

**Uchwała Nr .....  
Rady Miasta Lublin**

z dnia 27 czerwca 2019 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej - „Program profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI-VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2019-2023”.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U z 2019 r., poz. 506), art. 7 ust. 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) - Rada Miasta Lublin uchwala co następuje.

§ 1

Przyjmuje się Program profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI-VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2019-2023” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

§ 2

Traci moc uchwała Nr 1129/XLIV/2018 Rady Miasta Lublin z dnia 24 maja 2018 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej - „Program profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI-VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2018-2020”.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Lublin.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta  
Lublin

**Jarosław Pakuła**



**Program profilaktyki nadwagi i otyłości dla  
uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych  
„Be fit” na lata 2019-2023”**

**Lublin 2019**

**Urząd Miasta Lublin  
Wydział Zdrowia i Profilaktyki**

Podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej:

dr hab. n. med. Iwona Beń-Skowronek

Klinika Endokrynologii i Diabetologii

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy

ul. im. prof. Antoniego Gębali 6

20 – 093 Lublin

tel. 081 71 85 440

## Spis treści

1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	5
1.1. Opis problemu zdrowotnego.....	5
1.2. Dane epidemiologiczne.....	6
1.3. Opis obecnego postępowania.....	7
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	9
2.1. Cel główny.....	9
2.2. Cele szczegółowe.....	9
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	9
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	10
3.1. Populacja docelowa.....	10
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu profilaktyki zdrowotnej.....	10
3.3. Planowane interwencje.....	12
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	13
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	19
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	19
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	20
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	21
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	21
5.1. Monitorowanie programu.....	21
5.2. Ewaluacja programu.....	22
6. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	24
7. Bibliografia.....	27

Załącznik nr 1 do Programu profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2019-2023.....	30
Załącznik nr 2 do Programu profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2019-2023.....	31
Tematyka szkolenia dla pielęgniarek – liderów programu Be Fit.....	31
Załącznik nr 3 do Programu profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2019-2023.....	32

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

## 1.1. Opis problemu zdrowotnego

Nadmierna masa ciała jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń u dzieci i młodzieży. Otyłość jest stanem, który bardzo często staje się przyczyną prowadzącą do nadciśnienia, dyslipidemii, zaburzeń gospodarki węglowodanowej, schorzeń ortopedycznych, astmy oskrzelowej, napadów bezdechu nocnego, a także zaburzeń psychologicznych takich jak niska samoocena, obniżone poczucie własnej wartości, czy poczucie braku akceptacji przez rówieśników.

Badania wskazują że aż 70–80% młodzieży z nadwagą i otyłością stwierdzoną w okresie dojrzewania, stanie się otyłymi dorosłymi. Otyłość i nadwaga predysponują do rozwoju miażdżycy, niedokrwiennej choroby serca, udarów mózgu. Otyłość i nadwaga u kobiet współistnieje z zespołami insulinooporności prowadzącymi do zespołu policystycznych jajników a u mężczyzn obniża wydolność fizyczną i obniża płodność. U obydwu płci otyłość jest podłożem rozwoju cukrzycy typu 2 i jej powikłań, chorób nowotworowych ( nowotwory piersi i jelita grubego). Według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014 r. osoby z nadwagą i osoby otyłe w Polsce stanowiły odpowiednio 36,6% i 16,7% populacji osób w wieku 15 lat i więcej, czyli łącznie 53,3%. Było to powyżej średniej dla 28 krajów Unii Europejskiej wynoszącej 34,8% osób z nadwagą oraz 15,4% otyłych. Skala występowania nadwagi i otyłości w krajach UE była wyraźnie zróżnicowana i wynosiła w przypadku nadwagi od 30,8% we Francji do 44,8% w Rumuni, a otyłości od 9,1% w Rumunii do 25,2% na Malcie. Problem nadmiernej masy ciała w Polsce dotyczył częściej mężczyzn (44% nadwaga i 18,1% otyłość) niż kobiet (odpowiednio 30,1% i 15,6%). Podobnie było w 28 krajach UE. Odsetek mężczyzn z nadwagą w UE przyjął średnią wartość 41,7% i wahał się od 36,7% w Estonii do 52,2% w Rumunii. Odsetek mężczyzn otyłych (średnio 15,6%) zawierał się w przedziale od 8,7% w Rumunii do 27,2% na Malcie. Odsetek kobiet z nadwagą wynosił średnio w UE 28,3% i był najniższy w Danii (24,3%), a najwyższy w Rumunii (38,0%). Odsetek kobiet otyłych (średnio 15,3%) wahał się od 9,4% w Rumunii do 23,3% na Malcie.

