

UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W SUWAŁKACH

z dnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028"

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465, poz. 1572, poz. 1907 i poz. 1940), w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, poz. 858, poz. 1222, poz. 1593, poz. 1615 i poz. 1915 oraz z 2025 r. poz. 129 i poz. 304) Rada Miejska w Suwałkach uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji "Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028" w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Suwałk.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr
Rady Miejskiej w Suwałkach
z dnia 2025 r.



Program polityki zdrowotnej
Miasta Suwałki
na lata 2025-2028

**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości
wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata
2025-2028**

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

Suwałki, 2025

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego	3
I.1 Opis problemu zdrowotnego	3
I.2. Dane epidemiologiczne	9
Sytuacja na świecie	9
Polska	11
Suwałki	15
I.3. Opis obecnego postępowania:	15
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	17
II. 1. Cel główny	17
II. 2. Cele szczegółowe	17
II. 3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	17
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu	18
III. 1. Populacja docelowa	18
III. 2. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu	22
III. 3. Planowane interwencje	23
III. 4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu	30
III. 5. Sposób zakończenia uczestnictwa w programie	31
IV. Organizacja programu	31
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	31
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	32
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu	33
V.1. Monitorowanie	33
V.2. Ewaluacja	34
VI. Budżet programu	35
VI. 1. Koszty jednostkowe	35
VI. 2. Planowane koszty całkowite	36
VI. 3. Źródło finansowania	40
VII. Bibliografia	41
VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora	43
Załącznik 1. Zgoda na udział w programie - wzór	43
Załącznik 2. Anonimowa ankieta satysfakcji uczestnika programu – wzór	45
Załącznik 3. Test wiedzy ucznia	47
Załącznik 4. Test wiedzy nauczyciele/rodzice	48
Załącznik 5. Test wiedzy pracowników stołówek szkolnych	49

I. Opis problemu zdrowotnego

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Otyłość i nadwaga stanowią globalny problem zdrowotny. Wyniki badań epidemiologicznych są alarmujące. W ciągu ostatnich trzech dziesięcioleci obserwuje się postępujące obniżanie się progu wiekowego osób z nadmierną masą ciała. Szczególnie niepokojący jest fakt wzrostu częstości występowania nadwagi i otyłości w populacji rozwojowej. Długofalowe skutki zdrowotne wczesnego występowania zwiększonej masy ciała prowadzą do rozwoju wielu innych chorób przewlekłych, obniżenia jakości życia oraz zmniejszonej wydolności organizmu w wieku dojrzałym¹.

Otyłość należy do chorób cywilizacyjnych, a liczba osób nią dotkniętych z roku na rok wciąż wzrasta. Postęp cywilizacyjny i techniczny sprzyja rozwojowi otyłości: ograniczenie aktywności ruchowej związanej z codziennymi czynnościami oraz łatwy dostęp do wysoko przetworzonej, bogatej w energię żywności prowadzi do zaburzenia równowagi między poborem a wydatkowaniem energii, co objawia się zwiększeniem tkanki tłuszczowej w organizmie. Szczególnie niepokojący jest fakt, że zaburzenie to coraz częściej występuje u najmłodszych członków społeczeństwa – dzieci i młodzieży.

Od 1975 roku do 2016 roku odsetek osób dorosłych chorujących na otyłość wzrósł niemal trzykrotnie, zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn. W Polsce co czwarta osoba zmaga się z otyłością². Z uwagi na poważne konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne, edukacja w obszarze profilaktyki oraz nadzór epidemiologiczny nad występowaniem otyłości stanowią jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny.

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

¹ Daria Przybylska, Maria Kurowska, Piotr Przybylski „Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej” Hygeia Public Health 2012, 47(1): str. 28-35

² Sylwia Rynkowska, Małgorzata Tąpolska, Maciej Owecki „Epidemiologia otyłości w Polsce i na świecie” Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu 2019, 46(3): str. 235-242)

z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku centralnego³. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu u uczniów i młodzieży ma związek z niekorzystnym profilem lipidowym i stężeniem lipoprotein, wyższym ciśnieniem tętniczym, miażdżycą, a także większą masą lewej komory serca. Krytycznym okresem dla rozwoju otyśnięcia ogólnego i kształtowania się rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie jest dojrzewanie. Szybkość i sposób redystrybucji tkanki tłuszczowej różni się w zależności od płci, u dziewcząt tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest głównie w dolnej połowie ciała (biodra, pośladki) i jej masa rośnie z wiekiem aż do zakończenia okresu dojrzewania, natomiast u chłopców mamy do czynienia z bardziej centralnym typem otyśnięcia (głównie górna połowa ciała: kark, ramiona, podbrzusze)⁴.

W Polsce, wśród dzieci w wieku szkolnym, na nadwagę i otyłość cierpi co piąty chłopiec i co siódma dziewczynka. Z tych statystyk widać, że otyłość dzieci i młodzieży staje się wyzwaniem nie tylko dla zdrowia publicznego, ale i samych młodych ludzi i ich rodzin.

Wyniki badań prowadzonych w wielu krajach, także w Polsce, pozwalają zrozumieć, że otyłość u dzieci i nastolatków jest problemem całej rodziny. Wielu rodziców otyłych dzieci niepokoi się ich stanem zdrowia i zwraca się po pomoc do specjalistów, licząc na szybkie rozwiązanie problemu. Leczenie otyłości jest jednak trudne, złożone, a także, jeśli ma przynieść wymierne efekty, długotrwałe. Dlatego tak ważne jest zwrócenie uwagi na tak zwane modyfikowalne czynniki ryzyka otyłości, czyli takie, na które mamy wpływ i które możemy eliminować, dokonując wyborów dotyczących stylu życia, w tym zachowań związanych ze zdrowiem⁵.

Zdrowa, właściwie zbilansowana dieta zapobiega zarówno różnym rodzajom niedożywienia, jak i chorobom niezakaźnym, takim jak cukrzyca, choroby serca, udary i nowotwory. Niezdrowa dieta w połączeniu z brakiem aktywności fizycznej stanowi wszechstronne zagrożenie dla zdrowia. Prawidłowe nawyki żywieniowe powinny być wprowadzane od najmłodszych lat. Spożycie kalorii powinno być zrównoważone z ich wydatkowaniem.

Wzrost produkcji żywności przetworzonej, szybka urbanizacja i zmieniający się styl życia spowodowały zmianę nawyków żywieniowych. Ludzie jedzą więcej wysokokalorycznych produktów bogatych w tłuszcze, cukry i sól, zaniedbując spożycie owoców, warzyw i błonnika.

Otyłość

³ Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.

⁴ Bryl W., Hoffman K., Miczke A., Pupek-Musialik D., „Otyłość w młodym wieku- epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95

⁵ dr n. med. Alicja Karney, dr hab. n. med. Anna Oblacińska, dr n. reh. Lesław Kluba, mgr Dorota Świątkowska, „Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców dzieci w wieku od 4 do 18 lat”, Instytut Matki i Dziecka Fundacja

Otyłość to przewlekła choroba wynikająca z wielu czynników. Według definicji WHO, charakteryzuje się nieprawidłowym lub nadmiernym gromadzeniem tłuszczu, co negatywnie wpływa na zdrowie. Przyczyną otyłości jest spożywanie zbyt dużej ilości kalorii w połączeniu z niskim poziomem aktywności fizycznej. Nadmiar energii jest magazynowany w organizmie jako tkanka tłuszczowa. Poważne następstwa zdrowotne otyłości, a także szybki wzrost częstości jej występowania sprawiły, że określa się ją mianem epidemii⁶.

Przyczynami sprzyjającymi rozwojowi otyłości są:

- niski poziom aktywności fizycznej
- nadmierne spożywanie kalorii
- jedzenie posiłków nieregularnie i w pośpiechu
- stres
- niewystarczająca ilość snu
- zaburzenia emocjonalne, takie jak obniżony nastrój, niska samoocena i brak samoakceptacji
- zaburzenia odżywiania, w tym kompulsywne objadanie się, zespół nocnego jedzenia, bulimia oraz uzależnienie od jedzenia
- czynniki genetyczne
- zaburzenia hormonalne
- choroby psychiczne.

Otyłość została uznana za chorobę i wpisano ją na listę Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (w klasyfikacji ICD-10). Szczególnie niepokojący jest fakt, że problem ten dotyka coraz częściej dzieci i młodzież⁷.

Według Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, w Polsce nadwaga lub otyłość występują u:

- 12,2% chłopców i 10% dziewcząt u dzieci w wieku przedszkolnym
- 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt u dzieci w wieku szkolnym.

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazał, że nadwagę i otyłość odnotowano u 32% polskich dzieci w wieku 7-9 lat. Jest to 8 miejsce wśród badanych krajów w Europie⁸.

Warto zaznaczyć, że NCD-RisC prognozuje, iż w 2025 roku w Polsce 30,3% mężczyzn powyżej 20 roku życia będzie miało otyłość, 25,9% kobiet, a w przypadku dzieci w wieku 5-19 lat odsetek ten wyniesie 13,4%⁹. Na podstawie tempa wzrostu częstości otyłości w latach

⁶ Anna Obuchowicz, Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Bytomiu, 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.

⁷<https://ncez.pzh.gov.pl/dzieci-i-mlodziez/dzieci-przedszkolne-i-szkolne/profilaktyka-otylosci-u-dzieci-i-mlodziezy>, 29.05.2024 r.

⁸ <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-u-dzieci-same-z-niej-nie-wyrosna>, 29.05.2024 r.

⁹ <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Missing-the-2025-Global-Targets-Report-FINAL-WEB.pdf>

2000- 2015 oszacowano, że jeśli tendencja wzrostowa się utrzyma, otyłość w 2030 roku może dotyczyć 37% mężczyzn i 31,4% kobiet w Polsce¹⁰.

Z wyników tych statystyk wynika, że otyłość wśród dzieci i młodzieży staje się nie tylko wyzwaniem dla zdrowia publicznego, ale również dla samych młodych ludzi oraz ich rodziców. Jednym z czynników sprzyjających temu zjawisku jest postęp technologiczny, zwłaszcza rozwój urządzeń elektronicznych, które zastępują aktywność fizyczną, jak na przykład nadmierny czas spędzany przed telewizorem czy komputerem, zamiast aktywnych form zabawy i gier¹¹. Kolejną przyczyną jest sposób odżywiania, na który ma wpływ łatwy dostęp do przetworzonej, wysokokalorycznej żywności bogatej w tłuszcze i cukry proste. Zwiększona objętość posiłków, nieregularne spożywanie posiłków oraz częste sięganie po kaloryczne przekąski również przyczyniają się do rozwoju otyłości. Dodatkowo, sytuacje stresowe i problemy emocjonalne, takie jak konflikty w szkole czy w rodzinie, mogą prowadzić do kompulsywnego jedzenia. Ważne jest także uwzględnienie okresu rozwojowego dziecka podczas oceny masy ciała, ponieważ w okresie dorastania masa ciała naturalnie zmienia się w stosunku do wzrostu. Dlatego też do oceny prawidłowego wzrastania i przybierania na wagę stosuje się siatki centylowe. Wskaźnik masy ciała (BMI) jest również używany do oceny proporcji masy do wzrostu u dzieci i młodzieży. Obliczenie wskaźnika BMI polega na podzieleniu wagi wyrażonej w kilogramach przez wzrost podniesiony do kwadratu, wyrażony w metrach ($BMI = \text{kg/m}^2$)¹².

Wśród dzieci i młodzieży nadwaga definiowana jest jako $BMI > BMI + 1$ odchylenie standardowe BMI populacji, a otyłość jako $BMI > BMI + 2$ odchylenia standardowe BMI populacji¹³.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u osób dorosłych nadwaga jest diagnozowana przy wartości wskaźnika BMI powyżej 25 kg/m^2 , natomiast otyłość występuje, gdy wartość tego wskaźnika przekracza 30 kg/m^2 . W przypadku dzieci i młodzieży, wartość wskaźnika BMI zależy od płci i zmienia się wraz z wiekiem. W celu oceny stanu odżywienia dzieci do 18 roku życia, używane są tabele lub siatki centylowe wartości BMI, które uwzględniają wiek oraz są rozdzielone ze względu na płeć¹⁴.

