

Program polityki zdrowotnej pn. „Qźnia zdrowia kids – program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu”

I. STRONA TYTUŁOWA

Nazwa programu: Qźnia zdrowia kids – program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu”

1. Okres realizacji programu: 2020-2025
2. Autorzy programu: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia
3. Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednim okresie.

Zawartość

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO.....	3
Problem zdrowotny:	3
Epidemiologia:	9
Obecne postępowanie	12
II. CELE PROGRAMU I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI	15
Cel główny:	15
Cele szczegółowe:	15
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:.....	15
III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI.....	15
Populacja docelowa	15
Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej.....	16
Planowane interwencje:	17
Sposób udzielania świadczeń.....	18
Sposób zakończenia udziału w programie.....	18
IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	20
Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:	20
Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	21
V. MONITOROWANIE I EWALUACJA	22
Monitorowanie	22
Ewaluacja - ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:	22
VI. KOSZTY.....	24
Planowane koszty całkowite (w złotych):.....	24
Źródło finansowania, partnerstwo	24
Karta udziału	25
Karta wywiadu	26
Wzór prowadzonej elektronicznie dokumentacji.....	28
Sprawozdanie kwartalne/roczne.....	29
Ankieta satysfakcji	30

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Problem zdrowotny:

Nadwaga i otyłość stanowią szczególnie niepokojący problem zdrowotny współczesnego świata. Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to zwiększają one swoją objętość¹.

Problem otyłości u dorosłych znany jest od dawna. U dzieci narasta on od kilkunastu lat. Otyłość przez wielu rodziców nie jest uważana za chorobę. Często nie dostrzegają oni problemu, uważając nawet, że jeśli dziecko jest „pulchne”, to z pewnością jest zdrowe. Tymczasem nadwaga i otyłość znacznego stopnia stanowią zagrożenie dla zdrowia i należy je uważać za jedną z chronicznych chorób niezakaźnych, do niedawna nazywanych chorobami cywilizacyjnymi².

Na tle świata problem nadwagi i otyłości w Polsce narasta systematycznie, plasujemy się w czołówce państw dotkniętych epidemią otyłości. W ciągu ostatnich kilkunastu lat, podobnie jak i na świecie, tak i w Polsce, dokonała się zmiana sposobu żywienia oraz trybu życia nastolatków. Duża różnorodność, zwiększona dostępność potraw wysokokalorycznych, zmiana nawyków żywieniowych, spożywanie wysoko przetworzonych gotowych dań, brak dyscypliny żywieniowej oraz brak ruchu przyczyniają się do powiększania liczby dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością w Polsce.³

Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a powstawanie choroby to zazwyczaj proces długotrwały, gdzie na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Większość wszystkich przypadków cechuje otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych, takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół Cushinga lub chorób ośrodkowego układu nerwowego, np. ciężkiego uszkodzenia

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

² prof. dr hab. Tadeusz Sikora Żywność Nauka Technologia Jakość, Wydawnictwo Naukowe „Akapit”, Kraków 2007: 71-72

³ prof. dr hab. Marian Grzymisławski.: Nowiny Lekarskie Dwumiesięcznik Naukowy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, PUBLISHER Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010: 399

mózgu z brakiem aktywności ruchowej⁴.

W populacji dzieci i dorosłych najczęściej (w ponad 90% przypadków) rozpoznaje się otyłość prostą (samoistną, jednoobjawową, pierwotną), czyli taką, której nie towarzyszą inne objawy chorobowe; powstaje ona wskutek zaburzenia równowagi między ilością energii dostarczonej wraz z pożywieniem a wydatkowaną przez organizm. Ten typ otyłości jest często uwarunkowany genetycznie – u innych osób w rodzinie można stwierdzić nadmiar masy ciała, wynikający prawdopodobnie z małego tempa podstawowej przemiany materii. Istotną rolę w rozwoju otyłości prostej odgrywają czynniki środowiskowe: jedzenie bywa formą ucieczki od stresu (rozwód rodziców, nieszczęścia w rodzinie, wykorzystywanie seksualne, niepowodzenia szkolne), aktywność fizyczna jest bardzo ograniczona, w rodzinie panuje nieprawidłowy sposób odżywiania się. Do rozwoju otyłości prostej szczególnie predysponowane są dzieci z rodzin, których członkowie mają nadmiar masy ciała oraz młodzież w okresie pokwitania. Otyłość młodzieńcza wynika ze zwolnienia szybkości wzrastania, co zmniejsza zapotrzebowanie energetyczne. Apetyt dziecka jest w tym czasie dość znaczny, zatem wyraźne bywa gromadzenie zapasów tkanki tłuszczowej, która stanie się źródłem energii w okresie znacznych wydatków metabolicznych w fazie dojrzewania. Otyłość wtórna (patologiczna) wynika ze schorzeń endokrynologicznych, układu nerwowego, wad genetycznych lub jest skutkiem przewlekłego leczenia. Przyczyny otyłości wtórnej:

- choroby układu wewnątrzwydzielniczego: choroba Cushinga, niedoczynność tarczycy, niedoczynność przytarczyc, niedobór hormonu wzrostu, hyperinsulinizm, zaburzenia okresu pokwitania, przekwitania i ciąży;
- choroby układu nerwowego: mózgowie porażenie dziecięce (może przebiegać również z wyniszczeniem), rdzeniowy zanik mięśni, guzy ośrodkowego układu nerwowego, stan po zapaleniu opon mózgowych i mózgu, stan po urazach ośrodkowego układu nerwowego; – zespoły genetyczne i chromosomalne: zespół Downa, zespół Turnera, zespół Klinefeltera, rzadkie zespoły genetyczne;
- przewlekłe stosowanie leków: steroidów, leków przeciwpadaczkowych, leków psychotropowych i uspokajających.

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

W otyłości metabolicznej podstawową przyczyną przyrostu tkanki tłuszczowej jest wrodzone lub nabyte zaburzenie przemian węglowodanów lub lipidów. W zależności od rozmieszczenia tkanki podskórnej wyróżnia się typ otyłości:

- androidalny (brzuszny, trzewny, „jabłkowy”) charakterystyczny dla płci męskiej, w którym tłuszcz lokalizuje się głównie na brzuchu. W tym typie ryzyko towarzyszących zaburzeń metabolicznych, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i chorób układu krążenia jest szczególnie wysokie. Wynika to z faktu, że tkanka tłuszczowa obecna wewnątrz jamy brzusznej jest bardziej wrażliwa na działanie hormonów podwyższających stężenie tłuszczów we krwi niż tłuszcz w innej lokalizacji.