Odsetek osób z nadwagą i otyłych stale rośnie. W Polsce w 1996 r. wynosił 27,7%, w 2004 r. wzrósł do 29,6%, a w 2009 osiągnął już 53%. Wzrost odnotowano również w innych krajach UE. Między rokiem 2008 i 2014 udział osób otyłych wzrósł wśród 24 krajów UE o 1,5

punktu procentowego (pkt proc.). Podstawą leczenia otyłości u dzieci i młodzieży jest zmiana dotychczasowego stylu życia. Ponad połowa dorosłych i co ósme dziecko w Polsce są otyłe lub mają nadwagę. Jest to poważny problem zdrowotny, występujący szczególnie często wśród osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym i przynoszący istotne negatywne skutki społeczne i gospodarcze. Sama edukacja zdrowotna nie wystarczy i potrzebne są wspólne systemowe działania władz, społeczności i producentów produktów spożywczych, prowadzące do kształtowania środowiska życia sprzyjającego aktywności fizycznej i pożądanym wyborom żywieniowym Polek i Polaków.

Warszawski Instytut Żywności i Żywienia opublikował w 2015 roku badania dotyczące otyłości i nadwagi wśród polskich dzieci. Według raportu już ponad 22% uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce ma nadmierną masę ciała. Województwo lubelskie jest trzecie pod względem najbardziej otyłych dzieci. Z nadwagą albo otyłością boryka się tu prawie 25% dzieci. Zdaniem dietetyków główną przyczyną tego zjawiska są przede wszystkim złe nawyki żywieniowe. Najwięcej uczniów z nadwagą lub otyłych (czyli ze wskaźnikiem BMI 25 i więcej) jest w woj. mazowieckim (32%), łódzkim (29,8%), lubelskim (24,6%).

## **1.2. Dane epidemiologiczne**

Według najnowszego raportu WHO szacuje się, że w roku 2014 liczba dzieci poniżej 5 roku życia dotkniętych nadwagą lub otyłością osiągnęła 41 milionów. Dzieciństwo i dojrzewanie są okresami krytycznymi w rozwoju otyłości a także jej powikłań w wieku dorosłym. Zgodnie z szacunkami WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative w roku 2010 wśród dzieci pomiędzy 6 a 9 rokiem życia zamieszkujących Unię Europejską jedno na trzy dotknięte było nadwagą lub otyłością. W grupie europejskich 13 latków aż 27% było obciążone nadwagą ( badanie HBSC). W krajach Europy Zachodniej obserwowano stopniową stabilizację wskaźników nadwagi i otyłości ( co było skutkiem wdrożonych różnych programów profilaktycznych). W krajach Europy Środkowo-Wschodniej utrzymuje się tendencja zwykła. Według ostatnich badań HBSC z 2014 roku w Polsce nadwaga i otyłość występowały u 14,8% ankietowanych uczniów. Badania własne dotyczące zaburzeń odżywiania u dzieci w wieku szkolnym w województwie lubelskim w latach 2000-2005 wykazały, że przyczyną rozwijającego się zespołu metabolicznego a w następstwie chorób układu sercowo- naczyniowego u dorosłych jest otyłość występująca u 3,82% dzieci i nadwaga występująca u 7,1% dzieci szkolnych.