Otyłość stanowi czynnik ryzyka rozwoju innych chorób i może skrócić życie. Ma także istotne znaczenie dla zdrowia psychicznego. Niektóre dzieci z nadwagą mogą być bardziej krytyczne wobec siebie i mieć obniżoną samoocenę. Częściej doświadczają również braku akceptacji ze strony swoich rówieśników. Przeprowadzone badania wykazały związek między

¹⁰ Krzysztozek J, Wierzejska E, Zielińska A. Obesity. An analysis of epidemiological and prognostic research. Arch Med Sci 2015; 11: 24-33.

¹¹ dr n. med. Alicja Karney, dr hab. n. med. Anna Oblacińska, dr n. reh. Lesław Kluba, mgr Dorota Świątkowska, „Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców dzieci w wieku od 4 do 18 lat”, Instytut Matki i Dziecka Fundacja.

¹² <https://diag.pl/pacjent/definicje/bmi-wskaznik-masy-ciala/>, 5.06.2024 r.

¹³ <https://ncez.pzh.gov.pl/dzieci-i-mlodziez/dzieci-przedszkolne-i-szkolne/profilaktyka-otylosci-u-dzieci-i-mlodziezy/>, 29.05.2024 r.

¹⁴ http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2014/08/pnm_2013_301_306.pdf, 4.06.2024 r.

nadmierną masą ciała a występowaniem depresji, a nawet myśli samobójczych. U osób cierpiących na otyłość zaobserwowano dominujące poczucie bezsilności i braku wpływu na daną sytuację. Niska samoocena, początkowo dotycząca jedynie aspektu fizycznego i wizualnego, przenosi się na pozostałe sfery życia, utrudniając funkcjonowanie na płaszczyźnie zawodowej oraz społecznej¹⁵.

Nadmierna masa ciała w dzieciństwie może prowadzić do wystąpienia:

- nadciśnienia tętniczego
- cukrzycy typu 2
- chorób sercowo-naczyniowych
- problemów natury psychologicznej
- insulinooporności
- zaburzeń układu kostno-stawowego
- dyslipidemii (zaburzeń lipidowych)
- niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby
- astmy oskrzelowej
- kamicy pęcherzyka żółciowego
- zaburzeń hormonalnych¹⁶

Nadmierne obciążenie układu kostno-stawowego oraz mięśniowego u otyłych dzieci prowadzi do częstszego występowania uszkodzeń płytki wzrostowej, złuszczenia głowy kości udowej, choroby Blauta, płaskostopia, szpotawości bioder, koślawości kolan, skoliozy oraz dolegliwości bólowych kręgosłupa i kończyn dolnych¹⁷. Unikanie lub ograniczanie aktywności fizycznej, na przykład poprzez długotrwałe siedzenie przed telewizorem, prowadzi do zwiększenia poziomu tkanki tłuszczowej, co z kolei może przeciążyć układ kostno-stawowy, sprzyjając zaburzeniom postawy ciała i pojawianiu się chorób kręgosłupa. Rozwój zdolności motorycznych u dzieci i młodzieży jest uzależniony m.in. od ich masy ciała i wzrostu. Prawidłowe proporcje tych cech wpływają na zdolność do wykonywania codziennych czynności fizycznych. Zaburzenia masy ciała mogą zakłócić ten rozwój lub mu zaszkodzić¹⁸.

W rzeczywistości, postępująca urbanizacja, rozwój przemysłu i progres techniczny na świecie stwarzają warunki sprzyjające otyłości. Za jedną z przyczyn takiego stanu przyjmuje się powszechne zastępowanie pracy mięśni pracą urządzeń technicznych, co całkowicie zmieniło poziom aktywności fizycznej ludzi. Do zmniejszenia aktywności u dzieci przyczyniają się: zbyt częste, niepotrzebne korzystanie ze środków transportu, ograniczenie

¹⁵ Longina Kłosiewicz-Latoszek. Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. Probl Hig Epidemiol 2010.

¹⁶ <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-u-dzieci-same-z-niej-nie-wyrosna>, 29.05.2024 r.

¹⁷ Alicja Kerney i inni: „Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców.”, Instytut Matki i Dziecka, ISBN: 978-83-88767-70-8.

¹⁸ Tadeusz Kasperczyk: „Wady postawy ciała. Diagnostyka i leczenia”, Kraków, 1999.

spontanicznej aktywności fizycznej, zabawy i gry „na siedząco” oraz nieograniczony dostęp do telewizora i komputera. Zmiany związane ze sposobem odżywiania przyczyniają się do rozwoju nadwagi i otyłości: łatwa dostępność przetworzonej, wysokokalorycznej, składającej się z tłuszczów i cukrów prostych żywności, zwiększanie objętości posiłków („porcja XL”), a przede wszystkim nieregularność spożywania posiłków, opuszczanie ich i jednocześnie częste podjadanie kalorycznych przekąsek bądź sięganie po dania gotowe lub korzystanie z restauracji typu fast food¹⁹. Rozwojowi otyłości sprzyjają także sytuacje stresowe i problemy emocjonalne, takie jak konflikty w szkole czy w rodzinie²⁰.

Prawidłowe żywienie w dzieciństwie jest warunkiem harmonijnego wzrastania i dojrzewanego organizmu, dobrego zdrowia, sprawności i wydolności fizycznej, a w okresie szkolnym efektywnej nauki. Zbilansowanie posiłków, ich odpowiednia wartość energetyczna i zawartość poszczególnych składników odżywczych, stanowi ochronę przed niedoborami pokarmowymi, a także zmniejsza ryzyko przedwczesnego rozwoju miażdżycy i innych chorób powstających na tle wadliwego żywienia²¹. Badania dowodzą, że większość młodych ludzi nie wyrasta z problemu otyłości a czterech na pięciu otyłych nastolatków będzie miało problemy z wagą w wieku dorosłym²².

Badacze doszli do wniosku, że wpajanie zdrowych nawyków żywieniowych przedszkolakom przekłada się na korzystny wpływ walki z nadwagą i otyłością w kolejnych latach życia, a co za tym idzie zmniejszenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych²³.

Istotne jest kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych u najmłodszych, ponieważ są one kluczowe dla ich zdrowia w dorosłości. Jednym z najważniejszych czynników wpływających na rozwój odpowiednich nawyków żywieniowych u dzieci jest przykład rodziców²⁴. To od rodziców zależy, czy dzieci przejmą niewłaściwe zachowania żywieniowe, takie jak jedzenie niezbilansowanych i nieregularnych posiłków, czy nauczą się dbać o regularność i odpowiednią wartość energetyczną posiłków. Uważa się, że rodzinne posiłki są jednym z najlepszych sposobów na kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych. Im częściej dzieci jedzą w towarzystwie rodziców, tym rzadziej mają problem z nadwagą lub otyłością.

Badania przeprowadzone w Polsce na grupie 605 dzieci jednoznacznie pokazują, że im częściej jedzą posiłki z rodzicami, tym częściej mają prawidłową masę ciała. Wspólne posiłki również wpływają na regularność jedzenia, co jest istotnym czynnikiem zdrowego

¹⁹ <https://www.dzieciakiwplecaki.pl/artukul/7077/otylosc-wsrod-dzieci---rosnacy-problem>, 3.06.2024 r.

²⁰ dr n. med. Alicja Karney, dr hab. n. med. Anna Oblacińska, dr n. reh. Lesław Klubka, mgr Dorota Świątkowska, „Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców dzieci w wieku od 4 do 18 lat”, Instytut Matki i Dziecka Fundacja.

²¹ Mikiel-Kostyra K., Profilaktyka pierwotna, (w:) Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008.

²² <https://www.gov.pl/web/gis/otylosc-dzieci-i-mlodziezy-powaznym-problemem-globalnym>, 29-04-2024.

²³ Peñalvo J.L., Sotos-Prieto M., Santos-Beneit G. et al.: The Program SI! intervention for enhancing a healthy lifestyle in preschoolers: first results from a cluster randomized trial.BMC Public Health, 2013 Dec;20, 13, 1208.

²⁴ Amber J. Hammons, Barbara H. Fiese, Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? Pediatrics 2011, VOLUME 127 / ISSUE 6: 1565-1574.

odżywiania²⁵. Jednak według najnowszego raportu z badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), tylko 26% dzieci w wieku 11-15 lat codziennie jada posiłki z rodziną. Zaleca się, aby dzieci spożywały 4-5 posiłków dziennie co 3-4 godziny, o stałych porach²⁶.

I.2. Dane epidemiologiczne

Otyłość jest szóstym co do ważności czynnikiem ryzyka, odpowiedzialnym za liczbę zgonów na świecie. Zalicza się ją do najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która w obecnej populacji, wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), przybrała postać globalnej epidemii²⁷. WHO podaje, że w 2005 r. problem nadwagi dotyczył 1,6 mld a otyłość ponad 400 mln osób dorosłych na świecie. W niektórych krajach rozwiniętych jedynie jedna trzecia ludności ma prawidłową masę ciała. Należy podkreślić, że otyłość to nie tylko zwiększona masa tkanki tłuszczowej, ale także kumulacja lipidów w narządach, np. wątrobie, mięśniach, komórkach wysp trzustkowych²⁸.

Sytuacja na świecie

Z powodu wysokiej i nadal rosnącej liczby przypadków otyłości, uznaje się ją za epidemię XXI wieku. W krajach europejskich, nadwaga lub otyłość dotyka ponad 30% dziewczynek oraz 20% chłopców w wieku 6-10 lat. Podobne wskaźniki występują w krajach amerykańskich, gdzie od 18 do 41% dzieci między 2 a 17 rokiem życia cierpi na nadwagę lub otyłość, w zależności od grupy etnicznej. Zgodnie z danymi podanymi w publikacji „World Obesity Atlas 2024. Obesity and its consequences” (Światowy Atlas Otyłości 2024. Otyłość i jej konsekwencje) w regionie europejskim w 2020 r. 88,73 miliona dzieci z nadwagą. Natomiast Szacunki na 2025 r. mówią już o 103,68 miliona dzieci z nadwagą. W przypadku otyłości, w 2020 r. było 69,99 miliona dzieci, a szacunki na 2025 rok mówią o 94,85 miliona dzieci z otyłością.

Przy obecnych tendencjach szacuje się, że do 2035 r. ponad 750 milionów dzieci (w wieku 5–19 lat) będzie cierpieć na nadwagę i otyłość mierzoną masą ciała. Jednocześnie

²⁵ Tabak I, Jodkowska M, Oblacińska A, Mikiel-Kostyra K, Czy spożywanie posiłków z rodziną może chronić nastolatki przed otyłością? Med Wieku Rozw 2012, 4: 313-321.

²⁶ Fijałkowska A., Oblacińska A., Stalmach M. (red.), Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych. Raport z międzynarodowych badań WHO Childhood, Instytut Matki i Dziecka, 2017.

²⁷ Sosnowska-Bielicz E, Wrótniak J, Nawyki żywieniowe a otyłość dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 2013, T.XXXII: 147-165.

²⁸ Daria Przybylska, Maria Kurowska, Piotr Przybylski, „Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej” Hygeia Public Health 2012, 47(1): 28-35.

szacunki mówią, że w 2035 roku około 68 milionów dzieci będzie cierpieć na wysokie ciśnienie krwi ze względu na wysokie BMI, około 27 milionów będzie cierpieć na hiperglykemię ze względu na wysokie BMI, a 76 milionów będzie miało niski poziom cholesterolu HDL ze względu na wysokie BMI.²⁹

Badania we wszystkich krajach rozwiniętych wykazują tendencję wzrostową w tym obszarze. W Stanach Zjednoczonych liczba dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 6-11 lat potroiła się w ciągu ostatnich 20-25 lat, a w Japonii podwoiła. Według raportu UNICEF, Polska zajmuje 21. miejsce w rankingu dotyczącym warunków życia dzieci w krajach rozwiniętych.