- gynoidalny (pośladkowo-udowy, „gruszkowy”), występujący głównie u płci żeńskiej, u której tkanka tłuszczowa lokalizuje się przede wszystkim na biodrach, pośladkach i udach. Typy otyłości androidalnej i gynoidalnej różnią się pod względem metabolicznym. W przypadku typu brzusznego rozwija się zespół metaboliczny („zespół oporności na insulinę”), charakteryzujący się hyperinsulinemią, hyperurikemią i wysokim stężeniem fibrynogenu we krwi, a także niekorzystnym składem lipidów osocza (zwiększone stężenie triacylogliceroli, cholesterolu LDL wraz ze zmniejszeniem zawartości frakcji HDL). Zatem u osób tej grupy częściej niż z gynoidalnym typem otyłości stwierdza się nadciśnienie, cukrzycę II typu oraz różne postaci miażdżycy tętnic: chorobę wieńcową, udary, niedokrwienie kończyn, wzrasta również ryzyko choroby zatorowo-zakrzepowej. Skłonność do odkładania tłuszczu na brzuchu jest silnie zdeterminowana genetycznie i pojawia się głównie w wieku dojrzałym

Zdecydowanie najczęściej otyłość wynika z dodatniego bilansu energetycznego, spowodowanego nadmiarem energii z pokarmu w stosunku do wydatku na podstawową przemianę materii, ruch i termogenezę.

Do najczęstszych przyczyn należą:

- nieprawidłowe nawyki żywieniowe: spożywanie zbyt dużych ilości żywności (przejadanie się), nieprawidłowy skład posiłków z dużą ilością cukrów prostych i tłuszczów. Szeroko propagowane w krajach uprzemysłowionych produkty gotowe do spożycia, mało wartościowe, ale kaloryczne, są w wielu rodzinach podstawą żywienia. Dzieci otrzymują do szkoły na drugie śniadanie batony, chipsy, ciastka i napoje typu cola, zamiast owoców i wody mineralnej lub dostają od rodziców pieniądze na zakup przekąsek, przy czym są to najczęściej, lubiane przez dzieci, produkty wysokokaloryczne. Młodzież często żywi się

w barach szybkiej obsługi. Wysokoenergetyczna żywność typu „fast food” zwykle zawiera znaczne ilości tłuszczów nasyconych i izomerów trans, a jednocześnie niską – błonnika pokarmowego, pierwiastków śladowych i przeciwutleniaczy. Przyczynę większej częstości występowania otyłości u dzieci z biednych regionów przypisuje się nieprawidłowo zbilansowanej diecie, która obfituje w tańsze, bogato węglowodanowe i bogato tłuszczowe składniki oraz nieregularne spożywanie posiłków. Dzieci i młodzież z rodzin o niskich dochodach mają również ograniczony dostęp do obiektów sportowych;

– mała aktywność fizyczna („couch potato kid”) i nieprawidłowo ukształtowany styl życia rodziny, w której większość czasu spędza się przed telewizorem lub komputerem, przegryzając wysokokaloryczne przekąski, podczas gdy ruch na świeżym powietrzu ogranicza się do krótkiego spaceru w niedzielę;

– problemy emocjonalne, nieprawidłowe relacje rodzinne (rozwoły, separacje), wykorzystywanie seksualne, nieszczęścia, stresujący tryb życia z dużym obciążeniem psychicznym, np. wygórowane wymagania szkolne i rodzicielskie. Długotrwałe negatywne czynniki psychoemocjonalne kompensowane są przyjemnością, jaką jest jedzenie, jednocześnie mogą zaburzać prawidłowe funkcjonowanie ośrodków sytości i głodu w podwzgórzu i korze mózgowej, prowadząc do ciągłego objadania się;

– nieprawidłowe odżywianie się kobiety ciężarnej. Okres życia płodowego jest niezwykle istotny dla kształtowania masy ciała dziecka po porodzie i w wieku późniejszym. Wyniki badań wskazują, że nadwaga u matki i nadmierny dowóz energii w okresie prenatalnym sprzyjają otyłości dziecięcej, zwiększając ryzyko zespołu metabolicznego w związku z uszkodzeniem aparatu wyspowego trzustki, powstania insulinooporności, zmian w reaktywności naczyń i nadciśnienia tętniczego. Uważa się również, że wczesne wprowadzenie karmienia sztucznego sprzyja nadmiarowi masy ciała u niemowląt z racji zwiększonego w stosunku do niemowląt karmionych naturalnie, spożycia białka choć, dane autorów w tym względzie są niespójne.

– czynniki genetyczne – obserwacje kliniczne, wskazujące na częstsze występowanie otyłości u dzieci rodziców z nadwagą, aniżeli z prawidłową masą ciała, skłoniły badaczy do poszukiwania genów otyłości. Obecnie wiadomo, że prawidłowa masa ciała jest w dużej mierze uwarunkowana wielogenowo, a otyłość może być wynikiem zaburzenia funkcjonowania genów kontrolujących masę ciała poprzez wpływ na prawidłową termogenezę, gromadzenie i metabolizowanie tłuszczu, utrzymywanie odpowiedniej ilości

komórek tłuszczowych itp. Realizacja genetycznie uwarunkowanej skłonności do otyłości zależy od wpływów środowiska – w warunkach łatwego dostępu do pokarmu i ograniczenia wysiłku fizycznego ekspresja genów warunkujących przyrost masy ciała doprowadza do otyłości. Wpływ środowiska prawdopodobnie jest najsilniejszy w okresie dzieciństwa, kiedy kształtują się nawyki żywieniowe, zazwyczaj zgodne z rodzicielskimi. Obecnie wyizolowano kilkadziesiąt genów, które mogą mieć znaczenie w rozwoju otyłości. Odpowiadają one za syntezę białek uczestniczących w metabolizowaniu tłuszczów, hormonów, neuropeptydów i cytokin kontrolujących łaknienie. Najlepiej poznany jest gen *ob* znajdujący się na 7 chromosomie. Jego produktem jest białko leptyna, wytwarzane przez tkankę tłuszczową. Białko to dociera wraz z krwią do podwzgórza, gdzie łączy się z receptorem, w wyniku czego hamowana jest synteza i uwalnianie neuropeptydu Y, zwiększającego łaknienie i ograniczającego termogenezę. Leptyna zwiększa uczucie sytości, obniża apetyt, nasila termogenezę, zwiększając zużycie energii oraz zmniejsza stężenie insuliny i glukozy we krwi. Ponieważ u osób otyłych stężenie leptyny we krwi jest zwykle wyższe aniżeli u osób z prawidłową masą ciała, uważa się, choć nie jest to do końca wyjaśnione, że istnieją u nich substancje działające antagonistycznie względem leptyny, powodujące leptynooporność. Wyniki badań wskazują na znaczne wahania ekspresji genu *ob* w czasie głodu i powrotu do normalnego odżywiania. W czasie głodzenia (np. u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym) stężenie leptyny zmniejsza się do wartości nieoznaczalnych, a rośnie do bardzo wysokich wartości w okresie zwiększonego dowozu kalorycznego, co może powodować trudności z uzyskaniem normalnej masy ciała wobec zmniejszenia apetytu i zwiększenia wydatków energetycznych. Odwrotnie – u osób otyłych, stosujących restrykcje kaloryczne, obniża się poziom leptyny we krwi; zwiększa się zatem apetyt, zmniejsza termogeneza i wydatki energetyczne, a to może utrudniać utrzymanie uzyskanej z trudem obniżonej masy ciała. Czynniki dziedziczne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu konstrukcji psycho-fizycznej. Genetycznie uwarunkowana tendencja do nadmiaru masy ciała może być wynikiem znacznie zwiększonej podatności na bodźce środowiskowe sprzyjające tyciu⁵.