Ostatnio wykonane badanie populacji 1857 dzieci z pierwszych klas gimnazjum w Lublinie w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych PoZdro! realizowanego przez Fundację Medcover wykazało, że nadwagę stwierdzono u 17,7% dzieci a otyłość u 5,3% dzieci objętych badaniem. Dodatkowo aż u 42,1% dzieci stwierdzono niewystarczającą wydolność fizyczną na podstawie testu wysiłkowego: u 29,8% była ona słaba, u 5,1 % bardzo słaba a u 7,2% uczestników trzeba była przerwać test wysiłkowy ze względu na ekstremalnie słabą wydolność fizyczną. W badanej grupie wady postawy stwierdzono u 60,7% dzieci, a podwyższone ciśnienie tętnicze u 12,6% dzieci. Są to bardzo alarmujące wskaźniki.

W tej sytuacji warto wprowadzić profilaktykę pierwotną i wtórną nadwagi i otyłości w grupie nastolatków, aby zapobiec narastaniu problemu otyłości w dorosłym życiu. Jednocześnie powinny być to działania prowadzące do wzrostu wydolności fizycznej i zmniejszenia wad postawy niezależnie od masy ciała dzieci.

### **1.3. Opis obecnego postępowania**

Obecnie na terenie Lublina realizowany jest Ogólnopolski Program Profilaktyki i Chorób Cywilizacyjnych PoZdro przez Fundację Medcover (obejmuje on ok. 1500 uczniów gimnazjów i ich rodziny). W szkołach realizowany jest program zdrowego żywienia wynikający z ustawy w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego. W podstawie programowej szkół podstawowych i gimnazjów ujęte są informacje na temat zdrowego odżywiania i aktywności ruchowej. Na terenie Polski Główny Inspektorat Sanitarny i Stowarzyszenie „Polska Federacja Producentów Żywności” podjęła realizację ogólnopolskiego programu edukacyjnego „Trzymaj Formę” promującego zasady zbilansowanej diety i aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Na terenie miasta działają gabinety porad dietetycznych – niestety nie mają one możliwości kontraktowania usług w NFZ. W 2007 roku został opracowany „Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej”, który od 2010 roku stanowi moduł Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym a w 2016 roku przekazano Narodowy Program Zdrowia, który wyznacza kierunki działania w obszarze nadwagi i otyłości.



Problem nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży na terenie Lublina narasta, ale jest mniejszy niż w wielu innych miastach Europy i USA. W Województwie Lubelskim na podstawie danych z Instytutu Żywności i Żywienia z 2015 roku było 24,6% uczniów z nadwagą i otyłością. Jest to dobry moment na wprowadzenie skutecznych działań profilaktycznych, aby nie doprowadzić do rozwoju otyłości i jej powikłań: cukrzycy, chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób narządu ruchu u dorosłych w stopniu podobnym do innych regionów, w których problem nadwagi i otyłości dotyczy większego odsetka populacji. Dotychczas najskuteczniejszym programem interwencyjnym w tym zakresie jest program PoZdro!, jednak obejmuje on niewielką liczbę osób (1857 w Lublinie).

Występowanie nadwagi i otyłości przynosi realne negatywne skutki ekonomiczne, szacowane nawet na 2,8% PKB. Składają się na nie koszty bezpośrednio związane z leczeniem otyłości i jej powikłań oraz koszty pośrednie, takie jak np. ograniczenie lub utrata zdolności do pracy, wypłata świadczeń socjalnych i przedwczesne zgony. Leczenie otyłości i chorób z nią związanych w istotnym stopniu obciąża budżety systemów ochrony zdrowia. Według szacunków koszty opieki zdrowotnej nad osobami z otyłością są nawet o 44% wyższe niż nad osobami z masą ciała w normie. Szacuje się, że koszty związane z otyłością stanowią od 2% do 7% wydatków na ochronę zdrowia w Europie, a wydatki łącznie z leczeniem powikłań otyłości są szacowane nawet na 20%. Szacuje się, że w Polsce choroby związane przyczynowo z nadwagą i otyłością mogą być odpowiedzialne za 25% hospitalizacji. Szacunki wskazują, że koszty leczenia otyłości i powiązanych z nią ośmiu głównych powikłań wynosily ok. 5% całkowitych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, a do tego należy też doliczyć wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wprowadzenie na większą skalę edukacji dietetycznej, aktywności fizycznej dzieci i ich rodzin oraz umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych bez uciekania się do jedzenia może przynieść wymierne korzyści zdrowotne. Jednocześnie wykształcenie grupy liderów programu pozwoli na kontynuację działań prozdrowotnych po jego zakończeniu. Wdrożenie programu pozwoli w przyszłości na ograniczenie kosztów leczenia powikłań otyłości.

