcej wiem” – realizowany przez Fundację Banku Ochrony Środowiska.

Z danych opublikowanych przez Instytut Żywności i Żywienia w 2016 r. wynika, że w efekcie realizacji programu „Zachowaj równowagę” zmniejszeniu o 1 punkt procentowy uległo występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży objętej tym programem (z 21,9 do 20,9%), co potwierdza zasadność prowadzenia edukacji żywieniowej wśród uczniów.

Realizowane są również lokalnie, w miastach lub gminach, programy polityki zdrowotnej, które uzyskały pozytywną opinię AOTMiT-u. Przykładem takiego programu jest prowadzony od 2011 r. przez Miasto Gdańsk Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia”. Niniejszy opis programu polityki zdrowotnej stanowi jego rewizję jak i kontynuację. Badania przeprowadzone w Gdańsku w latach 2011-2020 w ramach wcześniejszych edycji Programu „6-10-14 dla Zdrowia” wskazują, że nadmiar masy ciała występuje u 7 – 19,7% dzieci w zależności od grupy wiekowej, wady postawy dotyczą ok. 60-68% dzieci. Zdiagnozowano również niską wydolność fizyczną (opisywaną jako: słaba, bardzo słaba, test wydolności przerwany) u 24,9% 9-11-latków i 39,6% 14-latków. Okres pandemii COVID-19 również obserwowany jest w wynikach badań przeprowadzonych w Gdańsku w okresie od stycznia 2021 do grudnia 2022. Nadmiar masy ciała zdiagnozowano u 20,4% dzieci w wieku 9-11 lat i 20% 14 latków. Zdiagnozowano również niską wydolność fizyczną (opisywaną jako: słaba, bardzo słaba, test wydolności przerwany) u 29,5% 9-11-latków i 29,7% 14-latków. U 18% dzieci zidentyfikowano poważne odchylenia w wynikach badań laboratoryjnych (przede wszystkim w poziomie glukozy, trójglicerydów i poszczególnych frakcji cholesterolu) wymagające natychmiastowej, dodatkowej

konsultacji specjalistycznej, zapewnionej w ramach programu. Zdiagnozowanie tych zmian było możliwe tylko dzięki uczestnictwu dzieci w programie. Stwierdzone nieprawidłowości na początkowym etapie są bezobjawowe, co zazwyczaj opóźnia ich wykrycie i sprawia, że diagnozowane są dopiero kiedy pojawią się pełne objawy chorobowe, a stan kliniczny jest dużo bardziej zaawansowany. Roczny program opieki nad dziećmi z nadmiarem masy ciała przynosi pozytywne efekty u 75% objętych opieką. Obserwowane jest obniżenie centyla BMI średnio o 4 pp. Dodatkowo rejestrowane są zmiany w sposobie odżywiania i zachowaniach związanych z aktywnością fizyczną^[42]. Autorzy oszacowali koszt przejścia dziecka z grupy nadwagi (centyl BMI > 85) który wyniósł 27 758 PLN (6 463 EUR), a z grupy otyłości (centyl BMI > 95) nieco mniej, tj. 23 601 PLN (5 495 EUR)^[49]. Dodatkowo analizy przeprowadzone w Gdańsku wskazują, że nie ma istotnych statystycznie różnic w częstości występowania nadwagi dziewcząt i chłopców w wieku 6-7 lat w badanych grupach rocznych w latach 2008-2016. Występowanie nadwagi w tej populacji jest na stabilnym poziomie^[50].

Ponadto analiza długofalowych efektów programu „6-10-14 dla Zdrowia” realizowanego w latach 2011-2020 (po ok. 4 latach od ukończenia programu) pozwala stwierdzić, że udział w programie terapeutycznym przynosi wymierne korzyści zdrowotne dla jego uczestników. Dzieci z nadmiarem masy ciała, które wzięły udział w pełnej interwencji terapeutyczno-edukacyjnej mają niższą masę ciała i ciśnienie tętnicze niż dzieci, których rodzice/ opiekunowie prawni mimo nadmiaru masy ciała z różnych powodów odmówili udziału [54].

Podsumowując wspomnieć należy, że w Gdańsku od 2011 roku realizowane są działania ukierunkowane na prewencję i wczesne wykrywanie i leczenie otyłości wśród dzieci. ”Gdański program prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży” realizowany jest pod nazwą „6-10-14 dla Zdrowia”. Program wpisuje się w szereg aktywności miasta skoncentrowanych na systematycznej poprawie zdrowia mieszkańców. Badania własne prowadzone przez jednostkę organizacyjną Miasta Gdańska, właściwą w zakresie promocji zdrowia wskazują, że w okresie przed pandemią COVID-19 w Gdańsku, wbrew powszechnie panującym w Polsce i na świecie trendom otyłość wśród dzieci nie narastała. Obserwowano systematyczną poprawę sprawności krążeniowo-oddechowej u badanych dzieci i młodzieży z Gdańska. W grudniu 2021 r. Najwyższa Izba Kontroli opublikowała informację o wynikach kontroli Raport: Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych^[51]. Raport ten wskazał Program „6-10-14 dla Zdrowia” jako przykład dobrej praktyki samorządowej.

Gmina Miasta Gdańsk dostrzega problem nadwagi i otyłości, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, jako podstawowego czynnika ryzyka wielu chorób o istotnym znaczeniu epidemicznym. Zasadnym więc jest realizacja działań o kompleksowym charakterze interwencji edukacyjno-zdrowotnej skierowanej do tej

grupy, ponieważ dzieciństwo i dojrzewanie są okresami krytycznymi w rozwoju otyłości, a także jej powikłań w wieku dorosłym. Kierowanie programów polityki zdrowotnej do tej grupy wiekowej w najwyższym stopniu realizuje cel, jakim jest poprawa stanu zdrowia mieszkanek i mieszkańców Miasta Gdańska.

W obecnie funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, nie istnieje żadna forma długofalowej, kompleksowej opieki nad dziećmi z zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości. System zapewnia specjalistyczną opiekę lekarską, ograniczoną jednak głównie do okresowego monitorowania stanu zdrowia, bez prowadzenia stałej interwencji i edukacji. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, tylko pełne, interdyscyplinarne podejście do zagadnienia redukcji nadwagi i otyłości w populacji dziecięcej, jako głównego modyfikowalnego czynnika chorób cywilizacyjnych, może doprowadzić do realizacji założeń programu.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Celem głównym jest zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży między 6 a 14 rokiem życia oraz uczestników kontynuujących udział w etapie specjalistycznym programu zamieszkałych w Gdańsku lub uczęszczających do gdańskich szkół, włączonych do programu przez objęcie dzieci i ich rodzin kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną w okresie realizacji.

2.2. Cele szczegółowe i zadania

Cele szczegółowe:

1. Podniesienie poziomu wiedzy uczestników programu w zakresie behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób.
2. Redukcja nadmiaru masy ciała u dzieci objętych etapem specjalistycznym, które ukończyły pełen cykl opieki programu – obniżenie o 5% wskaźnika BMI zidentyfikowanego jako kryterium włączenia do etapu specjalistycznego programu.
3. Zwiększenie liczby rozpoznań u dzieci i młodzieży chorób metabolicznych i sercowo naczyniowych na wczesnym etapie rozwoju (umożliwienie szybkiego podjęcia leczenia).

Zadania:

1. Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci, młodzieży i rodziców/ opiekunów prawnych - uczestników programu.
2. Wprowadzenie prawidłowych nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu.
3. Włączenie środowiska szkół podstawowych z terenu Gdańska w proces zmiany zachowań dietetycznych oraz zdrowotnych dzieci i młodzieży.
4. Ocena długofalowej skuteczności programów populacyjnych, skierowanych do populacji pediatrycznej w zakresie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych przez ocenę stanu zdrowia młodzieży wchodzącej w dorosłość.

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

	Wskaźnik rezultatu / miernik	Wartość docelowa wskaźnika
Cel główny	Odsetek dzieci z nadmiarem masy ciała w populacyjnych badaniach w grupach objętych programem w latach 2027 i 2030	Spadek odsetka dzieci z nadmiarem masy ciała o 2% w badaniach populacyjnych, porównawczych dla lat 2027 i 2030
	Liczba dzieci i młodzieży zaproszona do udziału w programie	54 800 uczestników przez cały okres trwania programu 13700 /rok
	Liczba dzieci objętych badaniami przesiewowymi	28000 uczestników przez cały okres trwania programu 7000 / rok
	Odsetek dzieci objętych badaniami przesiewowymi, skierowanych do etapu specjalistycznego	ok. 7,5% dzieci objętych badaniami przesiewowymi, spełniających kryteria włączenia do programu specjalistycznego
	Liczba dzieci zakwalifikowanych, które rozpoczęły udział w etapie specjalistycznym na podstawie badań przesiewowych oraz innych dróg kwalifikacji	2100 uczestników przez cały okres trwania programu 525 / rok
Cel szczegółowy 1	Liczba punktów testu wiedzy	Wzrost o 20% wiedzy uczestników etapu specjalistycznego na temat behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób – wartość docelowa oszacowana jako niezbędna poprawa w zakresie wiedzy, możliwa do osiągnięcia. Ponadto uczestnicy w ankiecie ewaluacyjnej uzyskanie min. 75% poprawnych odpowiedzi.
	Liczba warsztatów edukacyjnych dla placówek oświatowych	120 warsztatów przez cały okres trwania programu 40 / rok
Cel szczegółowy 2	Centyl BMI uczestnika programu specjalistycznego, który ukończył pełen cykl opieki (porównanie wartości centyla BMI w momencie rozpoczęcia interwencji oraz po 12 miesiącach od włączenia do etapu specjalistycznego)	Uzyskanie u dzieci uczestniczących w etapie specjalistycznym redukcji nadmiaru masy ciała w postaci obniżenia centyla BMI o 5 pp.
Cel szczegółowy 3	Odsetek dzieci objętych badaniami w ramach etapu	ok. 70% z dzieci zakwalifikowanych do etapu specjalistycznego

	specjalistycznego	
	Odsetek dzieci objętych badaniami w ramach etapu specjalistycznego, u których zdiagnozowane zostaną choroby metaboliczne i sercowo naczyniowe na wczesnym etapie rozwoju, które nie zostałyby rozpoznane bez udziału w programie	ok. 80 nowych rozpoznań, które zostaną skierowane do pilnej konsultacji wysokospecjalistycznej celem podjęcia właściwego leczenia

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

3.1. Populacja docelowa

Populację docelową stanowić będą wszystkie dzieci i młodzież z Gminy Miasta Gdańska spełniające kryteria kwalifikacji opisane w pkt. 3.2. W Gdańsku średnia liczebność poszczególnych roczników, które planuje się objąć interwencją publiczną (na podstawie liczby dzieci urodzonych w Gdańsku) waha się pomiędzy 3800 a 5000 osób. Średnia liczba dzieci uczących się w Gdańskich szkołach podstawowych w jednym roczniku wynosi ok. 4500 do 5000. Planowane jest włączenie wszystkich dzieci w ramach danego rocznika, w kolejnych latach sukcesywnie włączając kolejne roczniki. Zaproszenia do udziału wystosowane zostaną do wszystkich szkół i przedszkoli na terenie Gdańska. Dzieci objęte zostaną badaniami przesiewowymi nastawionymi na identyfikację czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (m.in pomiary antropometryczne, wyliczenie centyla BMI, pomiary aktywności fizycznej przy użyciu testu stopnia, pomiary ciśnienia tętniczego). Zgodnie z doświadczeniem wynikającym z realizacji programu w latach 2011-2026 realne jest osiągnięcie uczestnictwa w badaniach przesiewowych na poziomie ok. 50% populacji generalnej, co jest uwarunkowane takimi czynnikami jak: konieczność uzyskania zgody uczestników i/lub rodziców/ opiekunów prawnych, zainteresowanie rodziców i opiekunów prawnych udziałem w programie oraz współpracą ze szkołami. Każdorocznie zakłada się wykonanie ok. 7000 kompleksowych badań i wydanie każdemu uczestnikowi badania indywidualnego planu postępowania prozdrowotnego.