Problemy zdrowotne związane z nadmierną masą ciała to m.in.: choroby układu sercowo-naczyniowego, takie jak nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca, ponadto cukrzyca typu 2 a także problemy natury psychologicznej (izolacja,

⁵ Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit.:76-77

wykluczenie społeczne, depresja)⁶. Ponadto, zarówno w Polsce, jak i na świecie, nadwaga i otyłość mogą powodować inwalidztwo i skrócenie oczekiwanego czasu życia.

Nadwagę i otyłość diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała). BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Nadwagę rozpoznaje się, jeżeli wartości BMI mieszczą się w zakresie 25,0-29,9 otyłość przy wartościach BMI wynoszących ≥ 30 (otyłość I stopnia – BMI 30,0-34,9; otyłość II stopnia – BMI 35,0-39,9; otyłość III stopnia – BMI $\geq 40,0$). Drugim często stosowanym rodzajem pomiaru jest stopień otluszczenia, w tym celu stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów. Obwód talii należy mierzyć w połowie odległości między najwyższym punktem grzebienia kości biodrowej i najniższą częścią łuku żebrowego w linii pachowej środkowej. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi Światowej Federacji Diabetologicznej (IDF) otyłość trzewną rozpoznaje się u Europejczyków przy obwodzie talii u: mężczyzn ≥ 94 cm, a kobiet ≥ 80 cm⁷. U dzieci zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie ściśle zależy od wieku i płci. Do oceny stopnia otyłości oraz przedstawienia rozkładu danych antropometrycznych wykorzystuje się: siatki centylowe i tzw. wskaźnik masy ciała BMI. Pediatrzy rzadziej posługują się fałdomierzami, które służą do oceny grubości tkanki podskórnej. Siatki centylowe (m.in. masy w stosunku do wieku, wzrostu w stosunku do wieku i masy w stosunku do wzrostu) umożliwiają graficzne przedstawienie pozycji danego parametru i porównanie go z normą. Wskaźnik BMI (Body Mass Index) oblicza się według wzoru: $BMI = \text{masa rzeczywista [kg]} / (\text{wzrost [m]})^2$. Wartości wskaźnika między 20 a 25 uznawane są za prawidłowe. Nadwagę rozpoznaje się, gdy BMI mieści się w granicach pomiędzy 25 a 30, a otyłość, gdy BMI przekracza 30. U dzieci wartość otrzymanego z obliczeń BMI porównuje się z danymi z siatki centylowej. Mimo, że ocena wskaźnika BMI przy użyciu siatek centylowych pozwala na odpowiednią ocenę stanu odżywienia dziecka i uważana jest za „złoty standard” w rozpoznawaniu otyłości, nie jest ona często stosowana przez pediatrów, którzy w swojej

⁶ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4: 210–219

⁷ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością

praktyce najczęściej posługują się siatkami masy ciała i proporcji. U młodszych dzieci do oceny antropometrycznej stosuje się raczej wskaźnik Co le'a (LMS - Least Mean Square)

$$\text{LMS} = \frac{\text{MR}[\text{kg}] \times \text{WS} [\text{m}]^2}{\text{MS} [\text{kg}] \times \text{WR} [\text{m}]^2} \times 100 [\%]$$

gdzie: MR – rzeczywista masa ciała badanego dziecka,

WS – standardowa wysokość dla wieku i płci badanego dziecka,

WR – rzeczywista wysokość badanego dziecka (50 centyl wzrostu dla dziecka w danym wieku), MS – standardowa masa ciała dla wieku płci badanego dziecka (50 centyl masy ciała dla dziecka w danym wieku).

Wskaźnik Cole'a jest zatem ilorazem aktualnego i standardowego Wskaźnika Masy Ciała: $\text{LMS} = (\text{BMI akt.} / \text{BMI stand.}) \times 100 [\%]$ Prawidłowy LMS występuje przy wartościach między 90–110%; nadwaga obejmuje wartości 111–120%, a otyłość – wartości >120%.⁸

Nadmiar tkanki tłuszczowej w organizmie odgrywa istotną rolę w rozwoju wielu chorób, w tym układu sercowo-naczyniowego (np. nadciśnienie tętnicze), czy metabolicznych (przede wszystkim cukrzyca typu 2). Tkanka tłuszczowa jest bowiem narządem, który nie tylko stanowi magazyn energetyczny, ale wykazuje również aktywne działanie wewnątrzwydzielnicze, wyrażone produkcją i uwalnianiem do krwi hormonów, cytokin i innych substancji⁹.

Do podstawowych elementów kompleksowej terapii nadwagi należą: odpowiednio zbilansowana dieta, właściwie dobrana aktywność ruchowa oraz wsparcie psychologiczne¹⁰

Epidemiologia:

Nadwaga i otyłość w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Ocenia się, że w Europie co piąte dziecko ma nadmierną masę ciała. Spośród 74 mln Europejczyków w wieku między 4 a 18 lat, 16-22% (11,8-16,3 mln) ma nadwagę lub otyłość, a wśród nich 4-6%, tj. 2,9-4,4 mln jest otyłych. Roczny wzrost częstości otyłości w latach 70. XX wieku wynosił 0,2%, w latach 80. 0,6%, a w roku 2000 już 2%. Aktualnie, wśród dzieci i młodzieży

⁸ prof. dr hab. Tadeusz Sikora Żywność Nauka Technologia Jakość...op.cit.:72-73

⁹ Bogołowska-Stieblach A, Tałałaj M. Otyłość a choroby układu sercowo-naczyniowego. Post N Med 2013; t 26, 5B: 19-25

¹⁰ Anna Romanowska-Tołłoczko I/, Małgorzata Kałwa Oddziaływania psychologiczne w kompleksowej terapii nadwagi, Probl Hig Epidemiol: 210

rozpoznaje się około 400 tys. nowych przypadków nadwagi i otyłości rocznie. Podobnie jak w innych krajach, również i w Polsce obserwowana jest tendencja wzrostowa częstości występowania nadwagi i otyłości w populacji rozwojowej oraz lawinowo wzrasta liczba doniesień dotyczących problemu nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. Jak wykazały badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, problem nadwagi i otyłości dotyczy ok. 12-14% dzieci i wykazuje zróżnicowanie regionalne.¹¹

Jak podaje Centrum Zdrowia Publicznego w 2017r. w województwie kujawsko-pomorskim po raz pierwszy otyłość stwierdzono u 1 436 dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W Toruniu w grupie dzieci 0-18 lat będących pod opieką lekarza po otyłość stwierdzono łącznie u 726 osób z czego u 124 po raz pierwszy¹².

Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono schorzenia, będące pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim według powiatów, stan na 31.12.2017 r. – liczby bezwzględne (dok.)

Rozpoznanie (kody wg ICD-10)	Powiaty i miasta na prawach powiatu											
	rypiński	sępoleński	świecki	toruński	tucholski	wąbrzeski	włocławski	żniński	Bydgoszcz	Grudziądz	Toruń	Włocławek
Liczba osób ze schorzeniami ogółem¹⁾	1 436	3 026	6 853	5 215	4 102	3 543	3 603	3 645	15 898	6 109	12 005	4 780
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	14	14	38	55	63	147	26	42	235	20	248	30
Niedokrwistości (D50-D59)	56	132	177	233	149	194	172	248	677	199	530	371
Choroby tarczycy (E00-E07)	90	63	108	290	94	138	118	73	378	157	849	267
Cukrzyca (E10-E14)	12	25	64	36	20	21	54	27	150	62	106	42
Niedożywienie (E40-E46)	-	4	7	3	1	-	1	-	19	-	13	-
Otyłość (E65-E68)	145	398	654	440	285	232	434	216	922	544	726	433
Zaburzenia odżywiania (F50)	5	4	5	21	5	12	3	-	57	10	27	12

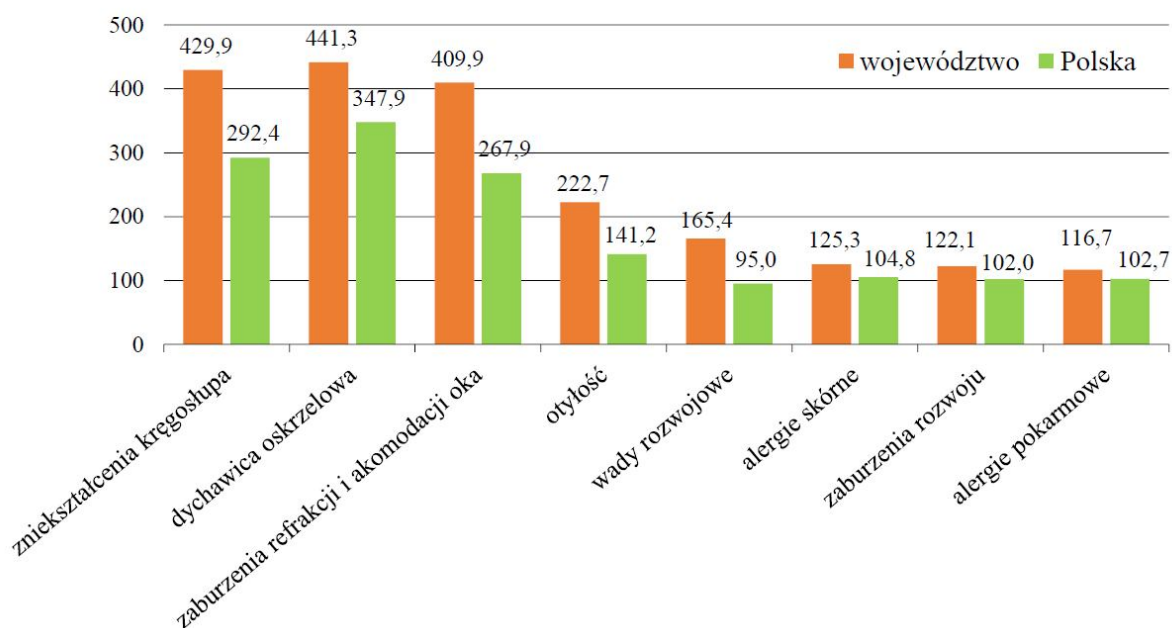
¹¹ Daria Przybylska, Maria Kurowska, Piotr Przybylski Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej, Hygeia Public Health 2012: 29

¹² Biuletyn statystyczny Ochrona zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim w 2017r.2018r.: 60-64

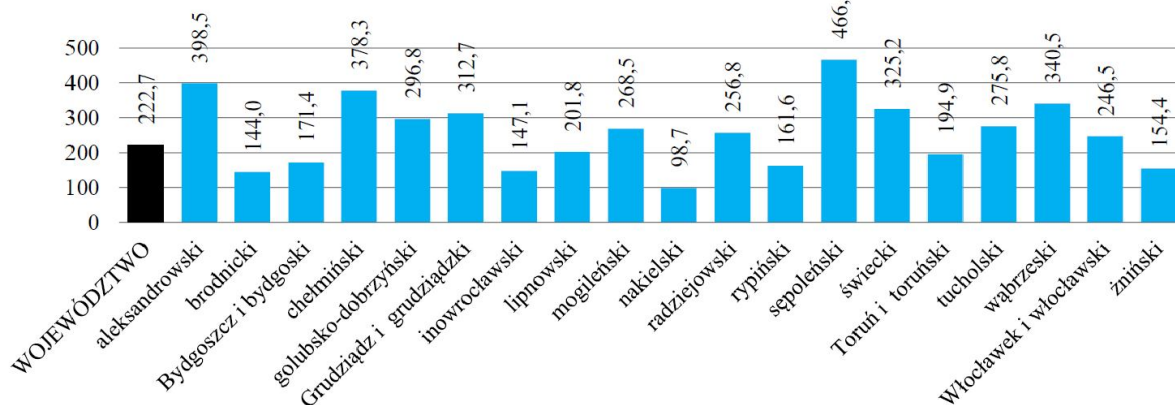
Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w danym roku, będące pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim według powiatów, stan na 31.12.2017 r. – liczby bezwzględne (dok.)