Przeszkolenie pielęgniarek opiekujących się dziećmi w szkołach pozwoli na pełniejsze wykorzystanie potencjału ludzkiego i gabinetów pomocy przedlekarskiej w lubelskich szkołach.

## **2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **2.1. Cel główny**

Zmniejszenie występowania nadwagi i otyłości o 50% w grupie dzieci objętych programem (na terenie szkoły) tj. zmniejszenie BMI u 50% dzieci objętych programem.

### **2.2. Cele szczegółowe**

1. Zmniejszenie o 50% liczby dzieci z nadwagą z BMI  $\geq$  98centyla i o 50% liczby dzieci z BMI  $\geq$  91 centyla (wg kryteriów NICE) w grupie dzieci objętych programem. Przez zmniejszenie BMI rozumie się jego redukcję o 1%-10% w stosunku do BMI początkowego.
2. Zwiększenie do 80% liczby wszystkich dzieci objętych programem mających prawidłowe nawyki żywieniowe po zakończeniu trwania programu, w stosunku do liczby wszystkich dzieci o prawidłowych nawykach żywieniowych na początku realizacji programu.;
3. Zwiększenie o 50% liczby dzieci z nadwagą i otyłością oraz rodzin objętych programem o prawidłowych nawykach żywieniowych po zakończeniu realizacji programu, w stosunku do liczby dzieci z nadwagą i otyłością oraz rodzin objętych programem o prawidłowych nawykach żywieniowych na początku realizacji programu.
4. Zwiększenie o 50% liczby dzieci z nadwagą i otyłością oraz ich rodzin objętych programem którzy zwiększą o 50% aktywność fizyczną po zakończeniu realizacji programu w stosunku do liczby dzieci z nadwagą i otyłością i rodzin objętych programem na początku realizacji programu.
5. Zwiększenie o 30% wiedzy w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej wśród uczniów i ich rodzin po zakończeniu realizacji programu.

### **2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

ad. 1. Odsetek dzieci z BMI  $\geq$  98centyla i dzieci z BMI  $\geq$  91 centyla (wg kryteriów NICE) w grupie dzieci objętych programem na początku i po zakończeniu realizacji programu.

ad. 2 Odsetek dzieci z prawidłowymi nawykami żywieniowymi po zakończeniu realizacji programu, obliczony na podstawie porównania wyników ankiet z początku i końca realizacji programu.

ad. 3. Odsetek dzieci z nadwagą i otyłością oraz ich rodzin z prawidłowymi nawykami żywieniowymi po zakończeniu realizacji programu, obliczony na podstawie wyników ankiet z początku i końca realizacji programu.

ad. 4 Odsetek dzieci z nadwagą i otyłością objętych programem które zwiększą aktywność fizyczną o 50 % na koniec funkcjonowania programu, obliczoną na podstawie wyników ankiet z początku i końca programu.

ad. 5 Odsetek dzieci i rodzin oraz ich rodzin obliczony na podstawie wyników ankiet z początku i końca realizacji programu

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

#### **3.1. Populacja docelowa**

1. Populacją do której adresowany będzie program są dzieci klas VI tj. około 4 200 uczniów (dane UM Lublin). Programem objętych zostanie docelowo 85% populacji tj. 3 500 dzieci i ich rodzin, w sumie około 10 000-12 000 osób;
2. Tryb zapraszania do programu:
  - drogą spotkań z rodzicami i uczniami klas VI w szkołach;
  - na zebraniach rodzicielskich;
  - w internecie poprzez stronę internetową i wykorzystanie mediów społecznościowych.