Spośród przebadanych 6, 10 i 14 latków przewiduje się wyłonienie ok. 7,5% grupy uczestników wymagających udziału w etapie specjalistycznym programu, ze względu na zdiagnozowany podczas badań bilansowych wskaźnik wagowo-wzrostowy skorygowany o wiek i płeć (centyl BMI) wynoszący 90 i więcej. Wartości centyla BMI powyżej 90 wiążą się z wysokim ryzykiem przejścia dziecka do wartości diagnozowanych już jako otyłość. W związku z powyższym, zasadnym jest włączenie dzieci z zaawansowaną nadwagą do etapu specjalistycznego w celu uzyskania redukcji nadmiaru masy ciała oraz uniknięcia rozwoju otyłości i jej następstw. W uzasadnionych przypadkach uczestnicy Programu mogą

kontynuować udział w programie również po ukończeniu 14 r.ż., nie dłużej jednak niż do ukończenia 18 r.ż., w celu zapewnienia ciągłości terapii i monitorowania efektów leczenia.

Zgodnie z kryteriami projektu OLAF nadwaga diagnozowana jest w przypadku wyliczenia u dziecka wskaźnika BMI dla wieku i płci równego lub wyższego 85, otyłość natomiast przy wskaźniku równym i wyższym 95 [14].

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

Kryteria włączenia do PPZ:

- wiek uczestnika 6, 10 (lub uczeń klasy III), 14 (lub uczeń klasy VII);
- uczęszczanie do placówek oświatowych w Gdańsku lub zamieszkanie na terenie Gdańska;
- uzyskanie zgody uczestnika i/lub rodzica/ opiekuna prawnego na udział w programie.

Kryteria włączenia do etapu specjalistycznego:

- wiek uczestnika (między 6 a 14 lat) w uzasadnionych przypadkach klinicznych dopuszcza się możliwość kontynuacji udziału w etapie specjalistycznym po ukończeniu 14 r.ż., nie dłużej jednak niż do ukończenia 18 r.ż.;
- uczęszczanie do placówek oświatowych w Gdańsku lub zamieszkanie na terenie Gdańska;
- nadmiar masy ciała, w postaci cBMI równego lub powyżej 90 (siatki centylowe projektu OLAF).

Kryteria wyłączenia:

- brak wyrażenia przez potencjalnego uczestnika i/ lub rodziców/ opiekunów prawnych dziecka zgody na uczestnictwo w PPZ lub decyzja o wycofaniu zgody w każdym momencie uczestnictwa.

3.3. Planowane interwencje

Ze względu na podejmowane działania względem uczestników interwencji zaplanowano na dwóch etapach: poziom przesiewowy oraz poziom specjalistyczny. Dodatkowo zaplanowano działania ukierunkowane na edukację o zasięgu populacyjnym oraz działania dedykowane organizacji środowiska szkolnego.

Etap badań przesiewowych:

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

Każdemu uczestnikowi założona zostanie indywidualna karta uczestnika w przygotowanym/ opracowanym systemie elektronicznym.

Kompleksowe badania przesiewowe w populacji 6, 10, 14-latków z Gdańska prowadzone będą przez jednostkę organizacyjną Miasta Gdańska, właściwą w zakresie promocji zdrowia w ramach zadań własnych jednostki. Jednostka organizacyjna Miasta Gdańska zawrze, z wyłonionym w ogłoszonym przez Urząd Miejski w Gdańsku konkursie ofert, realizatorem stosowne porozumienie w oparciu o złożoną ofertę, zgodnie z niniejszym programem i warunkami konkursu.

Badania dzieci 6-letnich przeprowadzane będą w systemie rocznym, na terenie jednostki organizacyjnej Miasta Gdańska, właściwej w zakresie promocji zdrowia. Badania te będą skupione na ocenie kompleksowego rozwoju oraz stanu zdrowia dziecka. Rodzice wraz z dziećmi z wykrytymi zaburzeniami, spełniającymi kryteria włączenia do programu, będą zapraszani do uczestnictwa w dalszym etapie (poziom specjalistyczny).

Badania przesiewowe w grupie dzieci 10-letnich będą przeprowadzane w gdańskich szkołach podstawowych. W tym programie badane są dzieci w przedziale wiekowym 9 – 11 lat, uczniowie klas III szkół podstawowych. Również spośród tej grupy, dzieci z nadwagą i otyłością oraz ich rodzice/ opiekunowie prawni będą zapraszani do uczestnictwa w kolejnym etapie programu.

Młodzież 14-letnia (w przedziale 13 – 15 lat, uczniowie klas VII szkół podstawowych) również będzie badana przesiewowo w ramach corocznych badań organizowanych na terenie szkół podstawowych. Badania przeprowadzać będą specjaliści z jednostki organizacyjnej Miasta Gdańska właściwej w zakresie promocji zdrowia.

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

Spółród przebadanej grupy 6, 10 i 14-latków wyłoniona zostanie grupa dzieci z nadmiarem masy ciała w postaci nadwagi lub otyłości ($cBMI \geq 90$), której zaproponowane zostanie uczestnictwo w etapie specjalistycznym programu. Szacowane jest uczestnictwo około 70% dzieci zaproszonych do drugiego etapu interwencji.

Etap specjalistyczny

Dla wszystkich uczestników oraz rodziców/ opiekunów prawnych odbędzie się pięć spotkań konsultacyjnych - za każdym razem z lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. Spotkania przewidziane są w schemacie 0-1-3-6-12 miesięcy. Konsultacje z lekarzem dotyczyć będą czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, zagrożeń związanych z nadwagą i otyłością. Będą one również wprowadzeniem do dalszej interwencji dietetycznej, psychologicznej oraz dotyczącej aktywności fizycznej. Spotkania przewidziane są w formie indywidualnych konsultacji. Spotkanie z każdym specjalistą będzie trwało min. 20 minut ($5 \text{ spotkań} \times 4 \text{ specjalistów} \times 20 \text{ minut} = 6 \text{ godz. } 40 \text{ min}$). W czasie pierwszych spotkań zostanie omówiony obecny stan zdrowia dziecka, zlecone zostaną badania laboratoryjne oraz omówione zostaną wyniki testów przesiewowych. W zakres badań laboratoryjnych wchodzi badania takie jak: Na/K, kreatynina, AST, ALT, cholesterol, cholesterol HDL, triglicerydy, test obciążenia glukozą (3x glukoza, 3x insulina), HbA1c, TSH, FT4. Zakres badań określony został zgodnie z rekomendacjami dotyczącymi badań w przypadku diagnostyki otyłości ale również zakresie chorób metabolicznych i innych chorób cywilizacyjnych, zgodnie z ideą programu, który ma na celu prewencję i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych.

W przypadku wykrycia u dziecka stanów zdrowotnych, zagrażających życiu i wymagających szybkiej interwencji specjalistycznej (endokrynologicznej, diabetologicznej, kardiologicznej, itd.) zapewniona zostanie w ramach programu jedna konsultacja w celu ustalenia ścieżki postępowania (realizacja wizyty w trybie pilnym, zanim pacjent będzie mógł skorzystać z konsultacji w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ).

Dodatkowo uczestnicy etapu specjalistycznego: zarówno dzieci/ młodzież, jak i rodzice/ opiekunowie prawni, zaproszeni zostaną do udziału w spotkaniach szkoleniowych z zakresu odżywiania i przygotowywania zdrowych posiłków (warsztaty kulinarne, w połączeniu z edukacją, trwające min. 5 godz.), aktywności fizycznej (zajęcia ruchowe, w połączeniu z edukacją, trwające min. 5 godz.) oraz grupowe spotkania edukacyjno-terapeutyczne z zakresu budowania kompetencji rodzicielskich, niezbędne do wprowadzania zmian prozdrowotnych w stylu życia, sposobów rozmowy z dzieckiem o nadmiarze masy ciała bez stygmatyzacji, budowaniu poczucia własnej wartości u dziecka w oparciu o inne wartości niż wygląd zewnętrzny, ale również zdrowy styl życia (odżywianie, aktywność fizyczna, sen, unikanie używek, ograniczanie czasu przed monitorem, zewnętrzne determinanty zdrowia np. foodmarketing). Spotkania zorganizowane zostaną w taki sposób aby część zajęć realizowana była wspólnie dla rodziców oraz dzieci i młodzieży, natomiast druga część zajęć realizowana oddzielnie: rodzice/ opiekunowie prawni kontynuują teoretyczne zagadnienia dedykowane tylko dorosłym; dzieci i młodzież w tym czasie będą brać udział w zajęciach z aktywności fizycznej ($5 \text{ spotkań} \times 2 \text{ godz.} =$

10 godz. lub 10 spotkań x 1 godz. = 10 godz. - wybór ścieżki zgodnie z preferencjami grupy).

Przed każdym z modułów edukacyjnych uczestnicy wypełnią test oceniający stan wiedzy i kompetencje w zakresie wynikającym z tematyki szkolenia. Uczestnicy zostaną poproszeni o ponowne wypełnienie testu po zakończeniu interwencji edukacyjnej, zgodnie z załącznikami do programu: Załącznik nr 1, Załącznik nr 2 i Załącznik nr 3.

Podczas ostatniej wizyty (12 miesięcy po włączeniu do programu) uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji i oceny jakości świadczeń (Załącznik nr 4).