Rozpoznanie (kody wg ICD-10)	Powiaty i miasta na prawach powiatu											
	rypiński	sępoleński	świecki	toruński	tucholski	wąbrzeski	włocławski	żniński	Bydgoszcz	Grudziądz	Toruń	Włocławek
Liczba osób ze schorzeniami ogółem¹⁾	317	514	901	653	690	557	641	559	2 687	967	1 627	923
Nowotwory (C00-C97, D00-D48)	5	7	14	12	15	32	7	12	83	10	66	12
Niedokrwistości (D50-D59)	23	32	34	43	36	30	41	35	121	32	110	80
Choroby tarczycy (E00-E07)	25	24	22	59	31	42	24	16	97	37	138	73
Cukrzyca (E10-E14)	3	4	8	8	1	-	11	3	29	13	18	4
Niedożywienie (E40-E46)	-	1	-	1	1	-	-	-	9	-	3	-
Otyłość (E65-E68)	38	68	83	58	40	36	93	48	174	71	124	115

Najczęściej występujące schorzenia wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, w województwie kujawsko-pomorskim i w Polsce w 2017 r. – wskaźniki na 10 tys. ludności w wieku 0-18 lat



**Otyłość u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat
leczonych w POZ według powiatów w 2017 r. – wskaźnik na 10 tys.**



Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 stycznia 2017r. można wskazać, że w 2014r. w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano łącznie 828 hospitalizacji (w tym dorośli 505 i dzieci 323) z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość. Współczynnik hospitalizacji wynosił ok. 84,3/100 tys. mieszkańców w przypadku dzieci i 29,6/100 tys. mieszkańców w przypadku dorosłych.

Obecne postępowanie

W Toruniu nie jest obecnie realizowany program zdrowotny o wybranej tematyce, natomiast Gmina Miasta Toruń realizowała w latach 2016-2017 zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 pn. "Tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością". I edycja skierowana była do dzieci w wieku 5-15 lat oraz ich rodziców-łącznie 80 osób w tym 40 dzieci.

W redukcji masy ciała istotne jest zarówno odpowiednio zbilansowana dieta, jak i wzmożona aktywność fizyczna, dodatkowo nieodzowne jest wsparcie społeczne i psychologiczne. Najskuteczniejsze efekty w profilaktyce nadwagi i otyłości przynoszą skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Zgodnie z rekomendacjami WHO¹³ do najważniejszych elementów należy zaliczyć: wsparcie w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania nadmiernego przyrostu masy ciała.

¹³ Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).

W przypadku dzieci według zaleceń ekspertów leczeniem powinny być objęte dzieci z otyłością rozpoznaną na podstawie wskaźnika BMI, którego wartość przekracza 95 centyl. Skuteczna terapia, która u dzieci nie obejmuje postępowania farmakologicznego (skuteczność i bezpieczeństwo leków hamujących apetyt podawanych dzieciom nie są znane), powinna być prowadzona przez zespół specjalistów obejmujący lekarza pediatrę, endokrynologa, dietetyka, psychologa i rehabilitanta.

Podstawowe zasady postępowania terapeutycznego w otyłości prostej:

- znaczne ograniczenia kaloryczne nie powinny być stosowane u dzieci do 7 roku życia, a dieta powinna być dobierana indywidualnie i pokrywać zapotrzebowanie na wszystkie składniki odżywcze, zapewniając wzrost i prawidłowy rozwój dziecka;
 - należy zmodyfikować nieprawidłowe nawyki żywieniowe: zwiększyć w codziennej diecie udział warzyw i owoców (banany, winogrona i owoce kandyzowane są wysokokaloryczne), ryb, kasz i razowego pieczywa kosztem nasyconych tłuszczów zwierzęcych;
 - należy wyeliminować napoje o znacznej zawartości cukru, a korzystanie z barów szybkiej obsługi powinno być wyłącznie sporadyczne;
 - warto zadbać, aby dziecko jadło regularnie i nie pojadało, zwłaszcza słodczy, chipsów i innych wysokokalorycznych produktów;
 - trzeba zwiększyć wysiłek fizyczny (jazda na rowerze, gra w piłkę, taniec, pływanie przez przynajmniej pół godziny dziennie) kosztem ograniczenia czasu spędzanego przed telewizorem i komputerem;
 - zaangażować dziecko w prowadzone leczenie i w samokontrolę prowadzoną w formie dzienniczka, zawierającego informacje o ilości i kaloryczności spożywanych posiłków; – utrata masy ciała powinna być stopniowa, ale systematyczna, a efekty stosowanego leczenia należy utrzymywać w następnych latach.¹⁴
 - należy wspomagać dzieci i rodzinę w dążeniu do celu tj. przestrzeganiu ograniczeń dietetycznych przez
- eliminowanie nieadaptacyjnych nawyków żywieniowych oraz wzmocnić motywację do większej aktywności fizycznej.

¹⁴ prof. dr hab. Tadeusz Sikora Żywność Nauka Technologia Jakość...op.cit.: 78

Celem takiego sposobu leczenia jest wyposażenie jednostki w umiejętności radzenia sobie z różnymi sygnałami prowadzącymi do przejadania się oraz z uchybieniami w diecie zaplanowanej aktywności fizycznej.¹⁵

Zakres programu jest zgodny z:

- **Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020¹⁶**, Cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa (cel 1: Działania promujące właściwe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną; cel 1.2.: Działania informacyjne i edukacyjne; cel 1.3.: Promowanie kultury fizycznej; cel 3.2.: Działania pilotażowe i wsparcie podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości;
- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁷ – priorytet 1: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a) chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu,
 - b) nowotworów złośliwych,
 - c) przewlekłych chorób układu oddechowego,
 - d) cukrzycy;
- **Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego¹⁸** - zakładają uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, uwzględniając stan zdrowia populacji mieszkańców województwa.

¹⁵ EWELINA PIETRZYKOWSKA, BOGNA WIERUSZ-WYSOCKA, Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2008r.: 475

¹⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492]

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

¹⁸ Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego, Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 316 / 2016 Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z dnia 29 lipca 2016 r.

II. CELE PROGRAMU I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI

Cel główny:

Celem głównym programu jest zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości wśród uczestników programu.

Cele szczegółowe:

- 1) obniżenie masy ciała co najmniej o 3% u 40% osób, które ukończyły program;
- 2) poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej u co najmniej 60% uczestników programu w zakresie zdrowego stylu życia oraz wzrost samooceny i poprawa kondycji fizycznej.

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- 1) Wskaźnik BMI skorygowany o siatki centylowe (pomiar po zakończeniu interwencji, po miesiącach oraz po roku od zakończenia programu);
- 2) Liczba osób, u których poprawiła się kondycja fizyczna, wzrosła samoocena i zwiększyła się wiedza z zakresu zdrowego stylu życia (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście);

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI

Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dzieci w wieku 3-18 lat oraz ich rodziców, mieszkańców Gminy Miasta Toruń. Populację docelową będą stanowiły osoby w wieku 3-18 lat ze zdiagnozowaną nadwagą/otyłością. Szacuje się, że rocznie udział w programie zadeklaruje ok. 50 % osób uprawnionych.

Populacja docelowa uczestników programu.