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

##### ***Kryteria włączenia:***

- wiek 12-14 lat ( VI klasa),
- nauka w szkole podstawowej na terenie Lublina,
- zgoda rodziców,

**Kryteria wyłączenia:**

- choroby dzieci uniemożliwiające uczestniczenie w programie np. aktywne choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe znacznego stopnia, ciężkie schorzenia narządu ruchu i inne po konsultacji z odpowiednim specjalistą,
- brak zgody rodziców na udział dziecka w programie.

**Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.**

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie skorzystać z oferty programu. Udział w programie będzie dobrowolny. Uczestnictwo w programie będzie przerywane w przypadku, kiedy zaistnieje choć jedno z kryteriów wyłączenia uczestników z programu. Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Działania programowe skierowane są do dzieci i młodzieży w tym zagrożonej nadwagą i otyłością, ich rodzin i środowiska szkolnego.

Dokumentacja powstała w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana przez realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Świadczenia dotyczące dzieci będą udzielane w szkołach (szkolenia, badania) z wyjątkiem zajęć półkolonii, które mogą być organizowane poza terenem szkoły.

Część edukacyjna będzie dostępna w postaci e-learningu, aplikacji na komputer i na smartfon.

Liderzy po odbyciu szkolenia i sprawdzeniu wiedzy (egzamin wewnętrzny) otrzymują certyfikaty od realizator szkolenia i będą realizować program.

Szkolenie liderów będzie organizowane przez podmiot dysponujący wykwalifikowaną kadrą:

### **Kwalifikacje kadry szkolącej liderów i realizującej program:**

#### **Koordynator:**

Specjalista z zakresu pediatrii, endokrynologii, diabetologii oraz endokrynologii i diabetologii dziecięcej mający doświadczenie w prowadzeniu programów zdrowotnych.

**Asystent koordynatora programu** – prowadzenie dokumentacji zbiorczej programu i nadzór nad dokumentacją obowiązującą poszczególnych edukatorów i liderów programu, oraz nad dokumentacją uczestników programu. Opracowanie od strony technicznej raportów cząstkowych po każdym roku trwania programu i raportu końcowego.

#### **Edukatorzy:**

- Specjalista z zakresu dietetyki;
- 3 lekarzy ze specjalizacją z pediatrii oraz endokrynologii i diabetologii dziecięcej;
- 3 dietetyków z minimum 5 letnim stażem w zakresie szkoleń dietetycznych dla dzieci otyłych;
- 3 rehabilitantów mających co najmniej 5 letnie doświadczenie w profilaktyce i leczeniu otyłości;
- 1 psycholog mający 10 letnie doświadczenie w leczeniu zaburzeń odżywiania;
- 1 specjalista e-learningu – informatyk, wymagane udokumentowane doświadczenie obejmujące zrealizowanie wdrożeń szkoleń e-learningowych, doświadczenie w zakresie projektowania i administracji portali internetowych implementujących funkcjonalność e-learningu, doświadczenie w obsłudze programów Adobe Captivate i Articulate Storyline, doświadczenie w zakresie customizacji ogólnodostępnych platform e-learningowych.

### **3.3. Planowane interwencje**

1. Szkolenie liderów programu: pielęgniarek pracujących na terenie lubelskich szkół, dietetyków, nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie nadwagi i otyłości u dzieci.
2. Ocena masy ciała i wzrostu dzieci w szkole podstawowej w klasach VI oraz ocena BMI wg siatek centylowych w celu kwalifikacji dzieci do grupy dzieci o prawidłowej masie

ciała, dzieci z nadwagą lub otyłością oraz dzieci z niedoborem masy ciała na początku programu, w trakcie jego trwania oraz na zakończenie programu.