Edukacja w środowisku szkolnym

Odrębnym elementem będzie przeprowadzenie warsztatu edukacyjnego dla środowiska ogółu dzieci i młodzieży uczestniczących w programie, dającego niezbędne minimum wiedzy i praktycznych porad do prowadzenia zdrowego stylu życia. Koszyk edukacyjny, przygotowywany każdorazowo (z uwzględnieniem wyników ankiety) we współpracy z jednostką organizacyjną Miasta Gdańska właściwą w zakresie promocji zdrowia zakłada prezentowanie szkołom biorącym udział w badaniach przesiewowych zamkniętej listy profesjonalnie przygotowanych tematów wykładowo-warsztatowych dotyczących zdrowego stylu życia (aspekty dotyczące żywienia, aktywności fizycznej, zaburzeń psychologicznych i ich wpływu na zdrowie). Koszyk edukacyjny zakłada wykłady i warsztaty realizowane w szkołach podstawowych – realizowane przez profesjonalną kadrę dydaktyczną. Udział w warsztatach, obok celu edukacyjnego, realizuje również cel motywacyjny. Planowane jest przeprowadzenie min. 40 warsztatów rocznie. Dopuszcza się zdalną formę edukacji w sytuacji zagrożenia epidemicznego.

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

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

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

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

możliwość realizacji po sobie wszystkich konsultacji specjalistycznych (4 konsultacje w jednym terminie). Taki dobór godzin pracy i organizacja przyjęć pacjentów zwiększy szansę na udział w etapie specjalistycznym.

Spotkania szkoleniowe i grupowe sesje edukacyjno-terapeutyczne etapu specjalistycznego odbywać się będą w soboty lub w godzinach popołudniowych.

Pacjent będzie miał możliwość wyboru terminu i czasu udzielania świadczeń w dogodnej dla niego porze. Udzielane świadczenia zdrowotne będą projektowane i realizowane w oparciu o najnowsze wytyczne odpowiednich towarzystw naukowych. Program i planowane interwencje charakteryzują się wysokim bezpieczeństwem i niskim ryzykiem związanym z planowanymi interwencjami. Dane osobowe pacjentów będą gromadzone w opracowanym systemie informatycznym, zapewniającym bezpieczeństwo danych zgodnie z polityką RODO. Kwalifikacja do programu i nadzór nad wszystkimi interwencjami będą prowadzone przez koordynatora programu.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Wieloletni charakter projektu oraz dobór grup docelowych gwarantują długotrwałe oddziaływanie na populację mieszkańców Gminy Miasta Gdańska objętą niniejszym programem.

Zakończenie udziału w programie dla uczestnika może się odbyć przez:

- zakończenie udziału zgodnie z założeniami projektu,
- wycofanie zgody na uczestnictwo w projekcie przez uczestnika,
- nieusprawiedliwiona nieobecność na 2 kolejnych spotkaniach, dwukrotna nieobecność na danej wizycie kontrolnej, bez podania usprawiedliwienia,
- odmowę uczestnictwa w procedurach przewidzianych w programie.

Osoby, które z jakiegokolwiek powodu zakończą wcześniej udział w programie, uzyskają wytyczne co do dalszego postępowania.

Dla ok. 93% uczestników zakończeniem udziału w programie będzie otrzymanie karty z indywidualnym planem postępowania prozdrowotnego (PPP), przygotowanym na podstawie kompleksowego badania przesiewowego. Uczestnicy i/ lub rodzice/ opiekunowie prawni zaproszeni zostaną do udziału w badaniu ewaluacyjnym: wypełnią ankietę oceniającą satysfakcję z udziału ich oraz ich dziecka/ nastolatka w programie.

Dla osób włączonych do etapu specjalistycznego zakończeniem programu będzie ostatnia, kompleksowa wizyta u lekarza, dietetyka, specjalisty aktywności fizycznej i psychologa, oceniająca efekty rocznej interwencji oraz wskazująca dalsze kierunki postępowania prozdrowotnego.

Na koniec spotkania uczestnicy oraz rodzice/ opiekunowie prawni wezmą udział w badaniu ewaluacyjnym: wypełnią ankietę oceniającą satysfakcję z udziału ich oraz ich dziecka w programie.

W uzasadnionych przypadkach klinicznych możliwe jest przedłużenie monitorowania lub kontynuacja udziału w etapie specjalistycznym.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Działania o charakterze promocyjnym, informacyjnym, integracyjnym i rekrutacja do programu:

W ramach działań informacyjnych, promocyjnych i integracyjnych funkcjonować będzie strona internetowa, dostarczająca wszelkich niezbędnych informacji dla potencjalnych uczestników (dzieci, młodzieży, rodziców/ opiekunów prawnych). Dodatkowo, realizowana będzie kampania informacyjna w mediach społecznościowych (w tym utworzona zostanie zamknięta grupa dla uczestników, w której rodzice/ opiekunowie prawni będą mieli możliwość kontaktu z osobami mierzącymi się z podobnymi wyzwaniami), w tradycyjnych mediach lokalnych oraz placówkach stacjonarnych (kolportaż plakatów/informatorów do umieszczenia na terenie podmiotów leczniczych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie). Działanie to pozwoli na rozszerzenie rozpoznawalności Programu wśród mieszkańców Gdańska, a tym samym na dotarcie do grupy potencjalnych beneficjentów. Jednocześnie we współpracy z placówkami oświatowymi, zostaną przekazane informacje do uczniów (przy wsparciu wyznaczonych przez dyrekcję osób pełniących funkcję koordynatorów szkolnych). Informacje przekazane zostaną przez koordynatora szkolnego uczniom i ich rodzicom/ opiekunom prawnym bezpośrednio lub online (za pośrednictwem dziennika elektronicznego).

Rekrutacja do udziału w badaniach przesiewowych:

W każdej szkole gdańskiej odbędzie się spotkanie z Dyrekcją lub koordynatorem szkolnym (wytypowanym przez szkołę do współpracy w zakresie organizacji badań). Następnie niezbędne druki zgód i informacje o programie zostaną przekazane rodzicom/ opiekunom prawnym za pośrednictwem szkoły. Podpisane zgody zgromadzone zostaną przez koordynatora szkolnego. W porozumieniu ze szkołą umówione zostaną kompleksowe szkolne badania przesiewowe.

Kompleksowe badania przesiewowe

Kompleksowe badania przesiewowe w populacji 6, 10 i 14-latków z Gdańska prowadzone będą przez jednostkę organizacyjną Miasta Gdańska, właściwą w zakresie promocji zdrowia, zgodnie z jej założeniami w ramach zadań własnych.

Badania dzieci 6-letnich przeprowadzane będą w systemie rocznym, na terenie jednostki organizacyjnej Miasta Gdańska, właściwej w zakresie promocji zdrowia w Gdańsku. Badania te będą skupione na ocenie kompleksowego rozwoju oraz stanu zdrowia dziecka. Rodzice/ opiekunowie prawni wraz z dziećmi z wykrytymi zaburzeniami, spełniającymi kryteria włączenia do programu, będą zapraszani

do uczestnictwa w dalszych etapach. Bazując na dotychczasowym okresie realizacji szacuje się, że pomimo objęcia zaproszeniem do udziału w badaniach przesiewowych całej populacji dzieci, to w programie uczestniczy około 50%.

Badania przesiewowe w grupie dzieci 10-letnich będą przeprowadzane również w oparciu o działania jednostki organizacyjnej Miasta Gdańska właściwej w zakresie promocji zdrowia – program będzie realizowany w gdańskich szkołach podstawowych. Również spośród tej grupy, dzieci z nadwagą i otyłością oraz ich rodzice/ opiekunowie prawni będą zapraszani do uczestnictwa w kolejnym etapie programu. Z dotychczasowych doświadczeń jednostki organizacyjnej Miasta Gdańska właściwej w zakresie promocji zdrowia w Gdańsku wynika, że w Programie uczestniczy około 50% dzieci.

Młodzież 14-letnia również będzie badana przesiewowo w ramach corocznych badań organizowanych na terenie szkół podstawowych, przez specjalistów z jednostki organizacyjnej Miasta Gdańska, właściwej w zakresie promocji zdrowia. Planowane jest przeprowadzenie badań przesiewowych w grupie około 50% uczniów. Młodzież spełniająca kryteria kwalifikacji będzie zapraszana wraz z rodzicami/ opiekunami prawnymi do dalszych etapów programu.

Zakres kompleksowego badania przesiewowego:

- badanie fizykalne (z pełnymi pomiarami antropometrycznymi),
- analiza składu ciała przy wykorzystaniu bioimpedancji elektrycznej,
- ocena wydolności fizycznej (metoda: Kasch Pulse Recovery Test),
- pomiary i ocena ciśnienia tętniczego,
- ocena postawy ciała.

Po wykonanym kompleksowym badaniu przesiewowym dla każdego uczestnika przygotowana zostanie karta wyników wraz z indywidualnym planem postępowania prozdrowotnego przygotowanym w oparciu o uzyskane wyniki. Karty zostaną przekazane rodzicom/ opiekunom prawnym.

Karta zawierać będzie informacje o obszarach zdrowia, gdzie uzyskane wyniki wskazują wartości prawidłowe, zaopatrzone w komentarz edukacyjny oraz informacje o sytuacjach mogących być stanem zagrożenia zdrowia lub życia wraz ze szczegółową instrukcją dalszego postępowania, łącznie ze skierowaniem badanego pod opiekę lekarza w ramach NFZ.

W przypadku ustalenia nadmiaru masy ciała w postaci ≥ 90 centyla BMI uczestnik zostanie skierowany do dalszych badań, w ramach etapu specjalistycznego.

Dla każdego pacjenta, biorącego udział w etapie przesiewowym, założona zostanie karta pacjenta w opracowanym systemie informatycznym. Karta pacjenta pozwoli monitorować proces opieki oraz poziom uczestnictwa dziecka i rodzica/ opiekuna prawnego w poszczególnych działaniach, zaplanowanych w programie. W karcie uczestnika umieszczone zostaną: informacja o wyrażonych zgodach, dane antropometryczne dziecka, wyniki testów i badań, udzielone zalecenia oraz informacja o włączeniu bądź nie do etapu specjalistycznego.

Objęcie kompleksowym badaniem przesiewowym 3 grup wiekowych (6, 10, 14-latków) pozwoli śledzić i wspierać zdrowy rozwój dzieci i młodzieży w Gdańsku. Wieloletnia perspektywa organizacji programu umożliwi również gromadzenie danych pozwalających dokonać ewaluacji skuteczności wcześniejszych działań.