Populacja docelowa programu		
1	Wiek	3-18 lat
2	Liczba w populacji	29 682*
3	Liczba osób z nadwagą i otyłością	800**
4	% populacji	2,70
5	Populacja docelowa programu	800
6	Populacja docelowa programu/rok	400 dzieci i ok. 400 rodziców

*dane GUS za 2017r.

** szacunkowe dane pozyskane z Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy.

Pierwsza edycja programu będzie realizowana pilotażowo, co pozwoli realnie oszacować liczbę osób zainteresowanych programem i zaplanować budżet na realizację programu w kolejnym roku.

Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej

Program jest skierowany do dzieci w wieku 3-18 lat ze zdiagnozowaną nadwagą-wartość BMI w zakresie:

90-97 centyla dla płci i wieku

≥ 85 centyla dla wieku i płci

>85 centyla

>97 centyla

Otyłością-wartość BMI w zakresie:

>97 centyla dla wieku i płci

≥95 centyla dla wieku i płci

>98 centyla dla wieku i płci

>99 centyla dla wieku i płci- ciężka otyłość

spełniających następujące kryteria:

- Potwierdzona przez lekarza pediatrę nadwagą/otyłość;
- Miejsce zamieszkania Gmina Miasta Toruń;
- Wiek 3-18 lat;
- Wyrażenie pisemnej zgody rodzica na udział dziecka w programie.

Udział w programie wezmą także rodzice dzieci niepełnoletnich.

Planowane interwencje:

- kwalifikacja do programu na podstawie stwierdzenia przez pediatrę nadwagi/otyłości;
- indywidualne porady dietetyczne z elementami terapii poznawczo-behawioralnej - cykl ok. 12 porad dietetycznych realizowanych w przedszkolach, szkołach, placówkach POZ lub gabinetach dietetycznych, wyłonionych w drodze konkursu na realizatora programu. W trakcie spotkania z dietetykiem zostaną przeprowadzone:
 - wywiad obejmujący: historię rodziny, troskę rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, częstość spożywania słodczy), sen, zażywanie leków w tym suplementów diety, wywiad w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących wraz z oceną chorób współistniejących i możliwych przyczyn nadwagi i otyłości. Rodzice dzieci będą angażowani w zmianę stylu życia dziecka i zachęcani do redukcji masy ciała, jeśli sami będą mieli nadwagę bądź otyłość oraz informowani, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotne (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).
- pomiary składu ciała u wszystkich pacjentów (masa ciała, wzrost, skorygowane o siatki centylowe), celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane przez dietetyka w trakcie porady dietetycznej.
- indywidualne porady psychologiczne z elementami terapii poznawczo-behawioralnej cykl ok. 8 porad realizowanych w przedszkolach, szkołach, placówkach POZ lub gabinetach psychologicznych. W trakcie porad zostanie oceniona kondycja psychiczna uczestnika programu;
- zajęcia ruchowe 2 razy w tygodniu, w formie grupowej, w grupach maksymalnie 15 osobowych, czas trwania 60 min., oparte o trening wytrzymałościowy o umiarkowanej intensywności, prowadzone przez fizjoterapeutę lub trenera fitness. Intensywność ćwiczeń dostosowana będzie do możliwości uczestników i będzie wzrastała.
- edukacja zdrowotna - cykl wykładów z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, profilaktyki nadwagi/otyłości i ich powikłań, takich jak cukrzyca typu 2, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych dla grup około 60-osobowych (dzieci i rodzice);

- edukacja psychologiczna - cykl wykładów odbywających się z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych dla grup około 60-osobowych (dzieci i rodzice);
- monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu.

Zakłada się aktywny udział w zajęciach rodzica;

Uczestnicy będą zachęceni do prowadzenia dzienników żywieniowych, w których będą zapisywane rodzaje i ilości spożywanych produktów w określonym czasie.

Sposób udzielania świadczeń

Indywidualne porady dietetyczne i psychologiczne będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, gabinecie dietetycznym/psychologicznym lub w siedzibie przedszkola/szkoły. Zajęcia ruchowe będą się odbywały w wynajętych na potrzeby programu salach gimnastycznych, posadowionych na terenie Gminy. W ramach akcji informacyjnej (informacja w podmiocie leczniczym realizującym program oraz informacja w Urzędzie Gminy Miasta Toruń - informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej) zostaną przekazane pacjentom terminy porad i zajęć ruchowych.

Sposób zakończenia udziału w programie

Organizator dopuszcza zakończenie programu na każdym jego etapie na życzenie uczestnika. Po ukończeniu programu pacjent/rodzic:

- w przypadku ukończenia pełnego cyklu programu:
 - zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości;
 - zostanie poinformowany o możliwości skorzystania z dalszej ścieżki diagnostycznej w poradniach działających w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.
 - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 4);
 - kończy udział w programie;

- w przypadku nie ukończenia pełnego cyklu programu, zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (zwiększone ryzyko powikłań otyłości, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała).
- Organizator zapewnia monitorowanie wskaźników BMI skorygowanych o siatki centylowe u wszystkich włączonych do programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu. Biorąc pod uwagę fakt, że zmiana nawyków żywieniowych i utrata zbędnych kilogramów jest procesem długotrwałym zakłada się udział uczestnika w ok. dwóch edycjach, co umożliwi kontrolę po pół roku i roku od rozpoczęcia zmiany stylu życia. W przypadku uczestników, którzy zakończyli udział w programie pomiarów dokona realizator programu w danym roku kalendarzowym wysyłając zaproszenia np. pocztą elektroniczną. Udział uczestnika w kontrolnym badaniu BMI jest dobrowolny.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:

- 1) opracowanie projektu programu;
- 2) uzyskanie opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego;
- 3) uchwalenie programu przez Radę Gminy Miasta Toruń;
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej; wyłonienie realizującego program:
 - podmiotu leczniczego spełniającego kryteria kadrowe, lokalowe i infrastrukturalne przewidziane przepisami dla realizacji zadań z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej¹⁹ lub dietetyka, psychologa i fizjoterapeuty/trenera;
- 3) podpisanie umów na realizację programu;
- 4) realizacja programu:
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - kwalifikacja do programu na podstawie formularza zgłoszeniowego, na którym lekarz pediatra zaświadczy o zdiagnozowanej u dziecka nadwadze/otyłości,
 - porady dietetyczne z elementami terapii poznawczo-behawioralnej - cykl 12 porad dietetycznych odbywających się średnio 1 raz na miesiąc. Na pierwszej wizycie będzie przeprowadzony wywiad żywieniowy oraz dokonany pomiar masy ciała. W ciągu 1 tyg. od wizyty pacjenci otrzymają jadłospis. Pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich pacjentów, celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane przez dietetyka w trakcie porady dietetycznej;
 - porady psychologa – cykl 8 porad odbywających się średnio raz na miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, kolejne porady wg potrzeb;
 - zajęcia ruchowe prowadzone przez fizjoterapeutę/trenera z częstotliwością 2 razy w tygodniu,

¹⁹ Załącznik 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. (poz. 86).