3. Ocena diety wszystkich dzieci klas VI na podstawie ankiety w celu analizy diety dzieci z nadwagą i otyłością i określenia grupy dzieci szczupłych z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi ( grupa zagrożona otyłością) na początku programu, w trakcie jego trwania oraz na zakończenie programu.
4. Ocena aktywności wszystkich dzieci na podstawie ankiety w celu analizy zajęć ruchowych dzieci z nadwagą i otyłością i określenia grupy dzieci szczupłych, które prowadzą nieaktywny tryb życia i są zagrożone otyłością na początku programu, w trakcie jego trwania oraz na zakończenie programu.
5. Opracowanie strony internetowej i interaktywnej platformy e-learningu.
6. Szkolenia dietetyczne dla dzieci i rodziców z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi, nadwagą i otyłością.
7. Monitorowanie przygotowanych jadłospisów szkolnych dla wszystkich uczniów przez wykwalifikowaną dietetyczkę online co 10 dni roboczych po uzyskaniu zgody dyrektora szkoły i podpisaniu porozumienia w tej sprawie.
8. Szkolenie rodziców, dzieci i rodzeństwa w zakresie wykorzystywania czasu wolnego na aktywne zajęcia ruchowe.
9. Organizacja zajęć ruchowych dla dzieci zagrożonych rozwojem nadwagi i otyłości i dla dzieci szczupłych.
10. Organizacja wypoczynku letniego i zimowego dla dzieci z nadwagą i otyłością.

Rodzice dzieci z nadwagą i otyłością będą informowani o konieczności podjęcia leczenia w specjalistycznych poradniach finansowanych przez NFZ.

### **3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

#### **Moduł 1 czas trwania – 3 miesiące.**

**Szkolenie liderów programu:** pielęgniarek pracujących na terenie lubelskich szkół, dietetyków, nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie nadwagi i otyłości u dzieci. Do szkoleń będą kwalifikowani kandydaci na liderów programu rekrutujący się spośród pielęgniarek pracujących w szkołach Lublina, nauczycieli wychowania fizycznego i dietetyków. Szkoleniu będzie podlegało 36-43 pielęgniarek pracujących w gabinetach profilaktyki zdrowotnej w szkołach, 10-20 dietetyczek z minimum 5 letnim stażem pracy i doświadczeniem w zakresie leczenia zaburzeń dojrzewania oraz 36-43 nauczycieli wychowania fizycznego, którzy w przyszłości będą prowadzić profilaktykę nadwagi i otyłości organizując zajęcia ruchowe w ramach programu w szkołach.

***Skład grupy szkolącej i monitorującej program :***

***Koordynator programu*** - specjalista z zakresu pediatrii, endokrynologii, diabetologii dziecięcej oraz endokrynologii i diabetologii mający doświadczenie w prowadzeniu programów zdrowotnych.

Ma za zadanie koordynację programu, przygotowanie autorskich programów szkoleń, nadzór nad resztą edukatorów, liderów i uczestników programu, prowadzenie kampanii informacyjnej dla dyrektorów szkół, uczniów i rodziców, opracowanie treści na stronę internetową programu, przygotowanie ankiet sprawdzających wiedzę dla szkolonych pielęgniarek, dietetyków i nauczycieli wychowania fizycznego oraz rehabilitantów, ewaluację poszczególnych etapów programu oraz końcowe sprawozdanie z wykonania programu. Zadaniem koordynatora programu będzie również analiza przygotowanych ankiet i opracowanie wyników cząstkowych i końcowych.

***Edukator*** - specjalista z zakresu dietetyki.

Ma za zadanie przygotowanie we współpracy z koordynatorem programu autorskiego programu szkoleń koordynację programu w zakresie diety, opracowanie treści na stronę internetową programu, ewaluację poszczególnych etapów programu na podstawie autorskiej ankiety w zakresie realizacji diety oraz końcowe sprawozdanie z realizacji programu w zakresie diety.