W raporcie przygotowanym we współpracy między WHO a Imperial College London opublikowano dane dotyczące występowania otyłości oraz nadwagi wśród dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 lat. W 2022 r. ponad 390 mln dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat miało stwierdzoną nadwagę, a w tym 160 mln osób otyłość³⁰. Dane te przedstawiają zmiany wskaźnika BMI w latach 1990-2022. Według raportu, liczba otyłych dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 lat wzrosła dziesięciokrotnie w ciągu czterech dekad.

Częstość występowania nadwagi (w tym otyłości) wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat wzrosła dramatycznie z zaledwie 8% w 1990 r. do 20% w 2022 r. Wzrost nastąpił podobnie zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt: w 2022 r. nadwagę miało 19% dziewcząt i 21% chłopców. Podczas gdy w 1990 r. zaledwie 2% dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat było otyłych (31 mln młodych ludzi), do 2022 r. już 8% dzieci i młodzieży zmagало się z otyłością (160 mln młodych ludzi)³¹.

Badania opublikowane w 2019 roku wskazują, że 124 miliony dzieci i nastolatków na całym świecie boryka się z otyłością. Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że jeśli obecne trendy się utrzymają, do 2025 roku około 70 milionów dzieci poniżej piątego roku życia będzie miało nadwagę. Prognozy na 2025 rok przewidują również, że 177 milionów dzieci w wieku 5-17 lat będzie miało nadwagę, a 91 milionów otyłość. W Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% małych dzieci, 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym oraz prawie 22% młodzieży do 15 roku życia³².

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

²⁹ <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22> – 27.01.2025 r.

³⁰ https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1, 4.06.2024 r.

³¹ *ibidem*

³² <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/otylosc-i-nadwaga-u-dzieci-coraz-wiekszy-problem-coraz-mniej-skuteczne-dzialania.html>, 22.05.2024 r.

niż występowanie otyłości. Największy odsetek nadwagi występuje w Grecji, u 8,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt³³.

Otyłość powoduje znaczne obciążenie kosztowe systemów opieki zdrowotnej. Szacuje się, że całkowity koszt usług zdrowotnych w wyniku wysokiego BMI na całym świecie wynosi 990 miliardów dolarów rocznie, 13% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną. Otyłość także powoduje szereg kosztów pośrednich, takich jak utrata wartości produktywności, utracone lata życia i obniżona jakość życia. Koszty bezpośredniej i pośredniej opieki zdrowotnej łącznie wynoszą obecnie około 3,3% całkowitego PKB w krajach OECD, która według szacunków stale rośnie, utrudniając i obciążając wzrost gospodarczy krajowych budżetów opieki zdrowotnej³⁴.

Polska

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 Polsce³⁵.

Wstępne wyniki (2018 r.) badań zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku 11 – 15 lat (międzynarodowe badanie HBSC, w którym od wielu lat uczestnicy również Polska) wskazują, że nadmierna masa ciała występuje u 12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym oraz 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt u dzieci w wieku szkolnym³⁶. Odsetek ten jest wyższy o kilka procent niż w edycji tego badania z 2014 r. W latach 2014 – 2018 odsetek młodzieży z nadmierną masą ciała wzrósł z 19,9% do 21,7% przy czym większy wzrost zaobserwowano u chłopców niż u dziewcząt, a biorąc pod uwagę wiek – u 13-latków obojga płci. W medycznym ujęciu otyłość definiuje się jako ogólnoustrojową chorobę metaboliczną wynikającą z zaburzenia równowagi pomiędzy poborem a wydatkowaniem energii³⁷.

³³ Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3), 871-1887, za: Marcin Mikoś, Michał Mikoś, Hanna Mikoś, Monika Obara-Moszyńska, Marek Niedziela, Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży, Nowiny Lekarskie, 2010, 79, 5, 397–402.

³⁴ <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Missing-the-2025-Global-Targets-Report-FINAL-WEB.pdf>, 23.05.2024 r.

³⁵ Głogowska J., Tomaszewski P., Milde k., Sienkiewicz-Dianzenza E., Stupnicki R. (2009). Wizerunek ciała nisko i normorosłych dziewcząt w wieku okołopokwitaniowym. Pediatric Endocrinology, Diabetes & Metabolism 15:144-148.

³⁶ <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-u-dzieci-same-z-niej-nie-wyrosna>, 22.05.2024 r.

³⁷ Anna Kołodziejczak „Występowanie nadwagi i otyłości wśród 12 – 15 letnich dzieci”, Aktywność Fizyczna i Zdrowie str. 46.

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że w 2005 roku problem nadwagi dotyczył 1,6 miliarda, a otyłości ponad 400 milionów osób dorosłych na świecie. Badania pokazują, że chociaż rozpowszechnienie otyłości w różnym stopniu dotyczy poszczególnych regionów świata, liczba osób otyłych generalnie wzrasta. Według WHO w Regionie Europejskim liczba osób otyłych jest trzykrotnie większa niż 20 lat temu, a liczba otyłych dzieci zwiększyła się 10-krotnie w stosunku do lat 70 XX wieku³⁸.

W odniesieniu do województwa podlaskiego dane dotyczące otyłości pochodzą z „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa podlaskiego”, która posługuje się tzw. modelowaniem liczby zachorowań.

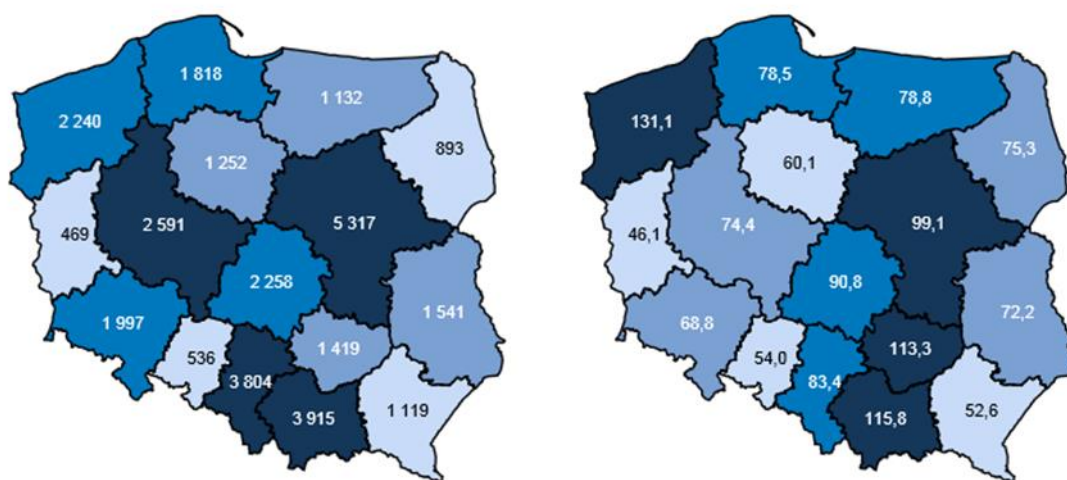
Modelowanie liczby zachorowań jest ważnym działaniem umożliwiającym m.in. ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, określenie obecnej sytuacji epidemiologicznej, zbadanie zachodzących zależności, zjawisk oraz rozpoznanie czynników kształtujących sytuację zdrowotną całego społeczeństwa. Skądinąd, mając na uwadze, że badania epidemiologiczne w Polsce są nieliczne, dla celów niniejszego opracowania, konieczne było zastosowanie pewnych przybliżeń i oszacowanie wskaźników epidemiologicznych w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: zapadalność rejestrowana oraz chorobowość rejestrowana)³⁹.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznania z grupy „Otyłość” w 2016 roku wyniosła 32,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy osób wyniósł 84,0. Poniższa mapa przedstawia zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy w 2016 roku, w podziale na województwa zamieszkania pacjenta (lewa) oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (prawa). W województwie podlaskim zapadalność wyniosła 0,9 tys⁴⁰.

³⁸ Monika Szymocha, Marek Bryła, Irena Maniecka Bryła. Epidemia otyłości w XXI wieku, *Zdrowie Publiczne* 2009;119 (2), str. 208.

³⁹https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/12/mpz_objawy-cechy-chorobowe-i-nieprawidlowe-wyniki-badan_warminsko-mazurskie.pdf, 28.05.2024 r.

⁴⁰ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa podlaskiego str. 17.



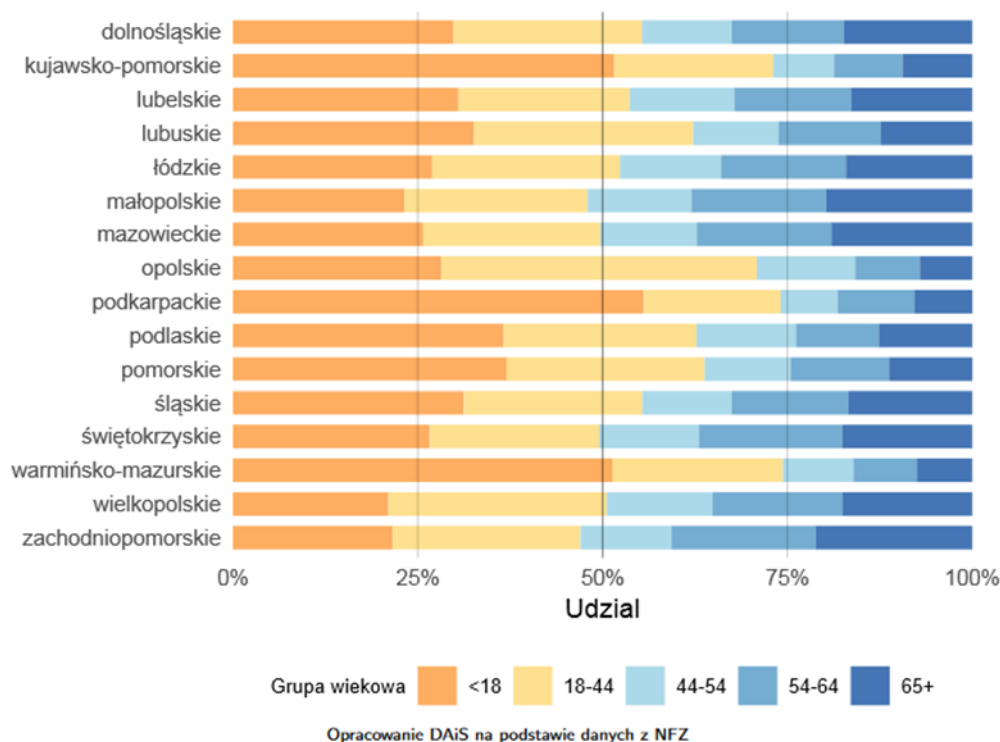
Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 1. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne i na 100 tys. Ludności) – Otyłość.
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych 2018 r.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy „Otyłość”, w roku 2016 wyniosła 32,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 84,0. Rycina 2 prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy w 2016 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta (lewa) oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (prawa)⁴¹. W województwie podlaskim zapadalność wyniosła 0,9 tys. Pod względem zapadalności rejestrowanej otyłości województwo podlaskie plasuje się na 14 miejscu wśród wszystkich województw. Natomiast w przypadku przeliczenia współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności województwo podlaskie zajmuje 9 miejsce.

Jednakże, jak przedstawia poniższy wykres, struktura zapadalności rejestrowanej według wieku i miejsca zamieszkania wskazuje, że pod względem otyłości w grupie wiekowej poniżej 18 roku życia, województwo podlaskie plasuje się na piątym miejscu.

⁴¹https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/12/mpz_objawy-cechy-chorobowe-i-nieprawidlowe-wyniki-badan_warminsko-mazurskie.pdf, 28.05.2024 r.



Rycina 2. Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku oraz zamieszkania pacjenta – Otyłość.
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych, 2018 r.

W latach 2020-2022, z powodu pandemii COVID-19, profilaktyka nadwagi i otyłości w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) była niewystarczająca. W wielu przypadkach nie dostrzegano skali problemu ani związanych z nim potrzeb. Pandemia szczególnie utrudniała przeciwdziałanie otyłości, ponieważ negatywnie wpływała na zdrowie Polaków poprzez pogorszenie diety i zmniejszenie aktywności fizycznej, wynikające z izolacji, pracy zdalnej oraz zamknięcia siłowni. Dodatkowo, lekarze POZ skupiali się na leczeniu COVID-19, co sprawiło, że profilaktyka i leczenie innych chorób, w tym otyłości, były zaniedbane⁴².