Rekrutacja do etapu specjalistycznego:

Rekrutacja do etapu specjalistycznego opierać się będzie głównie na kwalifikacji w następstwie kompleksowych badań przesiewowych na terenie szkół, ale przewidziano również inne ścieżki kwalifikacji:

- Kwalifikację przez lekarzy i pielęgniarki systemu opieki zdrowotnej

Przewiduje się kwalifikację pacjentów przez lekarzy i pielęgniarki (głównie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i lekarzy pediatrów, pracujących z pacjentami w ramach prywatnych praktyk. Przeprowadzona zostanie akcja informacyjna wśród lekarzy w porozumieniu z NFZ Oddziałem Pomorskim i Okręgową Izbą Lekarską w Gdańsku. Z lekarzami/placówkami POZ zostanie nawiązany indywidualny kontakt (m.in. z pomocą narzędzi do zdalnego kontaktu). Lekarzom i pielęgniarkom zostaną przekazane wszystkie niezbędne informacje, dotyczące warunków włączenia do programu oraz druki skierowań. Ustalona zostanie też szczegółowa ścieżka postępowania podczas włączania pacjentów do opieki. Poszerzenie metod kwalifikacyjnych o współpracę z lekarzami pozwoli dotrzeć do dodatkowej grupy pacjentów, którzy z różnych powodów nie trafili do Programu (nieobecność rodzica/ opiekuna prawnego na spotkaniu informacyjnym, nieobecność dziecka w szkole w dniu badania, brak zgody, zawieszona działalność szkół ze względów epidemicznych). Rozwój dodatkowej ścieżki kwalifikacji do programu nabiera kluczowego znaczenia dla działalności programu.

- Współpracę z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi (PPP), Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie

Kontakt odbędzie się z pomocą narzędzi do komunikacji zdalnej lub osobiście. Pracownikom ww. placówek zostaną przekazane wszelkie niezbędne materiały, informacje o programie oraz o warunkach kwalifikacji do programu. Poszerzenie metod kwalifikacji o współpracę z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi oraz Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie pozwoli dotrzeć do osób, które spełniają

kryteria kwalifikacji do Programu, jednak nie miały szansy wziąć udziału w badaniach przesiewowych, bądź nie zostały skierowane do programu przez lekarza lub pielęgniarkę.

- Samodzielne zgłoszenia rodziców/ opiekunów prawnych

Przewiduje się przyjmowanie indywidualnych zgłoszeń od rodziców/ opiekunów prawnych, którzy dostrzegają problem zdrowotny u swojego dziecka w postaci NMC. Kwalifikacja następować będzie po otrzymaniu kompletu danych potwierdzających spełnienie przez dziecko kryteriów kwalifikacji opisanych w rozdziale 3.2.

Rodzice/ opiekunowie prawni pacjentów z grup 6, 10 i 14-lat, spełniających kryteria włączenia do etapu specjalistycznego (≥ 90 centyl BMI), zostaną zaproszeni na pierwsze spotkanie. Umówienie pierwszej wizyty nastąpi drogą telefoniczną lub mailową (zgodnie z preferowaną przez rodzica formą).

Etap opieki specjalistycznej

Etap specjalistyczny realizowany będzie jednocześnie z realizowanymi w trybie ciągłym badaniami przesiewowymi i innymi zaplanowanymi działaniami rekrutacyjnymi.

Realizator na podstawie danych antropometrycznych wytypuje dzieci, które powinny wziąć udział w etapie specjalistycznym i podejmie kontakt z rodzicami/ opiekunami prawnymi w celu przekazania informacji o kwalifikacji i ustaleniu terminu pierwszego spotkania u specjalistów (termin pierwszego spotkania indywidualnego oraz terminy szkoleń grupowych). Spotkanie indywidualne zaplanowane zostanie na ten sam dzień, aby zminimalizować liczbę wizyt. Terminy spotkań grupowych (grupowych sesji terapeutyczno-edukacyjnych/ szkoleń) zostaną dostosowane do możliwości utworzenia grup.

U każdego z uczestników programu, w oparciu o metody poznawczo-behawioralne, zostanie przeprowadzona celowana interwencja, mająca modyfikować niekorzystne nawyki i zachowania. Postępowanie w tym zakresie, będzie dostosowane do potrzeb uczestnika, co jest kluczowe dla uzyskania zmiany zachowań zdrowotnych.

Dzieci chorujące na otyłość, które nie uzyskają pozytywnych efektów będą kierowane do lekarza POZ celem podjęcia dalszych działań diagnostyczno-leczniczych w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ. Każdy pacjent, którego parametry zdrowotne w momencie kończenia udziału w programie wskazywać będą stan chorobowy kierowany będzie, wraz z informacją o stanie zdrowia przygotowaną przez lekarza programu, do lekarza POZ, który w ramach swoich kompetencji powinien zlecić dalsze leczenie w oparciu o standardy medyczne: ambulatoryjnie w specjalistycznej poradni lub stacjonarnie w ramach leczenia szpitalnego.

W przypadku wykrycia u dziecka stanów zdrowotnych zagrażających życiu i wymagających szybkiej

interwencji specjalistycznej (endokrynologicznej, diabetologicznej, kardiologicznej, itd.) zapewniona zostanie w ramach programu jedna konsultacja, w celu ustalenia ścieżki postępowania (realizacja wizyty w trybie pilnym, zanim pacjent będzie mógł skorzystać z konsultacji w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ).

W ramach etapu specjalistycznego każdemu pacjentowi zostaną zapewnione:

- 1) konsultacje lekarskie: 5 spotkań trwających nie krócej niż 20 minut każde, zaplanowane zgodnie ze schematem 0-1-3-6-12 miesięcy. Każda wizyta powinna obejmować ocenę aktualnego stanu zdrowia, pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego, wydanie skierowania na badania laboratoryjne na spotkaniu pierwszym oraz omówienie wyników na spotkaniu drugim, wydanie szczegółowych zaleceń. W przypadku rozpoznania zaburzeń istotnych klinicznie skierowanie do dalszej opieki w warunkach poradni specjalistycznych poza programem, co pozwoli na ewentualne wcześniejsze podjęcie leczenia we właściwych poradniach/szpitalach;
- 2) konsultacje z psychologiem 5 spotkań trwających nie krócej niż 20 minut każde, zaplanowane zgodnie ze schematem 0-1-3-6-12 miesięcy. Skierowane do ucznia/dziecka z udziałem rodzica/opiekuna prawnego. Każda wizyta powinna obejmować: ocenę gotowości do zmiany, wzmocnienie nastawienia rodziców/ opiekunów prawnych do przeprowadzenia zmiany w zachowaniach zdrowotnych;
- 3) konsultacje z dietetykiem, 5 spotkań trwających nie krócej niż 20 minut każde, zaplanowane zgodnie ze schematem 0-1-3-6-12 miesięcy. Każda wizyta powinna obejmować analizę obecnych zachowań żywieniowych, edukację żywieniową, dobór odpowiedniej diety, wprowadzenie prawidłowych zachowań żywieniowych;
- 4) konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej, 5 spotkań trwających nie krócej niż 20 minut każde, zaplanowane zgodnie ze schematem 0-1-3-6-12 miesięcy. Każda wizyta powinna obejmować: ocenę zachowań związanych z aktywnością fizyczną, testy sprawnościowe i wydolnościowe, edukację zdrowotną, ustawienie optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała a także możliwościami i preferencjami dziecka, zaplanowanie grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku.

Na każdej wizycie zaplanowano udział dziecka objętego opieką oraz przynajmniej jednego rodzica/ opiekuna prawnego. Dopuszcza się jednak w sytuacjach uzasadnionych rezygnację z obecności dziecka na spotkaniach nr 2), 3) i 4).^[52]

Podczas ostatniej kompleksowej wizyty zostanie rozdana uczestnikom, rodzicom/ opiekunom prawnym ankieta oceny satysfakcji i jakości świadczeń (Załącznik nr 4).

Dodatkowo, obok indywidualnych konsultacji ze specjalistami, uczestnikom etapu specjalistycznego zapewnione zostaną warsztaty edukacyjne/ grupowe sesje terapeutyczno - edukacyjne:

- warsztaty z zakresu zdrowego odżywiania: trwające min 5 godz. spotkanie edukacyjne obejmujące edukację żywieniową, planowanie zdrowych zakupów, dobór odpowiednich składników pokarmowych oraz warsztaty kulinarne (wspólne modyfikowania tradycyjnych jadłospisów, wprowadzanie zdrowszych zamienników, przygotowywanie posiłków z wykorzystaniem właściwych metod obróbki kulinarnej). Liczba uczestników na pojedynczym spotkaniu ok. 15 osób;
- warsztaty z zakresu aktywności fizycznej: trwające min. 5 godz. spotkanie edukacyjne, połączone z treningiem zdrowotnym. Edukacja z zakresu aktywności fizycznej, zalecanych form i intensywności, rola aktywności fizycznej w podtrzymywaniu i wzmacnianiu zdrowia, nauka planowania aktywnego spędzania czasu wolnego. Liczba uczestników na pojedynczym spotkaniu to ok. 25 osób;
- grupowe spotkania edukacyjno-terapeutyczne z zakresu budowania kompetencji rodzicielskich i prozdrowotnych: 10 spotkań trwających min. 1 godz. lub 5 spotkań trwających min. 2 godz. (wybór ścieżki zgodnie z preferencjami grupy). Tematy spotkań dotyczyć będą: zasad rozmowy z dzieckiem o nadmiarze masy ciała bez stygmatyzacji, budowaniu poczucia własnej wartości u dziecka w oparciu o inne wartości niż wygląd zewnętrzny, ale również zdrowy styl życia (odżywianie, aktywność fizyczna, sen, unikanie używek, ograniczanie czasu przed monitorem), zewnętrznych determinantów zdrowia (np. foodmarketing), edukację dotyczącą planowania zmian, metody małych kroków, budowania efektywnego systemu motywacyjnego ułatwiającego dziecku skuteczne wprowadzenie zmian, wyznaczanie celów i granic. Spotkania zorganizowane zostaną w taki sposób aby część zajęć realizowana była wspólnie dla rodziców oraz dzieci i młodzieży, natomiast druga część zajęć realizowana oddzielnie: rodzice/ opiekunowie prawni kontynuują teoretyczne zagadnienia dedykowane tylko dorosłym; dzieci i młodzież w tym czasie będą brać udział w zajęciach z aktywności fizycznej (5 spotkań x 2 godz. = 10 godz. lub 10 spotkań x 1 godz. = 10 godz.). Liczba uczestników na pojedynczym spotkaniu ok. 15 osób.

Przed rozpoczęciem każdego z warsztatów rodzice/ opiekunowie prawni poproszeni zostaną o wypełnienie testu wiedzy z zakresu planowanego warsztatu. Po ukończeniu kursu poproszeni zostaną ponownie o wypełnienie testu. (Zgodnie z załącznikami do programu: Załącznik nr 1, Załącznik nr 2 i Załącznik nr 3).