**Edukatorzy (lekarze)** - 3 lekarzy ze specjalizacją z pediatrii oraz endokrynologii i diabetologii dziecięcej.

Mają za zadanie prowadzenie szkoleń dla liderów (dla pielęgniarek, 4 x 7 godzin szkolenia, dla dietetyków 4 x 2 godziny szkolenia, dla nauczycieli wychowania fizycznego 4 x 2 godziny szkolenia) nadzór i ewaluację poszczególnych etapów programu na podstawie ankiet.

**Edukatorzy (dietetycy):** 3 dietetyków z minimum 5 letnim stażem w zakresie szkoleń dietetycznych dla dzieci otyłych.

Mają za zadanie prowadzenie szkoleń dla liderów (dla pielęgniarek, 4x 2 godziny szkolenia, dla dietetyków 4x 7 godzin szkolenia, dla nauczycieli wychowania fizycznego 4x2 godziny szkolenia) nadzór i ewaluację poszczególnych etapów programu na podstawie ankiet, a zwłaszcza monitorowania jadłospisów szkolnych.

**Edukatorzy (rehabilitanci):** 3 rehabilitantów mających co najmniej 5- letnie doświadczenie w profilaktyce i leczeniu otyłości.

Mają za zadanie prowadzenie szkoleń dla liderów (dla pielęgniarek, 4x2 godziny szkolenia, dla dietetyków 4x 2 godziny szkolenia, dla nauczycieli wychowania fizycznego 4x7 godzin szkolenia) nadzór i ewaluację poszczególnych etapów programu na podstawie autorskiej ankiety, zwłaszcza prowadzenia zajęć sportowych dla dzieci szczupłych i otyłych w szkołach.

**Edukator (psycholog)** 1 psycholog mający 10-letnie doświadczenie w zakresie leczenia zaburzeń odżywiania u dzieci.

Ma za zadanie prowadzenie szkoleń dla liderów (dla pielęgniarek, 4x 1 godzina szkolenia, dla dietetyków 4x 1 godzina szkolenia, dla nauczycieli wychowania fizycznego 4x1 godzina szkolenia) nadzór i ewaluację poszczególnych etapów programu.

Szkolenia będą realizowane przez poszczególnych edukatorów oraz nadzorowane przez koordynatora programu, a formą oceny rezultatów szkoleń będzie wypełnienie ankiet końcowych przez szkolonych liderów (osobne ankiety dla szkolonych pielęgniarek, dietetyków i nauczycieli wychowania fizycznego.) Uzyskanie minimum 75% punktów z ankiety końcowej będzie podstawą do przyznania certyfikatu i nadanie statusu lidera szkolonej osobie.



**Specjalista e-learningu** – wymagane posiadanie udokumentowanego doświadczenia obejmującego zrealizowanie wdrożeń szkoleń e-learningowych, doświadczenie w zakresie projektowania i administracji portali internetowych implementujących funkcjonalność e-learningu, doświadczenie w obsłudze programów Adobe Captivate i Articulate Storyline, doświadczenie w zakresie customizacji ogólnodostępnych platform e-learningowych.

### **Moduł 2 czas trwania – 3 miesiące**

Uzyskanie zgody dyrektorów szkół oraz rodziców i dzieci na włączenie do programu.

Rekrutacja dzieci ze szkół podstawowych Lublina do programu.

Ocena masy ciała i wzrostu dzieci w szkole podstawowej w klasach VI oraz ocena BMI wg. siatek centylogowych w celu kwalifikacji dzieci do grupy dzieci o prawidłowej masie ciała, dzieci z nadwagą lub otyłością przez pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania we współpracy z pielęgniarkami- liderkami programu. Za ostateczne zebranie danych auksologicznych odpowiedzialne będą pielęgniarki - liderki programu.

Ocena diety wszystkich dzieci klas VI na podstawie ankiety w celu analizy diety dzieci z nadwagą i otyłością i określenia grupy dzieci szczupłych z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi (grupa zagrożona otyłością) jak też z niedoborem masy ciała wg zasad opracowanych przez Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej.