- edukacja zdrowotna: - cykl wykładów z zakresu zdrowego stylu życia, umiejętności radzenia ze stresem, edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych dla grup około 60-osobowych;
- monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu.

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

Koordynatorem programu jest Gmina Miasta Toruń. W programie wezmą udział podmioty lecznicze posiadające podpisaną z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz. U z 2017 poz. 1938 z późn. zm]) lub gabinety dietetyczne, psychologiczne które zobowiążą się na dzień rozpoczęcia realizacji programu zatrudnić wskazanych poniżej specjalistów:

- dietetyk – realizator porad dietetycznych zawierających elementy porady o charakterze interwencji behawioralno-poznawczej;
- psycholog- realizator porad psychologicznych
- fizjoterapeuta/trener – realizator zajęć ruchowych.

Realizatorzy w programie będą wyłonieni w drodze konkursu ofert, muszą spełniać następujące wymagania formalne:

- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie przez wykwalifikowanego dietetyka, psychologa oraz osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów lub doświadczonych trenerów;
- posiadanie sprzętu posiadającego stosowne certyfikaty do pomiaru masy ciała;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

V. MONITOROWANIE I EWALUACJA

Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu w podziale na wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (załączniki 2, 3);
- procent objęcia programem populacji docelowej;
- analiza liczby osób, które ukończyły pełen cykl interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu w podziale na wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu w podziale na wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu przeprowadzona całościowo po zakończeniu programu w podziale na wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej w podziale na wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny.
- analiza procentowa liczby osób zakwalifikowanych do programu w stosunku do ogólnej liczby osób deklarujących udział

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4);
- analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Ewaluacja - ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- coroczną analizę liczby osób biorących udział w programie;
- ocenę stopnia realizacji programu (odsetek objęcia interwencjami populacji docelowej),

- liczbę osób, u których doszło do poprawy wiedzy w zakresie profilaktyki nadwagi, otyłości ;
- analizę liczby osób u których doszło do redukcji masy ciała o 3% i 5%;
- określenie odsetka dzieci uczestniczących w programie (analiza obejmująca wszystkie dzieci, które rozpoczną program), u których dojdzie do redukcji masy ciała o co najmniej 3% w czasie trwania programu;

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

- liczbę osób zakwalifikowanych;
- procent jaki ukończył dany program;
- procent osób kontynuujący działania po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu;
- określenie liczby dzieci z rodzin ubogich.

VI. KOSZTY

Planowane koszty całkowite (w złotych):

Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (w zł).

Lp.	Rok realizacji	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Szacunkowa liczba dzieci zakwalifikowanych, których rodzice wyrazili pisemną zgodę	400	400	400	400	400	400
2	Koszt cząstkowy za interwencje u osób zakwalifikowanych (839 zł x poz. 1)	335 600	335 600	335 600	335 600	335 600	335 600
3	Koszty dokonania pomiarów BMI pół roku i rok po zakończeniu udziału w programie	-	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000

1. Planowane koszty jednostkowe (w złotych):

- a. 5zł – koszt jednostkowy akcji informacyjno-edukacyjnej (5zł),
- b. 20 zł – koszt jednostkowy indywidualnej porady dietetycznej z elementami terapii poznawczo-behawioralnej (12x20zł=240zł),
- c. 30 koszt jednostkowy indywidualny porady psychologicznej (8x30=240 zł),
- d. 3 zł koszt jednostkowy edukacji zdrowotnej (6x3zł=18zł),
- d. 7 zł – koszt jednostkowy zajęć ruchowych z fizjoterapeutą (48x7=336zł).

Suma kosztów jednostkowych = 839 zł

Źródło finansowania, partnerstwo

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Miasta Toruń. Gmina Miasta Toruń zapewni ciągłość finansowania działań realizowanych w programie.

Załącznik nr 1

Karta udziału w programie „Qźnia zdrowia – program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu”

Część A

I. Dane uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię		 / / (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL*		
Adres e-mail		

II. Zgoda na udział w programie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na udział dziecka** w programie wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

III. BMI skorygowane o siatki centylowe wynosi.....

.....
(data i podpis lekarza pediatri/pielęgniarki)

Część B

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

Przyczyna rezygnacji	Podpis

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

Załącznik nr 2

Karta wywiadu uczestnika programu pn. „Ożnia zdrowia”- program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu”

1. Czy rodzice cierpią na nadwagę/ otyłość? ☐ Tak ☐ Nie
2. Alergie pokarmowe.....
3. Przyjmowane leki.....
4. Przyjmowane suplementy diety.....
5. Przebyte choroby.....
6. Czy chorujesz przewlekłe? *Jeśli tak, proszę wymienić schorzenia.....*
7. Alergie (nie tylko pokarmowe)
8. Czy odczuwasz którąkolwiek z poniższych dolegliwości?

Dolegliwości	Tak / Nie
Bezsennność lub zaburzenia snu	
Zmęczenie i brak energii	
Bóle głowy	
Problemy z trawieniem (niestrawność, zaparcia, spowolnione trawienie, wzdęcia, uczucie przelewania)	
Problemy z cerą, skłonność do wysypek i egzem	
Drażliwość, nerwowość, trudności z opanowaniem gniewu	
Bóle stawów	

9. Główne nawyki żywieniowe:

Produkty	Ile razy dziennie?	Wielkość porcji (sztuki/szklanki/itp.)
Kawa		
Herbata		
Cukier		
Słodycze		
Sól		
Słone przekąski (krakersy, paluszki, chipsy, słone orzeszki itp.)		
Napoje gazowane/ niegazowane		
Dania typu Fast-food		
Alkohol		
Papierosy		
Woda		

10. W jaki sposób reagujesz na sytuacje stresowe?

- ☐ Podjadaniem
☐ Brakiem apetytu
☐ Stres nie wpływa na mój apetyt

11. Czy podjadasz w wolnych chwilach, gdy np. nudzisz się lub oglądasz TV?

- ☐ Tak ☐ Nie

12. Czy stosujesz jakąś dietę? ☐ Nie ☐ Tak

proszę opisać efekty:

13. Czy w przeszłości stosowałeś/stosowałaś dietę/y odchudzające? ☐ Nie ☐ Tak

proszę opisać efekty:

14. Jak określiłabyś/określiłbyś tryb swojego życia?.....

15. Twoim zdaniem prowadzona aktualnie przez Ciebie aktywność fizyczna w czasie wolnym jest na poziomie:

☐ niskim ☐ umiarkowanym ☐ wysokim

16. Jak spędzasz czas wolny?

17. Określ swoje preferencje żywieniowe

Produkty	Preferowane	Nielubiane lub przeciwwskazane
Zbożowe (jak pieczywo, kasze, ryż, makaron, płatki)		
Mięso		
Ryby		
Warzywa		
Owoce		
Mleczne		
Inne		