Wszelkie wyniki zebrane podczas etapu specjalistycznego zostaną zgromadzone w elektronicznej bazie danych. Ewaluacja efektów projektu będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia

działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych w części 2.3 mierników efektywności programu.

Łączny czas interwencji zapewniany każdemu dziecku z nadmiarem masy ciała, włączonemu do etapu specjalistycznego programu wyniesie min. 26 godz. 40 min. w tym:

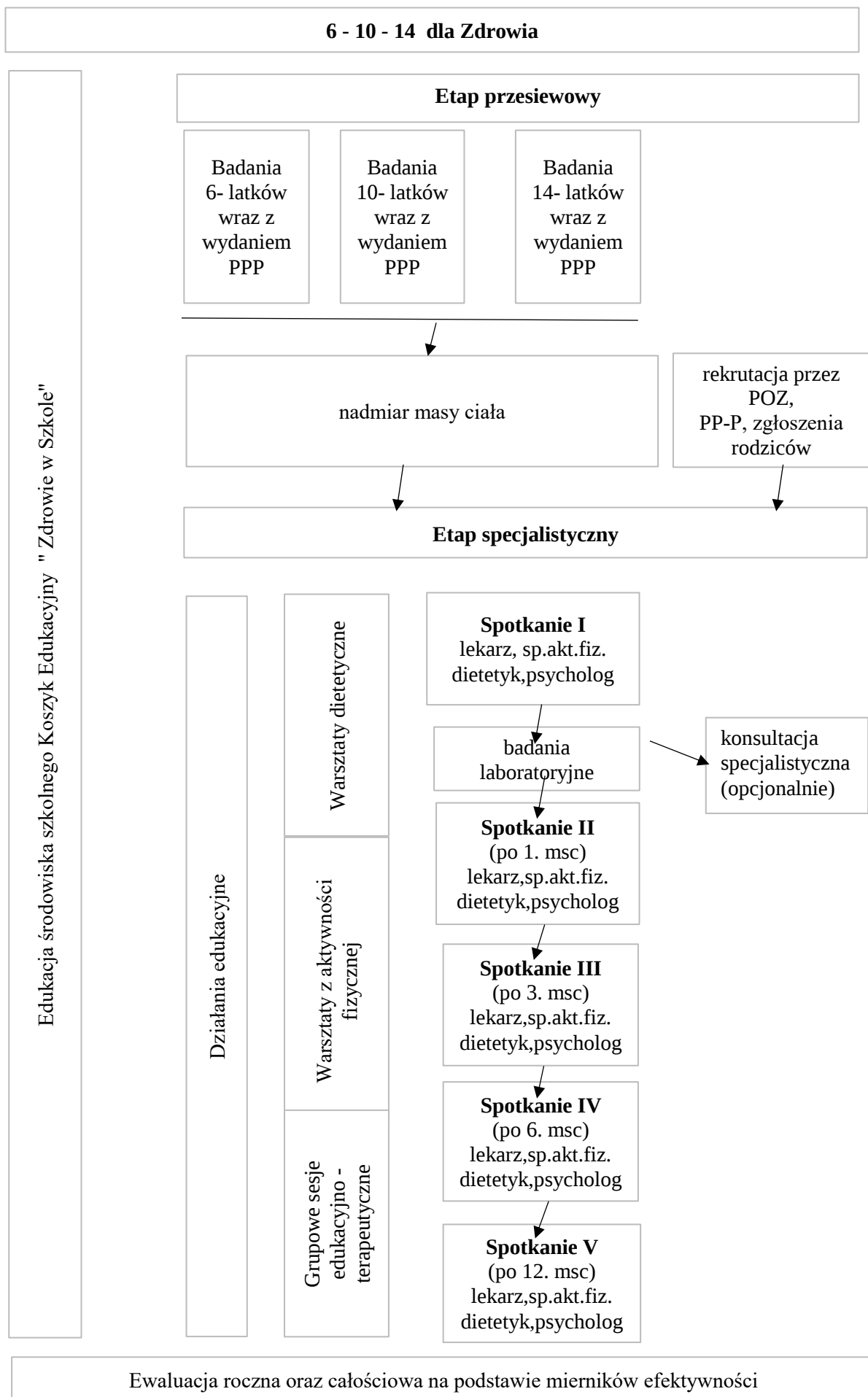
spotkanie specjalistyczne (5 spotkań x 4 konsultacje x 20 min.) + szkolenie z zakresu zdrowego odżywiania (5 godz.) + szkolenie z zakresu aktywności fizycznej (5 godz.) + grupowe sesje edukacyjno-terapeutyczne (10 godz.).

W ramach budowania środowiska sprzyjającego rozwojowi dzieci i młodzieży w zdrowiu podjęte zostaną również działania w środowisku szkolnym. Działania będą miały charakter edukacyjny.

Działania edukacyjne w środowisku szkolnym:

W gdańskich szkołach przeprowadzona zostanie edukacja ogółu dzieci i młodzieży, dająca niezbędne minimum wiedzy i praktycznych porad do prowadzenia zdrowego stylu życia. Koszyk edukacyjny, przygotowywany we współpracy z jednostką organizacyjną Miasta Gdańska właściwą w zakresie promocji zdrowia, zakłada prezentowanie szkołom biorącym udział w badaniach przesiewowych profesjonalnie przygotowanych tematów wykładowo-warsztatowych dotyczących zdrowego stylu życia (aspekty dotyczące żywienia, aktywności fizycznej, zaburzeń psychologicznych i ich wpływu na zdrowie). Koszyk edukacyjny zakłada wykłady i warsztaty realizowane w szkołach podstawowych prowadzone przez profesjonalną kadrę dydaktyczną. Udział w warsztatach, obok celu edukacyjnego, spełnia również cel motywacyjny. Planowane jest przeprowadzenie min. 40 warsztatów rocznie, przy czym dopuszczalna jest forma zdalna w przypadku ograniczenia stacjonarnej działalności szkół. Liczba uczestników na pojedynczym spotkaniu ok. 25 osób

Schemat organizacyjny programu:



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

Realizatorzy programu zostaną wyłonieni w drodze konkursu organizowanego przez Gminę Miasta Gdańska.

Kwalifikacje personelu odpowiedzialnego za realizację programu:

- Koordynator – specjalista z zakresu zdrowia publicznego/ dietetyki/ zarządzania/medycyny, posiadający co najmniej 5-letnie potwierdzone doświadczenie zawodowe w zakresie kierowania projektami.
- Lekarz realizujący poradę specjalistyczną – lekarz ze specjalizacją z zakresu pediatrii lub w trakcie specjalizacji, posiadający co najmniej 2-letnie potwierdzone doświadczenie zawodowe oraz udokumentowane dodatkowe kwalifikacje w zakresie diagnostyki i leczenia nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży, potwierdzone certyfikatem wydanym przez właściwe towarzystwo naukowe lub inną uznaną instytucję prowadzącą certyfikację w tym zakresie.
- Dietetyk realizujący konsultacje oraz prowadzący edukację żywieniową podczas warsztatów oraz grupowych sesji terapeutyczno-edukacyjnych – co najmniej tytuł licencjata na kierunku dietetyka, posiadający co najmniej 2-letnie potwierdzone doświadczenie zawodowe.
- Specjalista aktywności fizycznej realizujący konsultacje oraz prowadzący edukację podczas warsztatów oraz grupowych sesji terapeutyczno-edukacyjnych – co najmniej tytuł magistra na kierunku fizjoterapia lub wychowanie fizyczne, posiadający co najmniej 2-letnie potwierdzone doświadczenie zawodowe.
- Psycholog realizujący konsultacje oraz prowadzący edukację psychologiczną podczas grupowych sesji terapeutyczno-edukacyjnych – mgr psychologii posiadający min. 2 letnie doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi i młodzieżą oraz doświadczenie w prowadzeniu grup wsparcia.

Wyposażenie oraz warunki lokalowe:

- w przypadku kompleksowych badań przesiewowych realizowanych na terenie jednostki organizacyjnej Miasta Gdańska właściwej w zakresie promocji zdrowia, warunki organizacyjne i infrastrukturalne niezbędne dla właściwej realizacji PPZ zapewnia jednostka.
- w przypadku kompleksowych badań przesiewowych realizowanych w szkołach: każda szkoła, na terenie której prowadzone będą badania poproszona zostanie o zapewnienie pomieszczenia gwarantującego wykonanie badania z poszanowaniem praw pacjenta, zapewniając mu intymność i komfort. Zespół wykonujący badania przesiewowe wyposażony będzie w sprzęt niezbędny do wykonania badania: wagę z analizatorem składu ciała, wzrostomierz, centymetr krawiecki, ciśnieniomierz, stopień do step-testu, metronom, pulsometr oraz komputer

z dostępem do opracowanego systemu elektronicznego.

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

- Gabinet lekarza - warunki lokalowe zapewniające intymność w trakcie pomiarów antropometrycznych, a także dostępność do urządzeń odpowiednich do wykonania badań antropometrycznych (analyzer składu ciała, stadiometr), ciśnieniomierz, komputer z dostępem do opracowanego systemu elektronicznego.
- Gabinet dietetyka - warunki lokalowe zapewniające intymność w trakcie spotkania, dostęp do materiałów edukacyjnych z zakresu zdrowego odżywiania oraz komputer z dostępem do opracowanego systemu elektronicznego.
- Gabinet specjalisty aktywności fizycznej - warunki lokalowe zapewniające intymność oraz bezpieczeństwo podczas wykonywania testów sprawnościowych, a także dostępność przyrządów niezbędnych do wykonania testów (min. stoper, pulsometr, mata do ćwiczeń, materac, stopień do step-testu), oraz komputer z dostępem do opracowanego systemu elektronicznego.
- Gabinet psychologa - warunki lokalowe zapewniające intymność w trakcie spotkania, dostęp do komputera z dostępem do opracowanego systemu elektronicznego.

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

W przypadku warsztatów żywieniowych sala gastronomiczna ze stanowiskami do przygotowywania potraw.