W czasie pandemii wielu rodziców dostrzegło też, że w porównaniu z okresem przed pandemią zintensyfikowała się ilość czasu spędzana przez dzieci przed monitorami w celach niezwiązanych z edukacją, zarówno w ciągu tygodnia, jak i w weekendy. Zmniejszył się natomiast czas, jaki dziecko spędzało po lekcjach na aktywnej zabawie na zewnątrz lub grając w gry ruchowe i ćwicząc na zajęciach w klasach podczas godzin lekcyjnych⁴³.

Jak wynika z raportu Instytutu Matki i Dziecka o stanie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży⁴⁴, większość dzieci i młodzieży nie spełnia zaleceń WHO dot. minimalnego

⁴²<https://www.mp.pl/pacjent/dieta/aktualnosci/343699.profilaktyka-i-leczenie-otylosci-przerosly-system>, 4.06.2024 r.

⁴³ Raport Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19, red. A. Fijałkowska i wsp., Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2022.

⁴⁴ Raport o stanie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce Global Matrix 4.0, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2022.

poziomu aktywności fizycznej. Wśród 15-letnich dziewcząt tylko 10% spełniło zalecenie aktywności fizycznej, podobnie w grupie 17-latków – tylko 10% spełniło ww. zalecenia. Na podstawie ww. danych wyliczono, że zaledwie 16,8% dzieci i młodzieży w Polsce wypełnia normę WHO.

Nadwaga i otyłość często dotyczą całych rodzin. Jeśli rodzice dzieci poniżej 10. roku życia są otyli, ryzyko wystąpienia otyłości u tych dzieci w dorosłym wieku wzrasta dwukrotnie, niezależnie od ich obecnej masy ciała. Gdy jedno lub oboje rodziców jest otyłe, ryzyko utrzymania się otyłości w dorosłości jest wyższe, jeśli otyła jest matka, a nie ojciec. Badania WOBASZ, przeprowadzone w Polsce w latach 2003-2005, wykazały, że w grupie wiekowej 35 - 44 lata nadwaga i otyłość dotyczyły 43% kobiet i 67% mężczyzn, a rodzice ośmiolatków najczęściej znajdują się w tej grupie wiekowej. Osoby otyłe od dzieciństwa są szczególnie narażone na późniejsze powikłania typowe dla otyłości dorosłych, takie jak choroby układu krążenia, utrwalone nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia czy zespół metaboliczny. Badania w USA wykazały, że prawie 60% otyłych dzieci poniżej 10. roku życia miało przynajmniej jeden czynnik ryzyka wystąpienia w przyszłości chorób układu krążenia⁴⁵.

Suwałki

Stan zdrowia mieszkańców uzależniony jest od warunków społeczno - ekonomicznych, stylu życia mieszkańców, jakości środowiska w miejscu zamieszkania i pracy, poziomu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i socjalnych.

W 2023 roku niemal 3,5 tysiąca osób w przedziale wiekowym 0 - 18 lat znajdowało się pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W 2022 r. stwierdzono występowanie otyłości u 171 osób w tym przedziale wiekowym, a w 2023 r. już 181 osób. Występowanie zachorowalności na otyłość po raz pierwszy stwierdzono u 37 najmłodszych mieszkańców Suwałk w 2022 r. oraz 29 osób w 2023 r.⁴⁶.

I.3. Opis obecnego postępowania:

Świadczenia gwarantowane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, zapobieganie lub ograniczenia niepełnosprawności oraz usprawnienie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie.

⁴⁵ Biela U. I in. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20-74 lat. Wyniki programu WOBASZ. Kardiolog. Pol. 2005, 63 (supl 4):632-635.

⁴⁶ Sprawozdania MZ-11 o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

Ponadto 12 września 2019 roku weszła w życie ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019, poz. 1078), która nakłada na szkoły obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej nad uczniami, poprzez m. in. wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych i czynników ryzyka. Zadania te mają być realizowane przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną.

Tematyka profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży jest często podejmowana na szczeblu lokalnym oraz krajowym. Wśród najbardziej aktualnych działań można wyróżnić ogólnopolski program „Zdrowa i aktywna gmina”, który wspiera jednostki samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym, wczesnoszkolnym oraz nastolatków.

W ramach świadczeń finansowanych z NFZ nie ma dostępnego interdyscyplinarnego systemu leczenia otyłości oraz brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

Jedyną procedurą leczenia otyłości w Polsce finansowaną ze środków publicznych jest chirurgia bariatryczna polegająca na operacji zmniejszenia lub resekcji żołądka. W latach objętych kontrolą takie leczenie wdrożono u prawie 17,5 tys. pacjentów, a NFZ przeznaczył na ten cel 233 mln zł. Pojedynczy koszt bariatrycznego leczenia pacjenta (poza programem KOS-BAR) w 2021 r. przekroczył 13 tys. zł, a w 2022 r. wyniósł 16,5 tys. zł⁴⁷.

Program polityki zdrowotnej dotyczący ważnego problemu, jakim jest nadwaga i otyłość jest zgodny z pierwszym celem operacyjnym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. 2021, poz.642): cel operacyjny nr 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości.

Na terenie Miasta Suwałki dotychczas nie był realizowany program polityki zdrowotnej o tematyce nadwagi i otyłości. Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania nadwadze i otyłości oraz ich powikłaniom wśród dzieci w Mieście Suwałki poprzez działania obejmujące edukację żywieniową, wsparcie psychologiczne, promocję aktywności ruchowej, korektę nawyków żywieniowych.

⁴⁷<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zdrowie/coraz-wiecej-osob-z-choroba-otylosciowa-coraz-dluzsze-kolejki.html>, 7.06.2024 r.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II. 1. Cel główny

Program ten ma na celu zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości (średnio o 3 centyle BMI w porównaniu z wynikami pomiarów antropometrycznych wykonanych na rozpoczęcie realizacji programu) wśród około 30% uczniów klas IV biorących udział w wieloelementowej interwencji, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Miasta Suwałki w latach 2025-2028.

II. 2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zdrowego odżywiania oraz konsekwencji nadwagi i otyłości u co najmniej 30% uczniów, ich rodziców/wychowawców z Miasta Suwałki, uczestniczących w programie, w latach 2025-2028.
2. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zdrowego odżywiania oraz konsekwencji nadwagi i otyłości u co najmniej 30% pracowników kuchni i stołówek szkolnych uczestniczących w programie, w latach 2025-2028.
3. Zwiększenie o co najmniej 30% aktywności fizycznej wśród uczniów klas IV oraz ich rodziców, którzy wzięli udział w programie, w latach 2025-2028 jako rezultat zajęć z działań terapeutycznych.

II. 3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Odsetek uczniów, ich rodziców/wychowawców z Miasta Suwałki, u których zwiększył się poziom wiedzy na temat zdrowego odżywiania oraz konsekwencji nadwagi i otyłości.

Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie 30%*

*Poziom wiedzy zostanie porównany na podstawie wyników pre-testów i post-testów.

2. Odsetek pracowników kuchni i stołówek szkolnych, u których zwiększył się poziom wiedzy na temat zdrowego odżywiania oraz konsekwencji nadwagi i otyłości.

Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie 30%*

*Poziom wiedzy zostanie porównany na podstawie wyników pre-testów i post-testów.

3. Odsetek uczniów, którzy zwiększyli swoją aktywność fizyczną.

Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie 30%*

*Poziom uczniów, którzy zwiększyli swoją aktywność fizyczną będzie oceniana na podstawie informacji zebranych od rodziców

4. Odsetek uczniów u których zmniejszyła się nadwaga i otyłość (średnio o 3 centyle BMI)

Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie 30%*

*Zmniejszenie nadwagi i otyłości zostanie zmierzone na podstawie danych uzyskanych na początku programu i następnie na podstawie informacji uzyskanych od rodziców – po zakończeniu programu.

Wartości wskaźników będą mierzone zarówno przed rozpoczęciem, jak i po zakończeniu programu, ponieważ dopiero zmiana tych wartości oraz jej zakres pozwolą ocenić skuteczność programu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu

III. 1. Populacja docelowa

Suwałki położone są w północno - wschodniej Polsce, w północnej części województwa podlaskiego w pobliżu granic z Litwą, Białorusią i Rosją (Obwodem Królewieckim). Suwałki są miastem na prawach powiatu, siedzibą licznych instytucji administracji rządowej i samorządowej. Na obszarze 65,5 km² mieszka ok. 68,2 tys. osób. Suwałki są drugim co do wielkości, po Białymstoku, miastem w województwie podlaskim⁴⁸.

Do programu kwalifikuje się populacja uczniów uczęszczających do klas IV szkół podstawowych działających na terenie Miasta Suwałki.

⁴⁸ <https://www.polskawliczbach.pl/Suwalki>, 23.05.2024 r.

Tabela 1. Populacja uczniów klas IV biorących udział w programie w latach 2025-2028.

Rok szkolny	Liczba uczniów
2025/2026	829
2026/2027	910
2027/2028	906
Razem	2 645

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Systemu Informacji Oświatowej (SIO) wg stanu na grudzień 2024 r.

Z liczebności populacji przedstawionej w tabeli 1, wynika, że liczba osób biorących udział w programie w latach 2025-2028 r. to około 2 645 dzieci, uczęszczających do szkół publicznych i niepublicznych.

Na terenie Miasta Suwałk znajduje się osiem szkół podstawowych publicznych oraz 5 szkół niepublicznych. Łącznie 829 uczniów ze szkół publicznych i niepublicznych będzie uczęszczało do klas czwartych od września 2025 roku (rok szkolny 2025/2026). Zakłada się, że od września 2026 r. udział w programie weźmie 910 uczniów (rok szkolny 2026/2027) oraz od września 2027 roku 906 uczniów (rok szkolny 2027/2028).

Tabela 2. Liczba dzieci z nadwagą i otyłością w szkołach podstawowych w klasach IV szkół publicznych w Suwałkach.

	Ogólna liczba uczniów w klasach IV	Liczba uczniów z nadwagą w klasach IV	Liczba uczniów otyłych w klasach IV	% uczniów z nadwagą w klasach IV	% uczniów otyłych w klasach IV
Szkoła Podstawowa nr 10	77	7	4	9,09%	5,19%
Szkoła Podstawowa nr 11	68	9	7	13,24%	10,29%
Szkoła Podstawowa nr 9	75	11	4	14,67%	5,33%
Szkoła Podstawowa nr 2	52	9	1	17,31%	1,92%

Szkoła Podstawowa nr 5	121	8	6	6,61%	4,96%
Szkoła Podstawowa nr 4	119	9	3	7,56%	2,52%
Szkoła Podstawowa nr 7	87	10	5	11,49%	5,75%
Szkoła Podstawowa nr 6	95	22	1	23,16%	1,05%
RAZEM	694	85	31	12,89%	4,63%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez dyrektorów szkół publicznych wg stanu na czerwiec 2024 r.

Z danych przedstawionych w tabeli 2 wynika, że statystycznie problem nadwagi dotyka około 13% uczniów oraz około 5% dzieci mierzy się z otyłością w analizowanej grupie. Na potrzeby programu przyjmuje się, że łącznie około 18% uczniów zmaga się z problemem zbyt wysokiej wagi (suma % liczby uczniów z nadwagą w klasach IV i % liczby uczniów z otyłością w klasach IV analizowanej grupy). Powyższe dane zostały pozyskane od dyrektorów szkół publicznych we współpracy z pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania, na podstawie bilansu, wykonywanego w klasach III. Analiza nie została przeprowadzana w szkołach niepublicznych.

Program będzie realizowany od września 2025 do grudnia 2028 r., natomiast działania przewidziane w programie, skierowane do każdego rocznika uczniów będą zamykały się w okresie roku szkolnego. Uczestnikami będą dzieci uczęszczające do klas IV szkoły podstawowej w danym roku szkolnym (rok szkolny 2025/2026, 2026/2027, 2027/2028). Program zakończy się w grudniu 2028 roku ze względu na potrzeby przeprowadzenia ewaluacji oraz działań księgowo- administracyjnych na potrzeby rozliczenia programu. Zakłada się, że udział w programie wyniesie 80% ogólnej liczby uczniów, ze względu na konieczność uzyskania zgody rodziców (opiekunów prawnych), co daje planowaną populację około 2 116 osób w ciągu czterech lat trwania programu ($80\% \times 2\,645$ dzieci).