18. Proszę dokończ zdanie: *Nie wyobrażam sobie życia bez*

Wzór prowadzonej elektronicznie dokumentacji uczestnika programu „Qźnia zdrowia kids– program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród osób dzieci i młodzieży w Toruniu”

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Wiek dziecka (w latach)	1 pomiar BMI	2 pomiar BMI	3 pomiar BMI	4 pomiar BMI	5 pomiar BMI
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

**Sprawozdanie kwartalne/roczne* realizatora z przeprowadzonych działań
w ramach programu „Qżnia zdrowia kids – program wczesnego wykrywania nadwagi i
otyłości wśród dzieci i młodzieży
w Toruniu”**

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

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki nadwagi/otyłości

Liczba wykonanych interwencji	Liczba pacjentów uczestniczących w interwencjach	Liczba udzielonych porad dietetycznych/psychologicznych	Liczba pomiarów antropometrycznych	Liczba osób które zrezygnowały z uczestnictwa w programie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

*niepotrzebne skreślić

Ankieta satysfakcji pacjenta/rodzica uczestniczącego w programie „Qżnia zdrowia kids– program wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Toruniu”

I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty:

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

II. Ocena porady dietetycznej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość dietetyka?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani?					
dostosowanie liczby spotkań do potrzeb					

III. Ocena porady psychologicznej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychologa?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani?					
dostosowanie liczby spotkań do potrzeb					

III. Ocena zajęć ruchowych:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeuty					
dostosowanie zajęć do możliwości					

IV. Czy Twoim zdaniem udział w programie przyczynił się do:

Wzrostu samooceny ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

Uprzejmie proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Przed wypełnieniem ankiety, proszę uważnie przeczytać każde pytanie i udzielić odpowiedzi zgodnie z prawdą. W każdym z pytań należy zaznaczyć jedną odpowiedź. Poniższa ankieta ma na celu zbadanie Państwa wiedzy żywieniowej i świadomości zdrowotnej.

IMIE

NAZWISKO

1. Płeć:

- ☐ kobieta
☐ mężczyzna

2. Wiek:

3. Czym jest wg Pana/ Pani prawidłowe odżywianie?

- ☐ jest dostarczeniem organizmowi energii i składników odżywczych potrzebnych do zachowania zdrowia i rozwoju
☐ zaspokajanie potrzeb organizmu wtedy gdy się tego domaga
☐ jedzenie tylko określonych produktów zgodnie z ustalonymi zasadami
☐ przestrzeganie diety narzuconej sobie samemu lub zarekomendowanej przez specjalistę (lekarz, dietetyk)

4. Który z wymienionych napojów nie jest zalecany w codziennym żywieniu?

- ☐ napoje gazowane
☐ herbata
☐ soki naturalne
☐ kawa zbożowa
☐ nie wiem

5. Jak często w ciągu dnia powinno się jeść posiłki?

- ☐ 3 posiłki w ilościach zaspokajających głód
☐ 4-5 razy w ciągu dnia o stałych porach
☐ wtedy gdy poczuję głód, lecz w małych ilościach i tylko zdrową żywność
☐ nie da się tego z góry założyć

6. O jakiej porze należy spożyć ostatni posiłek?

- ☐ najpóźniej o 18 bez względu na to, o której idziemy spać
☐ ok. 2 godziny przed snem
☐ bezpośrednio przed snem
☐ ok. 6 godzin przed snem

7. Najefektywniej chudnie się dzięki:

- ☐ głodówce

- ☐ picie przez tydzień tylko wody
- ☐ indywidualnej diecie dopasowanej do Twoich potrzeb i ćwiczeniom fizycznym
- ☐ diecie Kwaśniewskiego

8. Czy powinno się dojadać między posiłkami?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie wiem

9. Zdrowa dieta odchudzająca powoduje chudnięcie w fizjologicznym tempie...

- ☐ 12 kg tygodniowo
- ☐ 1kg dziennie
- ☐ 0,5-1kg tygodniowo
- ☐ 8kg tygodniowo

10. Ile soli powinno spożywać się w ciągu dnia?

- ☐ 40-50g (9 łyżeczek)
- ☐ 20-30g (4 łyżeczki)
- ☐ 5-6g (1 łyżeczka)
- ☐ żadna odpowiedź nie jest prawidłowa

11. Dlaczego według Pana/ Pani sól szkodzi naszemu zdrowiu i należy ją stosować w ograniczonych ilościach?

- ☐ jest wysokokaloryczna
- ☐ sprzyja próchnicy
- ☐ sprzyja ona powstawaniu nadciśnienia tętniczego
- ☐ obniża odporność
- ☐ w ogóle nie szkodzi

12. Ile razy w ciągu dnia powinno się spożywać warzywa?

- ☐ wystarczy raz dziennie
- ☐ 4-5 razy dziennie
- ☐ 2-3 razy dziennie
- ☐ warzyw nie trzeba jeść codziennie, wystarczy 3-4 razy na tydzień

13. Co Pana/ Pani zdaniem należy zrobić, aby przyspieszyć przemianę materii?

- ☐ trzeba robić duże przerwy pomiędzy posiłkami, najlepiej ok.4-5 godzin
- ☐ każdy ma taką samą przemianę materii przez całe życie, nie da się jej zmienić
- ☐ należy jeść często, małe posiłki
- ☐ żadna odpowiedź nie jest prawidłowa

14. Ile płynów powinno się wypijać każdego dnia?

- ☐ co najmniej 2 litry
- ☐ nie ma potrzeby więcej niż szklanka do posiłku
- ☐ 1,5 litra

15. Jaki typ obróbki technologicznej należy stosować?

- ☐ gotowanie
- ☐ smażenie
- ☐ duszenie
- ☐ żadna z powyższych odpowiedzi nie jest prawidłowa

16. Jakimi konsekwencjami grozi otyłość?

- ☐ nie grozi niczym gdyż jest dziedziczna
- ☐ cukrzycą, zawałem serca, zwyrodnieniem stawów
- ☐ zaburzeniami płodności i zmniejszoną odpornością
- ☐ odpowiedzi b i c są prawidłowe

17. Otyłość najczęściej wywołuje:

- ☐ nadmierne spożycie słodczy i słonych przekąsek
- ☐ głodzenie się
- ☐ problemy emocjonalne
- ☐ wszystkie odpowiedzi prawidłowe

18. Które z poniżej wymienionych produktów należy spożywać codziennie w jak największej ilości?

- ☐ warzywa
- ☐ frytki
- ☐ żółty ser
- ☐ nie wiem
- ☐