W przypadku warsztatów z zakresu aktywności fizycznej sala gimnastyczna na terenie placówki oświatowej, zajęcia mogą być również realizowane na wolnym powietrzu z zachowaniem zasad bezpieczeństwa uczestników.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitorowanie realizacji programu będzie się odbywało na bieżąco, m. in. przez ocenę:

- 1) zgłaszalności do programu, która będzie weryfikowana na podstawie danych ze sprawozdań realizatorów, informacji o liczbie przeprowadzonych badań przesiewowych, (zakładana jest zgłaszalność do programu na poziomie min. 50 % populacji),
- 2) liczby osób zakwalifikowanych do etapu specjalistycznego - wskaźnik będzie weryfikowany na podstawie danych ze sprawozdań realizatorów;
- 3) liczby uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji - wskaźnik będzie weryfikowany na podstawie danych ze sprawozdań realizatorów;
- 4) liczby osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych - wskaźnik będzie weryfikowany na podstawie danych ze sprawozdań realizatorów;
- 5) jakości świadczeń w programie:
 - a) Organizator programu wyznaczy odpowiedzialnych za stały monitoring jakości świadczeń w programie,
 - b) każdy uczestnik programu tj. rodzic/ opiekun prawny dziecka będzie informowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do Organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń,
 - c) dokonana zostanie analiza ankiet satysfakcji przeprowadzonych wśród rodziców/ opiekunów prawnych młodzieży, która wzięła udział w programie (anonimowe ankiety - załączniki do umowy), co pozwoli na ocenę stopnia zadowolenia rodziców/ opiekunów,
 - d) sprawozdania (okresowe/ roczne/ końcowe) realizacji programu będą poddane analizie i ocenie przez pracowników Urzędu Miejskiego w Gdańsku lub wskazane podmioty.

Monitorowanie działań będzie mieścić w sobie ocenę ilościową (ocena zgłaszalności) oraz jakościową (monitorowanie jakości świadczeń).

Wskaźniki i zakres danych służących ocenie zgłaszalności:

- liczba dzieci, które zostaną objęte PPZ w danym roku,
- odsetek dzieci objętych w danym roku PPZ w odniesieniu do populacji ogólnej dzieci w danym wieku w innych latach wskazanych w szczegółowym opisie PPZ,
- liczba rodziców/ opiekunów prawnych i którzy wzięli udział w realizacji PPZ,
- liczba zdiagnozowanych dzieci z nadwagą i otyłością.

Należy na bieżąco monitorować i uzupełniać indywidualne informacje o każdym z uczestników PPZ:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych, w tym: zgoda na kontakt z podaniem zaakceptowanych form kontaktu (np. numer telefonu, adres e-mail, adres do korespondencji),
- identyfikacja pacjenta według numeru PESEL – podawana w celu późniejszego monitorowania losów pacjenta, w tym w szczególności zachorowania na powikłania otyłości, w przypadku takiej możliwości dostępu do danych,
- data i forma każdego indywidualnego kontaktu z uczestnikiem w ramach realizacji PPZ; należy także odnotować czas i formę każdej podjętej próby kontaktu, która zakończyła się niepowodzeniem oraz krótko opisać przyczynę niepowodzenia (np. podany numer telefonu jest nieosiągalny),
- data odbycia każdej konsultacji specjalistycznej wraz ze wszystkimi parametrami monitorowanymi podczas konsultacji,
- data udziału w poszczególnych warsztatach i grupowych sesjach terapeutyczno-edukacyjnych.

Ocena jakości świadczeń

Organizator programu zobowiąże realizatorów do przeprowadzenia ankiety satysfakcji wśród uczestników. Ankieta satysfakcji powinna zawierać pytania odnośnie elementów PPZ, z którymi miał on styczność, w tym w szczególności dotyczące jakości prowadzonej edukacji, jakości świadczeń zdrowotnych (np. porad lekarskich, dietetycznych, z zakresu aktywności fizycznej, wsparcia psychologicznego). Ankieta będzie anonimowa. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.

5.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem zdefiniowanego w części 2.3 opisu projektu mierników efektywności programu. Wnioski z ewaluacji posłużą również do przygotowywania rekomendacji dotyczących niezbędnych zmian w realizowanym programie w celu ustawicznej poprawy jego efektywności.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

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

Szacunkowa wycena poszczególnych świadczeń:

- Łączny średni koszt udziału uczestnika programu w etapie przesiewowym wyniesie 80 zł.
- Łączny średni koszt udziału uczestnika programu w etapie specjalistycznym wyniesie 2900 zł.
 - Szacowany średni koszt konsultacji lekarskiej 110 zł
 - Szacowany średni koszt konsultacji dietetycznej 110 zł
 - Szacowany średni koszt specjalisty aktywności fizycznej 110 zł
 - Szacowany średni koszt konsultacji psychologicznej 110 zł
- Łączny średni koszt przeprowadzenia działań edukacyjnych 100 zł od uczestnika.
- Łączny średni koszt przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej u dziecka wymagającego pilnej porady wyniesie ok. 200 zł.

Do powyższych kosztów należy doliczyć działania informacyjno - promocyjne, administracyjne, a także monitorowanie i ewaluację programu (szacowany koszt monitorowania i ewaluacji to ok. 18000 zł rocznie).

Z uwagi na fakt, iż wybór realizatorów programu będzie następować w drodze konkursowej, przedstawiona powyżej kalkulacja stanowi jedynie szacunek. Każdy oferent będzie szacował koszty indywidualnie na etapie składania oferty na realizację.

6.2. Koszty całkowite

Budżet programu w poszczególnych latach będzie uzależniony od wysokości środków wskazanych w uchwale budżetowej Gminy Miasta Gdańska.

Planowane orientacyjne koszty całkowite realizacji programu w jednym roku wyniosą około 2.060.000,00 zł. Łączny budżet programu na lata 2027-2030 to 8.240.000,00 zł.

Łączny koszt przeprowadzenia badań przesiewowych przez jednostkę budżetową Miasta Gdańska właściwą w zakresie promocji zdrowia w ramach zadań własnych jednostki wynosi 560 000 zł rocznie i jest uwzględniony w budżecie programu.

6.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetu Gminy Miasta Gdańska.

7. Bibliografia

- [1] Perrin JM., Anderson LE., Van Cleave J., The Rise In Chronic Conditions Among Infants, Children, And Youth Can Be Met With Continued Health System Innovations. *Health Aff (Millwood)*. 2014 Dec;33(12):2099-105. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0832. PMID: 25489027.
- [2] Obuchowicz A., Epidemiologia nadwagi i otyłości — narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2005, tom 1, nr 3, s. 9–12.
- [3] Pool LR, Aguayo L, Brzezinski M, Perak AM, Davis MM, Greenland P, Hou L, Marino BS, Van Horn L, Wakschlag L, Labarthe D, Lloyd-Jones D, Allen NB. Childhood Risk Factors and Adulthood Cardiovascular Disease: A Systematic Review. *J Pediatr*. 2021 May; 232:118-126.e23. doi: 10.1016/j.jpeds.2021.01.053. Epub 2021 Jan 29. PMID: 33516680.
- [4] Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/en/>, accessed February 2021).
- [5] Lobstein T, Jackson-Leach R. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. *Pediatr Obes*. 2016;11(5):321–5.
- [6] Martin A, Booth JN, McGeown S, Niven A, Sproule J, Saunders DH, et al. Longitudinal associations between childhood obesity and academic achievement: systematic review with focus group data. *Curr Obes Rep*. 2017;6(3):297–313.
- [7] Rolland-Casher M F, Deheerger M, Bellisle F, Sempe M et al.: Adiposity rebound in children a simple indicator for predicting obesity. *Am. J. Clin.* 1984 Jan;39(1):129-35.
- [8] Kędzior A, Jakubek-Kipa K, Brzuszek M, Mazur A. Trendy w występowaniu nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce. *Endokrynol. Ped.* 2017.16.1.58:41-48
- [9] Kyle T K, Dhurandhar E J, Allison D B, Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications, *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2016; 45(3): 511–520.
- [10] Ayer J, Charakida M, Deanfield JE, Celermajer DS. Lifetime risk: childhood obesity and cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2015; 36(22):1371–6.
- [11] Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2011;35(7):891–8.
- [12] Zgliczyński W. Nadwaga i otyłość w Polsce. *Infos Bas*, Wydawnictwo Sejmowe 4(227), 2017
- [13] World Obesity Federation, World Obesity Atlas 2023. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
- [14] Kułaga Z., Różdżyńska A., Palczewska I. i wsp. Siatki centylowe wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dzieci i młodzieży w Polsce – wyniki badania OLAF. Standardy

Medyczne/Pediatrics. 2010; 7:690-700.

[15] Dżygadło B., Łepecka-Klusek C., Pilewski B., Wykorzystanie analizy impedancji bioelektrycznej w profilaktyce i leczeniu nadwagi i otyłości, *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(2): 274-280

[16] Mazur J, Małkowska Szkutnik A (red). *Zdrowie uczniów w 2018 r. na podstawie nowego modelu badań HBSC*. wyd.IMiD, Warszawa 2018

[17] WHO. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization; 2010.

[18] Kuzik N, Carson V, Andersen LB, Sardinha LB, Grøntved A, Hansen BH, et al.; International Children's Accelerometry Database (ICAD) Collaborators. Physical Activity and Sedentary Time Associations with Metabolic Health Across Weight Statuses in Children and Adolescents. *Obesity* (Silver Spring). 2017 Oct;25(10):1762–9.

[19] Moore JB, Beets MW, Brazendale K, Blair SN, Pate RR, Andersen LB, et al. Associations of Vigorous-Intensity Physical Activity with Biomarkers in Youth. *Med Sci Sports Exerc*. 2017 Jul;49(7):1366–74.

[20] Dietz WH, Robinson TN. Clinical practice. Overweight children and adolescents. *N Engl J Med*. 2005;352(20):2100–9.

[21] Kristensen PL, Møller NC, Korsholm L, Wedderkopp N, Andersen LB, Froberg K. Tracking of objectively measured physical activity from childhood to adolescence: the European youth heart study. *Scand J Med Sci Sports*. 2008;18(2):171–8.

[22] Telama R. Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts*. 2009;2(3):187–95.

[23] WHO. *Global Action Plan for Physical Activity 2018-2030: more active people for healthier world*. Geneva: WHO; 2019.

[24] World Health Organization, Regional Office for Europe. *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe; 2016.

[25] Whiting S, Buonchristiano M, Gelius P, et. al : Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6–9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015–2017. *Obes Facts* 2020. doi: 10.1159/000511263

[26] Stavridou A, Kapsali E, Panagouli E, Thirios A, Polychronis K et al. Obesity in Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic. *Children* 2021, 8, 135. <https://doi.org/10.3390/children8020135>

[27] Coppock JH, Ridolfi DR, Hayes JF, St Paul M, Wilfley DE. Current approaches to the management of pediatric overweight and obesity. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2014;16(11):343.