Populacja objęta działaniami informacyjno- edukacyjnymi:

W ramach programu prowadzone będą działania informacyjno - edukacyjne skierowane do następujących grup odbiorców:

- Zajęcia edukacyjne dla uczniów – zakłada się objęcie wszystkich uczniów klas IV działaniami edukacyjnymi, czyli 2 645 osób;
- Spotkania edukacyjno - informacyjne dla rodziców/ opiekunów dzieci oraz wychowawców – obejmą rodziców/ opiekunów dzieci, a także wychowawców klas IV szkół podstawowych.
- Zajęcia edukacyjne dla pracowników stołówek szkolnych.

Rodzice/opiekunowie oraz wychowawcy

Spotkania edukacyjno - informacyjne będą skierowane do wszystkich rodziców/opiekunów dzieci, przy czym zakłada się, że około 50% z nich weźmie w nich udział. Brak jest danych dotyczących liczebności tej grupy. Można oszacować, że w spotkaniach w Mieście Suwałki weźmie udział około 1 323 rodziców w ciągu czterech lat trwania programu zakładając, że jedno z rodziców będzie zainteresowane uczestnictwem.

Wychowawcy również zostaną objęci spotkaniami edukacyjno - informacyjnymi programu i szacunkowo będzie to grupa licząca około 33 osób.

Pracownicy kuchni/osoby przygotowujące i wydające posiłki

Te osoby również zostaną objęte działaniami edukacyjno - informacyjnymi. Szacuje się, że grupa ta będzie liczyć około 38 osób i zalicza się do niej kierownika stołówki, kucharza, intendenta oraz pomoc kuchenną.

Przy wyborze grupy docelowej uwzględniono, że zdefiniowane problemy medyczne oraz ich zdrowotne, rozwojowe, społeczne i ekonomiczne konsekwencje stanowią szczególne wyzwanie dla dzieci, ich rodziców/opiekunów, samorządów, wychowawców oraz całej społeczności lokalnej.

Populacja włączona do interwencji terapeutycznej

Populacja poddana interwencji terapeutycznej zostanie całkowicie uwzględniona w programie przez okres 4 lat. Dodatkowo, wsparciem wieloskładnikowym zostanie objęte około 18% uczniów, których rodzice wyrazili zgodę na uczestnictwo w programie, co oznacza, że będzie to około 381 uczniów przez 4 lata trwania programu (18% x 2 116 uczniów). Poniżej przedstawiono szczegółowe kryteria dotyczące zakwalifikowania lub wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w ramach programu.

III. 2. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria kwalifikacji do udziału w części edukacyjnej i diagnostycznej programu obejmują:

- posiadanie statusu ucznia klasy IV szkoły podstawowej, zlokalizowanej na obszarze Miasta Suwałki;
- wymaganie podpisania przez rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu formularza świadomej zgody na udział dziecka w programie. Ten formularz zostanie dołączony do dokumentacji medycznej, a wypełnione dokumenty będą przechowywane zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej;
- brak stałych lub czasowych przeciwwskazań, które dyskwalifikowałyby dziecko od udziału w programie;
- oświadczenie rodzica, że dziecko nie jest objęte specjalistyczną opieką NFZ.

Kryteria włączenia do programu do części terapeutycznej:

Dodatkowym kryterium kwalifikacji do udziału w części terapeutycznej programu jest potwierdzenie występowania kryterium medycznego, które zostanie ustalone na podstawie oceny diagnostycznej. Ta część programu terapeutycznego będzie adresowana do uczniów klas IV szkół podstawowych z terenu miasta Suwałki, którzy zostali zdiagnozowani podczas badań przesiewowych zgodnie z kryteriami określonymi przez American Psychological Association (APA) w 2018 roku, obejmującymi:

- nadwagę, gdzie wartość BMI wynosi ≥ 85 centyla dla danej grupy wiekowej i płci;
- otyłość, gdzie wartość BMI wynosi ≥ 95 centyla dla danej grupy wiekowej i płci.

Kryteria wyłączenia z programu obejmują:

1. nieposiadanie statusu ucznia szkoły podstawowej, klasy IV, zlokalizowanej na obszarze miasta Suwałki;
2. brak pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie;
3. brak współpracy rodzica lub opiekuna dziecka, który został zakwalifikowany do programu;
4. dzieci z nadwagą lub otyłością, które wcześniej były lub są objęte specjalistyczną opieką lekarską w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, zostaną wyłączone z programu;
5. pisemna rezygnacja z udziału na dowolnym etapie realizacji programu złożona przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka- uczestnicy, którzy dobrowolnie zrezygnowali z udziału w programie nie mogą ponownie do niego przystąpić.

Decyzja o przyjęciu do programu będzie oparta na kolejności zgłoszeń. Uczestnicy zostaną akceptowani, dopóki nie zostanie osiągnięty limit osób, który został zadeklarowany przez realizatora w ofercie złożonej na konkurs. Program obejmie wszystkie dzieci z populacji docelowej, które spełniają kryteria kwalifikacji, do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację planowanych interwencji.

Cały planowany okres interwencji powinien mieścić się w latach od września 2025, a interwencja wieloskładnikowa skierowana do rocznika 2027/2028 powinna zakończyć się w czerwcu 2028 roku.

III. 3. Planowane interwencje

Każde dziecko z grupy docelowej, które spełnia warunki kwalifikacji, będzie uprawnione do korzystania z bezpłatnych działań oferowanych w ramach programu.

Etap I – Przygotowanie organizacyjne

1. Przeprowadzenie kampanii informacyjnej;
2. Proces rekrutacji uczestników;

Etap II – Edukacja i diagnostyka

3. Działania edukacyjne skierowane:
 - a) do uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki;
 - b) do rodziców/opiekunów oraz wychowawców;
 - c) do pracowników stołówek szkolnych.
4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:
 - a) wykonywanie pomiarów antropometrycznych i obliczanie wskaźnika BMI dostosowanego do wieku ucznia;

Etap III – działania terapeutyczne

5. Realizacja interwencji wieloskładnikowej:
 - a) udzielenie wsparcia dietetycznego;
 - b) zapewnienie wsparcia psychologicznego;
 - c) organizacja zajęć aktywności ruchowej
 - d) warsztaty dietetyczne

Etap IV – Monitorowanie i sprawozdawczość

6. Systematyczne monitorowanie postępu prac w ramach programu.
7. Przeprowadzenie ewaluacji programu i przygotowanie raportów.

W etapie I, po formalnym zweryfikowaniu warunków kwalifikacji (status ucznia, zgoda na udział), rodzice dzieci będą informowani o spotkaniach edukacyjnych oraz o możliwości przystąpienia do części diagnostycznej. Każdy uczeń z grupy docelowej, spełniający warunki włączenia do programu, będzie miał możliwość skorzystania z bezpłatnego wsparcia w ramach etapu II programu.

Po zakwalifikowaniu ucznia do etapu III programu i spełnieniu wymagań kwalifikacyjnych ($BMI \geq 85$ centyla), zostanie on objęty interwencją wieloskładnikową. Ta interwencja obejmie wsparcie dietetyczne, psychologiczne, zajęcia ruchowe oraz warsztaty dietetyczne, mające na celu redukcję wskaźników masy ciała (waga, BMI) w populacji uczniów klas IV szkół podstawowych.

Realizator zobowiązany jest poinformować uczestnika programu lub/i jego opiekuna, że program zakłada zbieranie danych od uczestników programu w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania. Będą one dotyczyć wartości masy ciała i wzrostu (lub wskaźnika BMI) uczestnika programu. Rodzice/opiekunowie będą zobligowani do przekazania w/w danych w ustalonych terminach do realizatora programu.

Etap I – Przygotowanie organizacyjne

Ad. 1 Przeprowadzenie kampanii informacyjnej

Do rozpowszechnienia informacji o programie można wykorzystać wsparcie takich podmiotów, jak: lokalne media, jednostki oświatowe, jednostki samorządu terytorialnego oraz lokalne placówki medyczne. Mieszkańcy miasta, w szczególności rodzice i opiekunowie dzieci z grupy docelowej, zostaną poinformowani o objawach, powikłaniach oraz profilaktyce nadwagi i otyłości u dzieci, a także o założeniach organizacyjnych programu. Dla efektywnego wydatkowania środków, główny nacisk w kampanii informacyjnej zostanie położony na wykorzystanie szkół i placówek ochrony zdrowia, jako miejsc przekazywania podstawowych informacji o programie.

Ad. 2 Rekrutacja do programu

Realizator przeprowadza kwalifikacje do programu, tj. weryfikuje, czy osoba zgłaszająca się spełnia wymogi formalne oraz przedłożyła druk zgody, zgodnie z wymogami oraz nie wykazuje wykluczenia z programu.

Podstawowe wymogi formalne, to: status ucznia klasy IV szkoły podstawowej, wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na udział w programie oraz brak

przeciwwskazań zdrowotnych. Zakłada się, że rekrutacja będzie przebiegać od września do połowy października każdego roku szkolnego wśród uczniów objętych programem.

Etap II – Edukacja i diagnostyka

Ad. 3 działania edukacyjne

a) do uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki:

Zakłada się, że działaniami edukacyjnymi zostanie objęta cała populacja uczniów klas IV. Przewiduje się, że w każdym roku szkolnym zostaną przeprowadzone po 2 zajęcia w okresie wrzesień-grudzień oraz 2 zajęcia w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego. Każde ze spotkań powinno trwać minimum godzinę lekcyjną. Zaleca się przeprowadzenie działań edukacyjnych na terenie suwalskich jednostek oświatowych, aby umożliwić wzięcie udziału jak największej liczbie uczniów.

Edukacja zdrowotna dla dzieci będzie prowadzona w formie ukierunkowanej na zabawy, pogadanki i aktywności, opierając się na materiałach edukacyjnych. Szczególny nacisk zostanie położony na edukację dotyczącą zagrożeń związanych z otyłością, a interwencje skoncentrują się na działaniach z zakresu profilaktyki pierwotnej. Obejmą one głównie promowanie zdrowych nawyków i zaszczepienie prostych zachowań wśród dzieci, takich jak unikanie słodczy i wysoko słodzonych napojów oraz dostarczanie informacji na temat odpowiedniego jakościowo i ilościowo odżywiania. Ważne jest, aby treści, formy i sposób przekazu były dostosowane do wieku i percepcji dzieci.

Nauka świadomego podejścia do przygotowywania i spożywania posiłków. Dzieci uczą się rozpoznawać sygnały płynące z ich ciał, takie jak głód i sytość, oraz stają się bardziej wrażliwe na doznania związane z jedzeniem. To wspomaga bardziej zrównoważone odżywianie i utrzymanie prawidłowej masy ciała. Edukacja zdrowotna może być realizowana poprzez wykłady, warsztaty, pogadanki, dyskusje, zabawy i inne formy. Ważne jest, aby dostosować te formy do wieku uczestników, aby maksymalnie ich zainteresować i zaangażować. Najlepiej wprowadzić element praktyczny, na przykład wspólne przygotowywanie posiłków w formie warsztatowej.

Ważne jest wpajanie podstawowych zasad higieny, takich jak mycie rąk przed posiłkiem, oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, na przykład ostrożne posługiwanie się nożem. Istotne jest także, aby w razie potrzeby realizator zapewnił możliwość prowadzenia edukacji zdalnie, wykorzystując narzędzia umożliwiające dwukierunkową komunikację między prowadzącym a uczestnikami.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre- test i post- test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenie testu

leży po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora.

b) do rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów

Działania edukacyjne będą miały charakter wykładów dotyczących w szczególności diety, aktywności fizycznej oraz czynników wpływających na występowanie nadwagi i otyłości i kształtowania prawidłowych wzorców wśród dzieci.

Wychowawcy będą mieli możliwość uzupełnienia swojej wiedzy w zakresie profilaktyki zdrowia oraz edukacji żywieniowej.

Spotkania będą realizowane co najmniej 4 razy po 45 min, w ciągu roku szkolnego, przy czym 2 spotkania w okresie wrzesień- grudzień każdego roku szkolnego i 2 spotkania w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego.

Zaleca się, aby wykłady odbywały się na terenie suwalskich jednostek oświatowych, najlepiej w dniach przeprowadzenia zebrań wychowawców z rodzicami w porozumieniu z dyrektorami szkół w celu zwiększenia zainteresowania uczestnictwem w programie. Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre- test i post- test).

c) do pracowników stołówek szkolnych:

Działania edukacyjne będą składały się z 2 wykładów (1 h), w ciągu roku szkolnego, przy czym zakłada się przeprowadzenie 1 spotkania w okresie wrzesień-grudzień każdego roku szkolnego oraz jednego spotkania w okresie od stycznia do czerwca danego roku szkolnego.

Wykłady będą obejmowały następujące zagadnienia:

- warunki sanitarne kuchni i jadalni,
- utrzymywanie higieny przygotowywania i podawania posiłków,
- ocena kaloryczności, wartości odżywczej oraz różnorodności posiłków uczniów.

Ogólne zasady działań edukacyjnych:

Szczególną uwagę realizator programu zwróci na edukację w zakresie takich zagadnień jak:

1. **Zdrowe odżywianie:** Promowanie zrównoważonej diety, z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0, tj. bogatej w warzywa, owoce, pełnoziarniste produkty zbożowe, białka roślinne i zdrowe tłuszcze, oraz ograniczenie spożycia przetworzonej żywności i napojów wysokokalorycznych.

2. **Aktywność fizyczna:** Zachęcanie do regularnej aktywności fizycznej, która sprzyja utrzymaniu zdrowej wagi, poprawie kondycji fizycznej i ogólnemu samopoczuciu. Rozszerzenie działań dotyczących aktywności fizycznej o grupowe zajęcia ruchowe
3. **Zasady higieny osobistej:** Edukacja na temat znaczenia regularnego mycia rąk, dbania o higienę jamy ustnej, oraz odpowiedniego oczyszczania ciała.
4. **Zdrowe nawyki snu:** Podkreślanie konieczności odpowiedniej ilości snu i jego znaczenia dla ogólnego zdrowia i dobrego samopoczucia oraz nieużywanie smartfonu przed snem.
5. **Zarządzanie stresem:** Uczestnictwo w zajęciach na temat technik relaksacyjnych, radzenia sobie ze stresem i budowania odporności psychicznej.
6. **Samodzielność i odpowiedzialność za własne zdrowie:** Zachęcanie do podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowego stylu życia i odpowiedzialnego podejścia do własnego zdrowia.
7. **Radzenie sobie z presją rówieśniczą:** Wspieranie uczestników w radzeniu sobie z presją społeczną związaną z wyglądem fizycznym i akceptacją siebie.

Niezależnie od powyższego, należy również promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018). Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b). Zaleca się, aby grupa ekspertów identyfikowała nieprawidłowe wzorce wychowawcze związane z żywieniem i aktywnością fizyczną oraz wspierała rodziny w zdrowym odżywianiu i promowaniu aktywnego trybu życia. Zalecenia wskazują, że zespół specjalistów powinien być złożony z dietetyków, psychologów oraz specjalistów aktywności fizycznej (ES 2017). Edukacja skierowana do rodziców powinna akcentować ważność ich roli jako wzorców zachowań zdrowotnych (zarówno w kwestii diety, jak i aktywności fizycznej), jak również istotę prowadzenia skutecznej kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a).

Poprzez skupienie się na tych zagadnieniach, program edukacyjny może skutecznie wspierać uczestników w zdrowym rozwoju fizycznym, psychicznym i społecznym.

Ad. 4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:

Zaleca się przeprowadzenie działań kwalifikacyjnych w szkole w godzinach zajęć.

a) wykonywanie pomiarów antropometrycznych i obliczanie wskaźnika BMI dostosowanego do wieku ucznia:

Jeśli rodzic/opiekun wyrazi zgodę na uczestnictwo dziecka w programie, zostanie poproszony o wypełnienie krótkiego wywiadu kwestionariuszowego. Następnie przeprowadzone zostaną pomiary antropometryczne, obejmujące pomiary masy ciała i wzrostu dzieci oraz obliczenie wskaźnika BMI z wykorzystaniem siatek centylowych. W ramach profilaktyki, ważne jest dokonanie pomiaru wysokości ciała (wzrostu) oraz masy ciała.

Na podstawie rzeczywistych wyników, każdy uczestnik otrzyma obliczone wartości wskaźników BMI. Zakresy referencyjne BMI zostaną omówione i wyjaśnione uczestnikom programu. Jeśli pomiary będą przeprowadzane przez rodziców w domu (np. w przypadku edukacji zdalnej), edukator przedstawi szczegółowo zasady prawidłowego dokonywania pomiarów antropometrycznych. Działania te mogą zostać przeprowadzone przez pielęgniarkę/pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania. Zakłada się, że pomiary BMI zakończą się w połowie października każdego roku szkolnego.

Po przeprowadzeniu pomiarów, każdy rodzic/opiekun zostanie skierowany do pielęgniarki/pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, która omówi z nimi uzyskane wyniki. Uczeń może uczestniczyć w programie, jeśli jego wyniki pomiarów kwalifikują go do włączenia do części terapeutycznej.

W przypadku stwierdzenia nadwagi lub otyłości na podstawie wyników pomiarów, uczeń będzie miał możliwość skorzystania z interwencji terapeutycznej.

Każdy uczestnik będzie miał możliwość dobrowolnej rezygnacji z uczestnictwa w programie na każdym etapie jego realizacji bez podawania przyczyny.

Etap III – działania terapeutyczne

Ad. 5. Interwencja wieloskładnikowa

a. wsparcie dietetyczne- przewiduje się 5 indywidualnych porad dietetycznych dla każdego zakwalifikowanego uczestnika programu, które będą trwały nie krócej niż 30 minut. Podczas porady dietetyk zważy dziecko, określając skład ciała (poziom tkanki tłuszczowej, wody i masy mięśniowej). Zakłada się, że jedna porada dietetyczna zostanie udzielona w okresie od października do grudnia każdego roku szkolnego, natomiast kolejne 4 porady dietetyczne będą miały miejsce w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego. Wsparcie dietetyczne musi być realizowane przez dietetyka, który ma ukończone studia I lub II stopnia lub wykształcenie pokrewne z zakresu żywienia człowieka. Głównym celem konsultacji dietetycznych jest ocena i omówienie dotychczasowego sposobu odżywiania, wskazanie popełnianych błędów oraz nauka ich eliminowania. Dietetyk przeprowadzi wywiad, który powinien obejmować różnorodne aspekty, takie jak: historia rodziny, zainteresowanie rodziców masą ciała dziecka, poziom aktywności fizycznej, aktualny stan zdrowia psychicznego, sen, stosowanie leków, w tym suplementów diety. Na podstawie wywiadu zdrowotnego i żywieniowego zostaną opracowane zalecenia dietetyczne indywidualnie dopasowane do uczestnika programu. Wskazane jest również uczestnictwo rodzica/ opiekuna w konsultacjach dietetycznych. Pierwsza konsultacja będzie miała za zadanie przeprowadzenie wywiadu na temat wieku, chorób, ogólnego samopoczucia, trybu życia, pomiarów antropometrycznych, nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej uczestników programu. Zostaną ustalone cele takie jak zmiana nawyków żywieniowych, redukcja masy ciała

oraz opracowanie indywidualnego jadłospisu. Kolejne konsultacje mają za zadanie monitorowanie efektów wprowadzonych zmian oraz utrzymanie motywacji uczestnika i będą obejmowały wywiad oraz pomiary antropometryczne. Zaleca się, aby działania te były przeprowadzone poza terenem suwalskich jednostek oświatowych w miejscu zapewniającym poczucie bezpieczeństwa dla uczniów.

b. wsparcie psychologiczne - powinno być prowadzone w formie konsultacji przez psychologa z doświadczeniem w pracy z pacjentami z zaburzeniami odżywiania, ukończonym kursem lub studiami z zakresu żywienia. Działania te powinny trwać nie krócej niż godzina lekcyjna i odbywać się dwukrotnie w trakcie każdego roku szkolnego, przy czym jedno spotkanie powinno odbyć się w okresie październik-grudzień każdego roku szkolnego oraz jedno spotkanie w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego. W trakcie konsultacji będą omawiane zagadnienia dotyczące przeciwdziałania zajądania emocji i stresu, ustanawiania celów, samokontroli z wykorzystaniem dzienniczek diety i aktywności fizycznej, trening uważności, kontrola bodźców oraz rozwiązywanie problemów. Wsparcie psychologiczne ma na celu wzmacnianie nastawienia uczniów i rodziców do zmiany nawyków żywieniowych, umiejętności radzenia sobie ze stresem i utrzymania motywacji. Zaleca się, aby działania te były przeprowadzone poza terenem suwalskich jednostek oświatowych w miejscu zapewniającym poczucie bezpieczeństwa dla uczniów.

c. zajęcia ruchowe powinny odbywać się co najmniej 2 razy w tygodniu, przez minimum godzinę lekcyjną przez 12 tygodni, co daje łącznie 24 zajęcia w trakcie roku szkolnego, które będą przeprowadzone w okresie od stycznia do czerwca każdego roku szkolnego. Zajęcia będą prowadzone przez specjalistę aktywności fizycznej z doświadczeniem w zakresie planowania interwencji dla dzieci z nadmiarem masy ciała np.:, nauczyciela wychowania fizycznego, trenera personalnego, rehabilitanta lub fizjoterapeutę. Mają one na celu zmniejszenie masy ciała oraz rozwinięcie potrzeby podejmowania aktywności fizycznej dla zachowania organizmu w dobrej kondycji psychofizycznej oraz ograniczenie biernych aktywności takich jak korzystanie z komputera i oglądanie telewizji. Zaleca się, aby działania te były przeprowadzone poza terenem suwalskich jednostek oświatowych, w miejscach dostosowanych do potrzeb uczestników programu.

d. grupowe warsztaty dietetyczne - zostaną przeprowadzone 2 warsztaty rocznie, minimum 2 godziny każdy, z wspólnym przygotowaniem zdrowych dań z konkursami i nagrodami w każdym roku szkolnym, przy czym jeden warsztat w okresie wrzesień-grudzień każdego roku szkolnego oraz drugi w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego. Zaleca się, aby działania te były przeprowadzone poza godzinami lekcyjnymi w miejscu dostosowanym do potrzeb uczestników.

Etap IV – Monitorowanie i sprawozdawczość

Ad. 6. Systematyczne monitorowanie postępu prac w ramach programu.

Po wykonaniu interwencji, uczestnicy zostaną poproszeni o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży podczas opracowania raportu rocznego.

Ad. 7. Przeprowadzenie ewaluacji programu i przygotowanie raportów.

Po zakończeniu programu, rodzice/ opiekunowie otrzymają informację o stanie zdrowia dziecka wraz z proponowanym dalszym działaniem prozdrowotnym oraz z możliwością skorzystania z dalszej pomocy diagnostycznej w poradniach działających w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, a jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Postępowanie w ramach ewaluacji polegać będzie na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na bazie wyników przeprowadzonych pre-testów oraz post- testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

III. 4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu

Uczestnicy programu będą przyjmowani w trakcie trwania programu, w latach 2025-2028 (rok szkolny 2025/2026, 2026/2027, 2027/2028).