[28] Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, et al. Diet, physical activity and

- behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD012651.
- [29] Mühlig Y, Wabitsch M, Moss A, Hebebrand J. Weight loss in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(48):818–24.
- [30] Boutelle, K. N., Kang Sim, D. E., Rhee, K. E. Manzano, M., Strong, D. R. (2021). Family based treatment program contributors to child weight loss. *International Journal of Obesity*, 45, 77–83.
- [31] Boutelle, K. N., Rhee, K. E., Liang, J., Braden, A., Douglas, J., Strong, D., Rock, C. L., Wilfley, D. E., Epstein, L. H., Crow, S. J. (2017). Effect of Attendance of the Child on Body Weight, Energy Intake, and Physical Activity in Childhood Obesity Treatment: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 171(7), 622–628).
- [32] Hampl, S. E., Hassink, S. G., Skinner, A. C., Armstrong, S. C., Barlow, S. E., Bolling, C. F., Avila Edwards, K. C., Eneli, I., Hamre, R., Joseph, M. M., Lunsford, D., Mendonca, E., Michalsky, M. P., Mirza, N., Ochoa, E. R., Sharifi, M., Staiano, A. E., Weedn, A. E., Flinn, S. K., Lindros, J., ... Okechukwu, K. (2023). Executive Summary: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 151(2), e2022060641. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060641>)
- [33] Wojtyniak B, Goryński P. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania w 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.
- [34] KZD.034.001.2018 Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD
- [35] Bluher M., Obesity: global epidemiology and pathogenesis, *Nature Reviews Endocrinology* 2019; 15: 288–298
- [36] NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128•9 million children, adolescents, and adults. *Lancet.* 2017;390(10113):2627–42.
- [37] WHO European childhood obesity surveillance initiative (COSI). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>, accessed February 2021).
- [38] Cukier, otyłość – konsekwencje Przegląd literatury, szacunki dla Polski, Warszawa, luty 2019 Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz i Strategii ISBN: 978-83-956980-7-1.
- [39] Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.)
- [40] Weker H. et al., Dietary patterns in toddlers with excess weight. The 2016 PITNUTS study, *Dev Period Med.* 2017; 21(3): 272-285.

- [41] <http://www.euro.who.int/en/countries/poland/news/news/2017/06/who-supports-poland-in-fighting-childhood-obesity>; Data wejścia: 14.04.2021.
- [42] Fijałkowska A., Oblacińska A., Dzielska A., Nałęcz H., Korzycka M., ZDROWIE DZIECI W PANDEMII COVID-19 Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19 — broszura online; Instytut Matki i Dziecka; Warszawa 2022)
- [43] ZDROWIE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE UCZNIÓW 17-LETNICH NA TLE ZMIAN W DRUGIEJ DEKADZIE ŻYCIA redakcja Joanna Mazur, Anna Dzielska, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Instytut Matki i Dziecka; Warszawa 2020)
- [44] Suder A, Gomula A, Koziel S. Central overweight and obesity in Polish schoolchildren aged 7-18 years: secular changes of waist circumference between 1966 and 2012. *Eur J Pediatr.* 2017 Jul;176(7):909-916. doi: 10.1007/s00431-017-2938-4.
- [45] Błaszczyk-Bębenek E, Żwirska J, Szlegchel-Zawadzka M. Ocena stanu odżywienia dzieci z regionu Małopolski Assessment of nutritional status of schoolchildren from Małopolska region. *Probl Hig Epidemiol* 2017; 98(4): 381-386
- [46] Informacja o wynikach kontroli Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych. LKR.430.001.2017 Nr ewid. 10/2017/P/16/073/LKR
- [47] Szczyrka J, Jankowska A, Brzeziński M, Jankowski M, Metelska P, Szlagatys-Sidorkiewicz A. Prevalence of Overweight and Obesity in 6-7-Year-Old Children-A Result of 9-Year Analysis of Big City Population in Poland. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 May 16;17(10):3480. doi: 10.3390/ijerph17103480. PMID: 32429408; PMCID: PMC7277512.
- [48] KZD.034.001.2018 Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD
- [49] Materiały konferencyjne z konferencji Żywnienie Dziecka Wczoraj i Dziś, Kraków 2020 r, z wykładu dr Pauliny Metelskiej Program 6-10-14 dla Zdrowia" jako przykład modelowych rozwiązań w zakresie profilaktyki otyłości u dzieci i młodzieży.
- [50] Bandurska E, Brzeziński M, Metelska P, Zarzeczna-Baran M. Cost-Effectiveness of an Obesity Management Program for 6- to 15-Year-Old Children in Poland: Data from Over Three Thousand Participants. *Obes Facts.* 2020;13(5):487-498. doi: 10.1159/000509130. Epub 2020 Sep 21. PMID: 32957099; PMCID: PMC7670340.
- [51] Informacja o wynikach kontroli: Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych, Najwyższa Izba Kontroli 2021, LRZ.430.001.2021; Nr ewid. 133/2021/P/20/079/LRZ
- [52] Ek A, Lewis Chamberlain K, Sorjonen K, Hammar U, Etminan Malek M, Sandvik P, Somaraki M, Nyman J, Lindberg L, Nordin K, Ejderhamn J, Fisher PA, Chamberlain P, Marcus C, Nowicka P. A Parent Treatment Program for Preschoolers With Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 2019 Aug;144(2):e20183457. doi: 10.1542/peds.2018-3457. Epub 2019 Jul 12. PMID: 31300528.

[53] Fijałkowska A., Dzielska A.M. (red.). Zdrowie dzieci we wczesnym wieku szkolnym. Raport z badań 2022–2023. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2024. ISBN 978-83-67708-04-3.

[54] Szczyrka J, Brzeziński M, Szlagatys-Sidorkiewicz A. Long-term effects of 12-month integrated weight-loss programme for children with excess body weight- who benefits most? Front Endocrinol (Lausanne). 2023 Nov 3;14:1221343. doi: 10.3389/fendo.2023.1221343. PMID: 38027174; PMCID: PMC10656687.

8. Załączniki

Załącznik nr 1

Kwestionariusz badania poziomu wiedzy na temat zasad prawidłowego odżywiania

Szanowni Państwo,

Prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza, w którym przygotowaliśmy pytania nt. zasad zdrowego odżywiania. Uzyskane w ten sposób informacje będą dla nas bardzo pomocne żeby lepiej dostosować nasze działania do Państwa potrzeb, dlatego prosimy o samodzielne wypełnienie ankiety bez korzystania z dodatkowych źródeł wiedzy. Przy odpowiedzi, którą uznają Państwo za najwłaściwszą, proszę postawić znak w krateczce obok wybranej odpowiedzi lub wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.

X

Imię i nazwisko

Data

Data urodzenia

1. Prawidłowe odżywianie to:

- ☐ dostarczanie organizmowi wysokiej jakości pożywienia w ilości odpowiadającej zapotrzebowaniu
- ☐ spożywanie produktów, które zaspokajają uczucie głodu
- ☐ spożywanie produktów, które sprawiają przyjemność
- ☐ wybieranie tylko żywności bio pochodzącej z ekologicznych źródeł

2. Wymień po cztery pokarmy pochodzenia:

- ☐ roślinnego:
- ☐ zwierzęcego:

3. Do każdego z podanych składników pokarmowych przypisz, jaką rolę odgrywa w organizmie:

A – energetyczną, B – budulcową, C- regulującą .

- ☐ białka
- ☐ witaminy
- ☐ cukry
- ☐ sole mineralne.....
- ☐ woda
- ☐ tłuszcze

4. Podkreśl te pokarmy, które zawierają duże ilości tłuszczów: jabłko, słonina, ciastka, smalec, wołowina, masło, chudy twaróg, olej

5. Zgodnie z zasadami prawidłowego odżywiania powinniśmy spożywać w ciągu dnia:

- ☐ 1-2 posiłki

- ☐ 3 posiłki
 - ☐ 4-5 posiłków
6. Śniadanie powinno być zjedzone:
- ☐ W ciągu pierwszej godziny od przebudzenia
 - ☐ Zaraz po przyjściu do szkoły
 - ☐ Ok. 8 rano każdego dnia
 - ☐ W weekendy
7. U dziecka, które jada obiad w szkole konieczne jest podanie drugiego obiadu po powrocie ze szkoły.
- ☐ Prawda
 - ☐ Fałsz
8. Kolacja powinna być zjedzona:
- ☐ Przed 18:00
 - ☐ Przed 20
 - ☐ Na ok. 4 godziny przed snem
 - ☐ Na ok. 2 godziny przed snem
 - ☐ Tuż przed snem
9. Słodycze powinny być:
- ☐ Całkowicie zakazane w diecie dziecka
 - ☐ Spożywane sporadycznie i zaplanowane w jadłospisie
 - ☐ Spożywane w dowolnej porze dnia
10. W prawidłowo skomponowanym jadłospisie ryba powinna się pojawić
- ☐ Min. raz dziennie
 - ☐ Min. raz w tygodniu
 - ☐ Min. raz w miesiącu
11. Pokarmy z największą zawartością cholesterolu to:
- | | |
|--|--|
| ☐ Podroby, jaja | ☐ Mleko krowie, jaja |
| ☐ Mięso drobiowe, tłuste ryby | ☐ Wołowina, mleko kozie |
12. Czy częste spożywanie dań typu fast food może prowadzić do zwiększenia ryzyka powstawania chorób układu krążenia?
- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem
13. Dzienna optymalna zalecana ilość porcji warzyw i owoców w jadłospisie wynosi min.:
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| ☐ 1 | ☐ 3 |
| ☐ 2 | ☐ 5 |
14. Zdrowymi źródłami tłuszczu są (możliwe wiele odpowiedzi):
- | | |
|--------------------------------|---|
| ☐ Oliwa | ☐ Margaryny „twarde” |
|--------------------------------|---|

☐ Orzechy i nasiona ☐ Smalec

☐ Awokado

15. Zalecanymi źródłami białka w diecie są (możliwe wiele odpowiedzi):

☐ Czerwone mięso

☐ Grillowane mięso

☐ Kielbasa

☐ Kotlety

☐ Ryby

☐ Rośliny strączkowe

16. Sól kuchenna w pokarmach podnosi ciśnienie krwi, czym usprawnia dopływ tlenu do komórek

☐ Prawda

☐ Fałsz

17. Wskaźnik masy ciała określany skrótem

BMI – która z niżej podanych wartości jest

prawidłowa:

☐ Poniżej 18,5

☐ 18,5-24,5

☐ 25-29,9

☐ Powyżej 30

☐ Nie wiem

**DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE
KWESTIONARIUSZA!**

Kwestionariusz badania poziomu wiedzy na temat aktywności fizycznej

Szanowni Państwo,

Prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza, w którym przygotowaliśmy pytania nt. roli aktywności fizycznej w kształtowaniu zdrowia. Uzyskane w ten sposób informacje będą dla nas bardzo pomocne żeby lepiej dostosować nasze działania do Państwa potrzeb, dlatego prosimy o samodzielne wypełnienie ankiety bez korzystania z dodatkowych źródeł wiedzy. Przy odpowiedzi, którą uznają Państwo za najwłaściwszą, proszę postawić znak w krateczce obok wybranej odpowiedzi lub wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.