W celu zwiększenia efektywności dostępności do oferowanych świadczeń wskazane jest, aby realizator świadczył usługi przynajmniej 5 razy w tygodniu, po 8 godzin dziennie, z podziałem na godziny poranne oraz popołudniowe, umożliwiając w ten sposób skorzystanie uczestnikom wraz z rodzicami z proponowanego cyklu interwencji po zakończeniu lekcji/pracy zawodowej. Realizator zobowiązany jest do sprawdzenia specjalistów zaangażowanych w realizację programu czy nie figurują w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym przed ich dopuszczeniem do pracy z małoletnimi oraz zaświadczeń z Krajowego Rejestru Karnego o ich niekaralności. Przedstawiony program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu jednego roku szkolnego, a w trakcie jego trwania będą do niego włączane następne, kwalifikujące się do uczestnictwa, osoby. Realizowane świadczenia nie mają wpływu na świadczenia zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Uczestnicy programu rozpoczynający swój udział, będą informowani o źródłach jego finansowania, warunkach realizacji oraz zasadach uczestnictwa.

Interwencje podejmowane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a) program może również obejmować działania edukacyjne skierowane do członków rodzin osób uczestniczących w programie;

- b) interwencje terapeutyczne będą odbywać się w pomieszczeniach spełniających obowiązujące wymagania prawne;
- c) świadczenia w ramach programu będą realizowane przez kadrę posiadającą odpowiednie kwalifikacje;
- d) dokumentacja medyczna tworzona w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

III. 5. Sposób zakończenia uczestnictwa w programie

Zakończenie udziału w programie może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- wraz z realizacją kompleksowej interwencji (w sytuacji osób z nadwagą i otyłością);
- zakończenia realizacji programu.

Na każdym etapie programu uczestnik ma możliwość rezygnacji z dalszego udziału. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji na piśmie przez realizatora bądź uczestnika, które należy dołączyć do dokumentacji medycznej.

W momencie zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej, każdemu uczestnikowi należy przekazać indywidualne zalecenia dotyczące dalszego działania.

W przypadku wystąpienia kryterium wyłączenia uczestnika z programu – uczestnika usuwa się obligatoryjnie, dołączając do dokumentacji medycznej pisemne potwierdzenie realizatora.

IV. Organizacja programu

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

Proponowane etapy programu oraz podejmowane w ich ramach działania są następujące:

1. Stworzenie programu.
2. Po uzyskaniu pozytywnej opinii AOTMiT - przyjęcie przez Radę Miejską w Suwałkach uchwały o wdrożeniu programu.
3. Organizacja konkursu ofert w celu wyboru realizatora programu.
4. Wybór podmiotu realizującego program zgodnie z odpowiednimi przepisami.
5. Działania organizacyjne – etap I, szczegółowo opisane w części III.3.
6. Działania edukacyjne i diagnostyczne – etap II., szczegółowo opisane w części III.3.
7. Interwencja terapeutyczna – etap III.5, szczegółowo opisane w części III.3.

8. Monitorowanie działań w ramach programu – etap IV.6.
9. Ewaluacja programu i sprawozdawczość – etap IV.7

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora, wybranego w drodze konkursu ofert zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Program realizowany będzie na terenie miasta Suwałki, w miejscu wskazanym przez realizatora. Informacje o placówkach i terminach działań w ramach programu, zostaną rozpowszechnione za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu.

Na podstawie zebranych danych dotyczących liczby chętnych zgłoszonych do programu, zabezpieczone zostaną wyroby medyczne (sprzęt wraz z materiałami jednorazowego użytku). Procedury diagnostyczne oraz terapeutyczne przeprowadzone zostaną zgodnie z wiedzą medyczną, z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

Pomieszczenia przeznaczone do realizacji interwencji będą zlokalizowane w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym użytkownikom wózków inwalidzkich. Realizator zagwarantuje w miejscu prowadzenia interwencji pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka realizującego program polityki zdrowotnej, należy stosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić odpowiednie wyposażenie oraz warunki lokalowe dostosowane do planowanych działań.

Należy również rozważyć ewentualne dodatkowe działania i zabezpieczenia, które realizator powinien wdrożyć, aby program mógł funkcjonować w czasie stanu zagrożenia epidemicznego, epidemii lub innej sytuacji wymagającej podwyższonego reżimu sanitarnego.

Od realizatora programu będzie wymagane posiadanie aktualnej polisy OC i NNW, obejmującej czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, aby zapewnić ochronę przed roszczeniami wynikającymi ze zdarzeń medycznych.

Świadczenia medyczne w ramach tego programu będą realizowane przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Działania edukacyjne związane z tematyką programu będą prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub posiadające odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia takich działań, mające przygotowanie merytoryczne (np., pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

V.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element bieżącego monitorowania jego przebiegu. Bieżąca ocena jego realizacji będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań. Monitorowaniu zostanie również poddana liczba zgód na udział w programie oraz ewentualne rezygnacje z dalszego udziału.

Wskaźniki, które mogą mieć zastosowanie w monitorowaniu programu zostaną wybrane przez realizatora i mogą to być między innymi:

- Liczba uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki, uczestniczących w programie w latach 2025-2028,
- Liczba uczniów, którzy zgłosili się do udziału w programie i wzięli udział w interwencjach,
- Liczba uczniów, którzy nie zostali objęci programem, z określeniem przyczyn,
- Liczba uczniów, którzy z własnej woli zrezygnowali w trakcie realizacji programu.

Niezbędne jest również bieżące uzupełnienie informacji o każdym uczestniku programu w formie elektronicznej bazy danych dotyczące:

- wyrażenie zgody na uczestnictwo w programie, zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych zwykłych (numer telefonu, adres e-mail) niezbędnych do kontaktu z uczestnikiem /rodzicem (nr. tel, e-mail)
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik
- data zakończenia udziału w programie.

Utrzymanie jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez realizatora programu i monitorowana za pomocą anonimowej ankiety. Wyniki oceny jakości świadczeń będą przedstawione w raporcie końcowym.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. 2017 r. poz. 2476).

Ewaluacja jest to systematyczne badanie społeczno- ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Ewaluacja będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

Realizator zobowiązany jest poinformować uczestnika programu lub/i jego opiekuna, że program zakłada zbieranie danych od uczestników programu w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania. Będą one dotyczyć wartości masy ciała i wzrostu (lub wskaźnika BMI) uczestnika programu oraz informacji dotyczących poziomu aktywności fizycznej (zwiększenie lub nie - w stosunku do poziomu sprzed wprowadzeniem działań realizowanych w ramach programu). Rodzice/opiekunowie będą zobligowani do przekazania w/w danych w ustalonych terminach do realizatora programu.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej osób objętych programem i mogą być wybrane spośród:

- objęcie interwencją wieloskładnikową wybraną grupę uczniów
- redukcja masy ciała średnio o 3 centyle BMI u uczniów biorących udział w programie
- wzrost wiedzy na temat zdrowego odżywiania wśród 30% uczestników programu.

Analiza wyżej wymienionych wskaźników będzie się opierać na zestawieniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu na podstawie:

- liczby uczniów, u których wzrósł lub utrzymał się poziom wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) – poprawne odpowiedzi na poziomie 80%
- liczby uczniów, ich rodziców/wychowawców, u których nastąpił wzrost regularnej aktywności fizycznej,
- liczby uczniów, u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała.

VI. Budżet programu

Na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028” miasto przeznaczy kwotę około 543 149 zł na cały czteroletni okres trwania programu.

Przy przygotowaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą: z danych odnoszących się do liczebności populacji, wskazano populację docelową w ramach niniejszego programu polityki zdrowotnej.

Koszty jednostkowe planowane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które wezmą w nim udział, biorąc pod uwagę w wycenie koszty przygotowawcze, koszty kampanii informacyjnej oraz realizacji działań edukacyjnych i badań diagnostycznych.

Poniższe wyliczenia stanowią jedynie symulację, a ostateczne wysokości wydatków będą uwzględnione w ofercie realizatora wyłonionego w ramach konkursu. Oferty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

Przedmiotowy program zakłada czteroletni okres realizacji. Jeżeli podczas trwania programu Urząd Miejski w Suwałkach zmieni poziom finansowania lub zmienia się koszty składowych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

VI. 1. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje różne elementy, takie jak koszt badania kwalifikacyjnego, koszt interwencji, konsultacji psychologicznych, sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, oraz utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów. Średnie stawki za te procedury zostały ustalone na podstawie danych o usługach świadczonych na terenie Miasta Suwałki, w oparciu o takie źródła, jak np. strona internetowa znanylekaz.pl, kliniki.pl, czy cenniki lokalnych usług.

Poniższa tabela przedstawia szacunkowy koszt jednostkowy interwencji w ramach programu. Ostateczne wartości zostaną ustalone na podstawie ofert złożonych w odpowiedzi na konkurs dla realizatorów PPZ.

Tabela 3. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu.

Rodzaj świadczenia	Szacunkowy koszt
zajęcia edukacyjne	
a) dla uczniów klas IV szkół podstawowych funkcjonujących na terenie miasta Suwałki	4 zł/godz./osobę
b) dla rodziców/ wychowawców uczniów	400 zł/wykład
c) dla pracowników stołówek szkolnych	400 zł/wykład
działania kwalifikacyjne i diagnostyczne	
a) pomiary antropometryczne i określenie wskaźnika BMI korygowanego do wieku ucznia, kwalifikacja do działań terapeutycznych	5 zł/ osobę
interwencja wieloskładnikowa	
a) wsparcie dietetyczne	100 zł/wizytę
b) wsparcie psychologiczne	120 zł/wizytę
c) zajęcia ruchowe	10 zł/godz./osobę
warsztaty dietetyczne	600 zł/ warsztat

Źródło: Opracowanie własne.

VI. 2. Planowane koszty całkowite

Na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych prowadzonych przez Miasto Suwałki na lata 2025-2028” Miasto Suwałki przeznaczy kwotę około 543 149 zł. Źródłem finansowania programu będą środki z budżetu Miasta Suwałki zaplanowane na poszczególne lata.

Na powyższą kwotę składają się następujące koszty:

- 80% (założenia) populacji uczniów otrzyma zgody rodziców celem włączenia do programu ($4 \text{ zł} \times 2\,116 \text{ uczniów} = 8\,464 \text{ zł}$) oraz skorzysta z pomiarów antropometrycznych ($2\,116 \text{ uczniów} \times 5 \text{ zł} = 10\,580 \text{ zł}$)

- Działania edukacyjne dla uczniów:

4 godziny lekcyjne w ciągu każdego roku szkolnego (2 spotkania w okresie wrzesień-grudzień każdego roku szkolnego oraz 2 spotkania w okresie styczeń-czerwiec danego roku szkolnego), 4,00 zł koszt na ucznia za godz., co przy planowaniu objęciem wszystkich 2 645 uczniów (populacja IV klas w latach szkolnych 2025/2026, 2026/2027, 2027/2028) daje łącznie kwotę 42 320 zł.

- Działania edukacyjne dla rodziców/wychowawców:

4 spotkania w ciągu każdego roku szkolnego (2 spotkania w okresie wrzesień-grudzień w roku szkolnym oraz 2 spotkania w okresie styczeń-czerwiec danego roku szkolnego). Łącznie odbędzie się 12 spotkań z rodzicami/ wychowawcami w trakcie całego programu x 400,00 zł koszt wykładowcy x 8 grup uczestników, co daje łącznie kwotę 38 400 zł

- Działania edukacyjne dla pracowników stołówek:

2 spotkania w ciągu każdego roku szkolnego (1 spotkanie w okresie wrzesień-grudzień każdego roku szkolnego oraz 1 spotkanie w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego). Łącznie odbędzie się 6 spotkań z pracownikami stołówek w trakcie całego programu x 600,00 zł koszt wykładowcy, co daje łącznie kwotę 2 400 zł

- Koszt interwencji wieloskładnikowej:

1. U około 18% uczniów (szacowana liczba uczniów z nadwagą i otyłością) podczas oceny kwalifikacyjnej pielęgniarka/pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania stwierdzi nadwagę lub otyłość i zakwalifikuje do dalszego etapu. Zakłada się, że będzie to populacja 381 uczniów. Grupa tych uczniów będzie objęta 5 konsultacjami dietetycznymi (zakłada się, że odbędą się po 1 spotkaniu w okresie wrzesień- grudzień każdego roku szkolnego oraz 4 spotkania w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego), 2 konsultacjami psychologicznymi (zakłada się, że odbędzie się 1 spotkanie w okresie październik-grudzień każdego roku szkolnego oraz jedno spotkanie w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego), 12 tygodniami zajęć aktywności ruchowej po 2 godziny lekcyjne w tygodniu (zakłada się przeprowadzenie 24 zajęć w trakcie roku szkolnego w okresie od stycznia do czerwca każdego roku szkolnego).
2. **Warsztaty dietetyczne:** 2 spotkania w ciągu każdego roku szkolnego, każde trwające minimum 2 godziny (1 w okresie wrzesień-grudzień każdego roku szkolnego oraz 1 w okresie styczeń- czerwiec danego roku szkolnego). Łącznie odbędzie się 6 warsztatów w trakcie trwania programu x 600,00 zł za warsztat x 8 grup uczestników, co daje łącznie kwotę 28 800 zł.