X

Imię i nazwisko

Data

Data urodzenia

2. Czy aktywność fizyczna ma wpływ na zdrowie?

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Nie wiem

2. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia dzieci w wieku szkolnym dla prawidłowego rozwoju potrzebują każdego dnia:

- ☐ 10 minut aktywności fizycznej
- ☐ 20 minut aktywności fizycznej
- ☐ 60 minut aktywności fizycznej
- ☐ 120 minut aktywności fizycznej

3. Właściwy poziom aktywności fizycznej u dzieci wpływa korzystnie na (możliwych kilka odpowiedzi):

- a. Poprawę wydolności płuc
- b. Poprawę wydolności serca
- c. Wzmacnia mięśnie i stawy
- d. Poprawia nastrój i koncentrację
- e. W połączeniu ze zdrową dietą pozwala na utrzymywanie prawidłowej masy ciała
- f. Zwiększa zaufanie i pewność siebie
- g. Wspiera kompetencje społeczne
- h. Uczy samokontroli
- i. Zwiększa stany lękowe

4. Podczas wysiłku fizycznego dziecko powinno (możliwych kilka odpowiedzi):

- a. Zmęczyć się
- b. Zarumienić

- c. Spocić
 - d. Odpocząć
 - e. Mieć przyśpieszony oddech
 - f. Mieć szybsze bicie serca
5. Jak rodzice w warunkach domowych mogą wspierać aktywność fizyczną dziecka?
- a. Angażując dziecko do prac domowych: sprzątania, nakrywania do stołu, wychodzenia na spacer z psem
 - b. Urządzając pokój dziecka w sposób sprzyjający aktywności fizycznej
 - c. Wspólnie z dzieckiem angażować się w aktywną zabawę
 - d. Wszystkie powyżej
6. Jak rodzice mogą wspierać aktywność fizyczną swoich dzieci w codziennym życiu?
- a. Rezygnując z jazdy samochodem na krótszych trasach decydując się na spacer, rower lub hulajnogę
 - b. Wybierając schody zamiast windy
 - c. Wsiadając z autobusu lub tramwaju przystanek wcześniej
 - d. Zaprowadzić dziecko do przedszkola (spacer, rower)
 - e. Wychodzić jak najczęściej na dwór i bawić się
 - f. Wspólnie z dzieckiem spędzając czas aktywnie, dając dobry przykład
 - g. Wszystkie powyżej
7. Podczas wysiłku fizycznego tętno maleje.
- a. Prawa
 - b. Fałsz
8. Aktywność fizyczna to to samo co sport
- a. Prawda
 - b. Fałsz
9. Wskaż przykłady aktywności fizycznej:
- a. Siedzenie na fotelu
 - b. Jazda samochodem
 - c. Spacer
 - d. Zabawa w berka
 - e. Wchodzenie po schodach
10. Najwięcej energii spalamy podczas:
- a. Wchodzenia po schodach
 - b. Wolnej jazdy na rowerze
 - c. Rozciągania
 - d. Marszobiegu
11. Zagrożenia wynikające z braku aktywności fizycznej to (możliwych kilka odpowiedzi):
- a. Nadciśnienie tętnicze
 - b. Choroby serca

- c. Otyłość
- d. Osteoporoza
- e. Depresja
- f. Wysoko wydolność krążeniowo-oddechowa

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA!

Kwestionariusz badania poziomu wiedzy na temat budowania kompetencje rodzicielskich

Szanowni Państwo,

Prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza, w którym przygotowaliśmy pytania nt. roli aktywności fizycznej w kształtowaniu zdrowia. Uzyskane w ten sposób informacje będą dla nas bardzo pomocne żeby lepiej dostosować nasze działania do Państwa potrzeb, dlatego prosimy o samodzielne wypełnienie ankiety bez korzystania z dodatkowych źródeł wiedzy. Przy odpowiedzi, którą uznają Państwo za najwłaściwszą,

X

 proszę postawić znak w krótkich obok wybranej odpowiedzi lub wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.

Imię i nazwisko

Data

Data urodzenia

1. Czy kompetencje rodzicielskie mają znaczenia dla stanu zdrowia dziecka?
 - b. Nie
 - c. Tak
 - d. Nie wiem
2. Właściwy poziom aktywności fizycznej u dzieci wpływa korzystnie na (możliwych kilka odpowiedzi):
 - ☐ Poprawę wydolności płuc
 - ☐ Poprawę wydolności serca
 - ☐ Wzmacnia mięśnie i stawy
 - ☐ Poprawia nastrój i koncentrację
 - ☐ W połączeniu ze zdrową dietą pozwala na utrzymywanie prawidłowej masy ciała
 - ☐ Zwiększa zaufanie i pewność siebie
 - ☐ Wspiera kompetencje społeczne
 - ☐ Uczy samokontroli
 - ☐ Zwiększa stany lękowe
3. Prawidłowe odżywianie to:
 - ☐ dostarczanie organizmowi wysokiej jakości pożywienia w ilości odpowiadającej zapotrzebowaniu
 - ☐ spożywanie produktów, które zaspokajają uczucie głodu
 - ☐ spożywanie produktów, które sprawiają przyjemność
 - ☐ wybieranie tylko żywności bio pochodzącej z ekologicznych źródeł
4. Food marketing to:
 - ☐ Wszelkie działania marketingu żywnościowego, który łączy producenta żywności i konsumenta
 - ☐ Polityka wewnętrznych działań producentów żywności
 - ☐ Reklama produktów spożywczych
 - ☐ Promocyjne ceny produktów spożywczych
5. Skrót GDA podawany na etykietach produktów spożywczych oznacza:

- ☐ produkt zawierający GMO
 - ☐ wskazane dzienne spożycie
 - ☐ generalną dawkę aminokwasów
6. Jak często można się spodziewać, że dziecko będzie współpracować z rodzicem (słuchać poleceń, reagować na wezwania)?
- ☐ W 20% przypadków
 - ☐ W 50% przypadków
 - ☐ W 70% przypadków
 - ☐ W 99% przypadków
7. Właściwy czas snu jest ważny ponieważ:
- ☐ Wpływa na aktywność wielu układów i narządów organizmu, takich jak układ krążenia, w tym – rytm pracy serca i ciśnienie tętnicze krwi,
 - ☐ Wpływa na apetyt i układ trawienia
 - ☐ Nieregularny sen zaburza całą naszą aktywność dobową
 - ☐ Poprawia pamięć i koncentrację
 - ☐ Poprawia nastrój
 - ☐ Wszystkie powyżej
8. Jaki czas uważany jest za bezpieczny czas ekranowy (przed tabletem, telewizorem, komputerem)?
- ☐ Do 30 minut dziennie
 - ☐ Do 2 godzin dziennie
 - ☐ Do 3 godzin dziennie
 - ☐ Korzystanie z ekranów przez dzieci jest bezpieczne
9. Wskaż prawdziwe zdanie dotyczące stawiania granic w kontekście wychowania dzieci i młodzieży:
- ☐ Jednym z celów stawiania granic jest ograniczanie negatywnych zachowań
 - ☐ Dzięki wyznaczeniu granic i konsekwentnym ich stosowaniu dzieci szybciej uczą się co wolno a czego nie wolno
 - ☐ Wiedząc, gdzie są granice, dziecko będzie czuło się spokojniejsze
 - ☐ Wszystkie powyższe zadania są prawdziwe
 - ☐ Żadne z powyższych zdań nie jest prawdziwe
10. Wymień 3 znane Ci pozytywne zachowania zdrowotne:
- ☐
 - ☐
 - ☐

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA!

ANKIETA SATYSFAKCJI I OCENY JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ

Panel konsultacji dodatkowych

1. Jak ogólnie ocenia Pan(i) program pn. Program polityki zdrowotnej w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia”

- | | |
|--|---|
| ☐ Bardzo dobrze | ☐ Bardzo źle |
| ☐ Dobrze | ☐ Nie mam zdania |
| ☐ Źle | |

2. Jak ocenia Pan(i) poziom dostępności do programu (informacje o programie, kontakt telefoniczny, rejestracja):

- | | |
|--|---|
| ☐ Bardzo dobrze | ☐ Bardzo źle |
| ☐ Dobrze | ☐ Nie mam zdania |
| ☐ Źle | |

3. Jak ocenia Pan(i) opiekę i kontakt z sekretariatem:

- | | |
|--|---|
| ☐ Bardzo dobrze | ☐ Bardzo źle |
| ☐ Dobrze | ☐ Nie mam zdania |
| ☐ Źle | |

4. Jak ocenia Pan(i) konsultacje lekarskie:

- | | |
|--|---|
| ☐ Bardzo dobrze | ☐ Bardzo źle |
| ☐ Dobrze | ☐ Nie mam zdania |
| ☐ Źle | |

5. Jak ocenia Pan(i) konsultacje z dietetykiem:

- | | |
|--|---|
| ☐ Bardzo dobrze | ☐ Bardzo źle |
| ☐ Dobrze | ☐ Nie mam zdania |
| ☐ Źle | ☐ Nie dotyczy |

6. Jak ocenia Pan(i) konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej:

- | | |
|--|---|
| ☐ Bardzo dobrze | ☐ Bardzo źle |
| ☐ Dobrze | ☐ Nie mam zdania |
| ☐ Źle | ☐ Nie dotyczy |

7. Jak ocenia Pan(i) zajęcia z psychologiem:

- | | |
|--|---|
| ☐ Bardzo dobrze | ☐ Bardzo źle |
| ☐ Dobrze | ☐ Nie mam zdania |
| ☐ Źle | ☐ Nie dotyczy |

7. Czas trwania programu był:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Odpowiedni | ☐ Za krótki |
| ☐ Za długi | ☐ Nie mam zdania |

8. Czas trwania konsultacji lekarskich był:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Odpowiedni | ☐ Nie mam zdania |
| ☐ Za długi | |
| ☐ Za krótki | |

☐ Odpowiedni ☐ Za krótki

☐ Za długi ☐ Nie mam zdania/ nie dotyczy

☐ Odpowiedni ☐ Za krótki

☐ Za długi ☐ Nie mam zdania/ nie dotyczy

☐ Odpowiedni ☐ Za krótki

☐ Za długi ☐ Nie mam zdania/ nie dotyczy

☐ W znacznym stopniu
 ☐ Nie będzie pomocny

☐ W umiarkowanym stopniu
 ☐ Nie mam zdania/ nie dotyczy

☐ W niewielkim stopniu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ Podstawowe
- ☐ Gimnazjalne
- ☐ Zasadnicze zawodowe
- ☐ Średnie
- ☐ Wyższe

Strona 53

- ☐ Praca fizyczna (lekka)
- ☐ Praca fizyczna (ciężka)
- ☐ Praca umysłowa
- ☐ Własna działalność gospodarcza
- ☐ Gospodarstwo rolne
- ☐ Nie pracuję zawodowo
- ☐ Inna

Wykonywany zawód:

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!