- Pomiary BMI na zakończenie realizacji programu 1 905 zł (5 zł x 381 uczniów)

Tabela 4. Szacunkowe koszty planowanych interwencji podczas realizacji programu w okresie 2025-2028 (lata szkolne 2025/2026, 2026/2027, 2027/2028).

Rodzaj świadczenia	Częstość	Koszt jednostkowy	Wartość świadczenia	Ilość korzystających	Koszt świadczenia
Rekrutacja do programu	1	4,00 zł	4,00 zł	2 116	8 464 zł
Pomiary BMI	1	5,00 zł	5,00 zł	2 116	10 580 zł
Konsultacje dietetyczne	5	100,00 zł	500 zł	381	190 500 zł
Konsultacja psychologiczna	2	120,00 zł	240 zł	381	91 440 zł
Zajęcia ruchowe	24	10,00 zł	240zł	381	91 440 zł
*Zajęcia edukacyjne uczniowie	4	4,00 zł	16 zł	2 645	42 320 zł
Zajęcia edukacyjne rodzice/wychowawcy	12	400,00 zł	4 800 zł	8 grup	38 400 zł
Zajęcia edukacyjne kadra stołówek	6	400,00 zł	2 400 zł	1 grupa	2 400 zł
Warsztaty dietetyczne	6	600,00	3 600 zł	8 grup	28 800 zł
Pomiary BMI po programie	1	5,00 zł	5,00 zł	381	1 905 zł
Razem					506 249 zł

Źródło: Opracowanie własne

*Każdy uczeń weźmie udział w 4 zajęciach edukacyjnych w trakcie roku szkolnego

Tabela 5. Rodzaje kosztów organizacyjnych w zł

Rodzaj kosztu	2025	2026	2027	2028
Koszty informacyjno-promocyjne	500	500	500	0
Koszty administracyjno-księgowe	2 400	4 800	4 800	2 400
Ewaluacja i monitorowanie	3 000	6 000	6 000	6 000
Razem	5 900	11 300	11 300	8 400

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 6. Szacunkowy koszt programu w podziale na poszczególne lata budżetowe

	2025	2026	2027	2028	Szacunkowy koszt programu ogółem
*Koszty planowanych interwencji	50 379	163 519	173 288	119 063	506 249
Koszty organizacyjne	5 900	11 300	11 300	8 400	36 900
Razem	56 279	174 819	184 588	127 463	543 149

Źródło: Opracowanie własne

*Koszt w poszczególnych latach budżetowych został wyliczony w oparciu o częstotliwość poszczególnych interwencji w danym roku budżetowym (informacja o częstotliwości poszczególnych interwencji zawarta została w części III.3) pomnożoną przez koszt danej interwencji i szacowaną liczbę odbiorców (uczniowie/grupy) w danym roku szkolnym.

3. Koszty organizacyjne (tabela 5)

Wśród nich należy wskazać:

- koszty ewaluacji i monitorowania
- obsługa administracyjno- księgowa
- koszty informacyjno- promocyjne

4. Koszty interwencji:

Całkowite koszty realizacji interwencji, to:

- wykonanie badań antropometrycznych;
- działania edukacyjne (dla uczniów, dla rodziców/wychowawców, dla pracowników kuchni/stołówki);

- interwencja wieloskładnikowa (wsparcie dietetyczne, wsparcie psychologiczne, zajęcia ruchowe, warsztaty dietetyczne).

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej w programie. Koszty całkowite realizacji interwencji, trwającej cztery lata budżetowe (rok szkolny 2025/2026, 2026/2027, 2027/2028), zakłada się na poziomie około 543 149 zł.

VI. 3. Źródło finansowania

Przedłożony program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Miasta Suwałki zostanie sfinansowany ze środków budżetu Miasta Suwałki, w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej.

Rada Miejska w Suwałkach stosowną uchwałą zabezpieczy środki w wysokości niezbędnej do realizacji programu.

Samorządy terytorialne uchwalają budżety w cyklu rocznym, w związku z czym istotne jest, aby w przypadku programów wieloletnich, zaplanować odpowiedni zapis w budżecie Miasta Suwałki do ustalania corocznie szczegółowego nakładu finansowego na realizację niniejszego programu polityki zdrowotnej, w każdym zaplanowanym roku jego realizacji.

VII. Bibliografia

W przygotowaniu programu korzystano z doświadczeń programów realizowanych w Gminie Gogolin, Gminie Miasto Rzeszów oraz Gminie Miejskiej Świdwin.

1. Amber J. Hammons, Barbara H. Fiese, Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? Pediatrics, 2011.
2. Biela U. I in. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20-74 lat. Wyniki programu WOBASZ. Kardiologia Polska, 2005.
3. Bryl W., Hoffman K., Miczke A., Pupek-Musialik D., Otyłość w młodym wieku-epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew Lek, 2006.
4. Fijałkowska A., Oblacińska A., Stalmach M. (red.), Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych. Raport z międzynarodowych badań WHO Childhood, Instytut Matki i Dziecka, 2017.
5. Głogowska J., Tomaszewski P., Milde k., Sienkiewicz-Dianzenza E., Stupnicki R. Wizerunek ciała nisko i normorosłych dziewcząt w wieku okołopokwitaniowym. Pediatric Endocrinology, Diabetes & Metabolism, 2009.
6. International Obesity Task Force. European Union Platform Briefing Paper. Bruksela, 2005.
7. Karney A., Oblacińska A., Kluba L., Świątkowska D., Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców dzieci w wieku od 4 do 18 lat. Instytut Matki i Dziecka Fundacja.
8. Kasperczyk T. Wady postawy ciała. Diagnostyka i leczenie. Kraków, 1999.
9. Kłosiewicz-Latoszek L. Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. Probl Hig Epidemiol, 2010.
10. Kołodziejczak A. Występowanie nadwagi i otyłości wśród 12 – 15 letnich dzieci. Aktywność Fizyczna i Zdrowie, 2019.
11. Krzysztozek J, Wierzejska E., Zielińska A. Obesity. An analysis of epidemiological and prognostic research. Arch Med Sci, 2015.
12. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa podlaskiego.
13. Mikiel-Kostyra K., Profilaktyka pierwotna, (w:) Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży. Od urodzenia do dorosłości, praca zbiorowa pod redakcją A. Oblacińskiej i H. Weker, Wydawnictwo Help Med., Kraków, 2008.
14. Obuchowicz A., Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Bytomiu, „Epidemiologia nadwagi i otyłości - narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży” Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2005.

15. Peñalvo J.L., Sotos-Prieto M., Santos-Beneit G. et al.: The Program SI! intervention for enhancing a healthy lifestyle in preschoolers: first results from a cluster randomized trial. BMC Public Health, 2013.
16. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P., Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. Hygeia Public Health, 2012.
17. Rynkowska S., Tapolska M., Owecki M., Epidemiologia otyłości w Polsce i na świecie. Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, 2019.
18. Sosnowska-Bielicz E., Wrótniak J., Nawyki żywieniowe a otyłość dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 2013.
19. Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3), 871-1887, za: Marcin Mikoś, Michał Mikoś, Hanna Mikoś, Monika Obara-Moszyńska, Marek Niedziela „Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży”, Nowiny Lekarskie, 2010.
20. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. Nutritional J, 2007.
21. Szymocha M, Bryła M., Maniecka Bryła I. „Epidemia otyłości w XXI wieku” Zdrowie Publiczne, 2009.
22. Tabak I, Jodkowska M, Oblacińska A, Mikiel-Kostyra K, Czy spożywanie posiłków z rodziną może chronić nastolatki przed otyłością? Med Wieku Rozw, 2012.
23. Raport o stanie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce Global Matrix 4.0, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2022
24. Raport Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19, red. A. Fijałkowska i wsp., Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2022.
25. <https://diag.pl/pacjent/definicje/bmi-wskaznik-masy-ciala/>
<https://dieteticy.org.pl/ogolnoswiatowe-dane-o-otylosci-wsrod-dzieci/>
26. <https://www.dzieciakiwplecaki.pl/artukul/7077/otylosc-wsrod-dzieci---rosnacy-problem>
27. <https://www.gov.pl/web/gis/otylosc-dzieci-i-mlodziezy-powaznym-problemem-globalnym>
28. <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/aktualnosci/343699,profilaktyka-i-leczenie-otylosci-przerosly-system>
29. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>
30. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/otylosc-i-nadwaga-u-dzieci-coraz-wiekszy-problem-coraz-mniej-skuteczne-dzialania.html>
31. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/otylosc-u-dzieci-same-z-niej-nie-wyrosna>
32. <https://www.polskawliczbach.pl/Suwalki>
33. <https://ptd.org.pl/informacje-o-ptd/cele-i-zadania/>
34. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1

VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

Załącznik 1. Zgoda na udział w programie - wzór

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028

Ja niżej podpisany(a)..... oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części Programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

Uczestnik programu:

.....
Imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu rodzica

Oświadczam, że omówiłem(-am) ww. Program z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(-am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu

Oświadczam, że dobrowolnie rezygnuję z uczestnictwa dziecka w ww. Programie.

.....
Imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu rodzica

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez (REALIZATOR) jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

Dziecko biorące udział w programie:

.....
Imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami)

podpis rodzica

Załącznik 2. Anonimowa ankieta satysfakcji uczestnika programu – wzór

**Anonimowa ankieta satysfakcji uczestników programu polityki zdrowotnej
w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście
Suwałki na lata 2025-2028**

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

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

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

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

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

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

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

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

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

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

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

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

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

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

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

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

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

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

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

Bardzo dziękujemy za poświęcenie czasu na wypełnienie naszej ankiety. Państwa opinie są dla nas niezwykle cenne i stanowią nieocenioną pomoc w doskonaleniu naszych usług.

Załącznik 3. Test wiedzy ucznia

Zaznacz jedną poprawną odpowiedź

	Treść stwierdzenia	(1) TAK	(2) NIE	(3) NIE WIEM
1.	Czy produkty zbożowe tzn. pieczywo, makaron, ryż, kasza, wystarczy spożywać raz dziennie.	☐	☐	☐
2.	Czy owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.	☐	☐	☐
3.	Czy duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.	☐	☐	☐
4.	Czy ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.	☐	☐	☐
5.	Czy olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.	☐	☐	☐
6.	Czy pieczywo ciemne/razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.	☐	☐	☐
7.	Czy ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser biały/twarogowy.	☐	☐	☐
8.	Czy w podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.	☐	☐	☐
9.	Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.	☐	☐	☐
10.	Woda służy do gaszenia pragnienia	☐	☐	☐

Załącznik 4. Test wiedzy rodzice/nauczyciele

Zaznacz jedną poprawną odpowiedź

Treść stwierdzenia	Prawda	Falsz	Trudno powiedzieć
Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie.			
Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko.			
Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.			
Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.			
Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.			
Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy.			
Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory.			
Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe.			
Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.			
Pieczynko razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.			
Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”.			
Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D.			
Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy.			
W podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.			
Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi.			
Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.			
Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie.			
Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza.			
Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej.			

Załącznik 5. Test wiedzy pracowników stołówek szkolnych

Zaznacz jedną poprawną odpowiedź

Treść stwierdzenia	Prawda	Fałsz	Trudno powiedzieć
Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie.			
Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko.			
Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.			
Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.			
Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.			
Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy.			
Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory.			
Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe.			
Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.			
Pieczynko razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.			
Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”.			
Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D.			
Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy.			
W podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.			
Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi.			
Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.			
Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie.			
Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza.			
Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej.			