Ocena aktywności wszystkich dzieci na podstawie ankiety w celu analizy zajęć ruchowych dzieci z nadwagą i otyłością i określenia grupy dzieci szczupłych, które prowadzą nieaktywny tryb życia i są zagrożone otyłością.

### **Moduł 3 – czas trwania 3 miesiące opracowanie i 3 lata funkcjonowanie strony**

Opracowanie strony internetowej i interaktywnej platformy e-learningu. Strona internetowa zostanie podzielona na 2 części:

- 1) część ogólnodostępna bez logowania zawierająca materiały szkoleniowe i elementy e-learningu dla dzieci, rodziców i nauczycieli.
- 2) część dla liderów i koordynatorów programu dostępna wyłącznie do użytku wewnętrznego po zalogowaniu zawierająca materiały dla liderów, dane dotyczące dzieci uczestniczących w

programie, ankiety ewaluacyjne i raporty z wykonania programu z zachowaniem zasad przetwarzania danych osobowych wynikających z oddzielnych przepisów.

Celem opracowania jest stworzenie i obsługa techniczna nowej strony internetowej dla programu wraz z zintegrowanym systemem akwizycji danych medycznych oraz systemu e-learningu, a w szczególności:

1. opracowaniu dedykowanego systemu typu CMS;
2. opracowaniu systemu e-learningu umożliwiającego gradację poziomów dostępu;
3. opracowanie systemu bazodanowego umożliwiającego akwizycję, przetwarzanie udostępnianie danych medycznych beneficjentów programu profilaktycznego;
4. przekazanie praw autorskich do stworzonego systemu;
5. wykonanie projektu graficznego;
6. umieszczenie materiałów szkoleniowych;
7. obsługa, konserwacja i aktualizacja systemu przez okres 3 lat.

Celem działania jest przygotowanie narzędzia umożliwiającego obsługę projektu "Program Profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI-VIII szkół podstawowych „Be fit” w zakresie:

- publikacji materiałów informacyjnych i szkoleniowych - w formie pisemnej, dźwiękowej, filmowej i przy wykorzystaniu animacji;
- przeprowadzania szkoleń internetowych, prowadzenia ewaluacji wiedzy w formie: testów, quizów, zadań otwartych,
- gromadzenia i przetwarzania danych medycznych beneficjentów programu, a także automatycznego opracowywania raportów, statystyk z wykorzystaniem narzędzi analitycznych.

#### **Moduł 4 czas trwania – 3 lata**

- monitorowanie oraz modyfikowanie przygotowywanych jadłospisów szkolnych dla wszystkich uczniów przez wykwalifikowaną dietetyczkę online co 10 dni roboczych po uzyskaniu zgody dyrekcji szkoły, oraz na podstawie podpisanej umowy lub porozumienia w tej sprawie.

#### **Moduł 5 czas trwania 3 lata**

Szkolenia dzieci i rodziców.

- szkolenia dietetyczne dla dzieci i rodziców z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi, nadwagą i otyłością drogą bezpośrednią i drogą e-learningu- przez opracowaną stronę internetową interaktywną umożliwiającą takie szkolenie i aplikację na komputer lub smartfon pozwalającą zaplanować prawidłowy jadłospis w domu i w szkole,
- kontakt liderów programu z dziećmi z nadwagą i otyłością w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter, Instagram) po uzyskaniu zgody rodziców,
- szkolenie rodziców, rodzeństwa i dzieci w zakresie wykorzystywania czasu wolnego na aktywne zajęcia fizyczne – szkolenia będą odbywały się w szkołach.

### **Moduł 6 czas trwania – 3 lata**

Organizacja zajęć ruchowych w szkołach dla dzieci zagrożonych nadwagą i otyłością i dla dzieci szczupłych.

- Dla dzieci szczupłych organizacja i finansowanie zajęć sportowych: gier zespołowych, nauki pływania, tańców, ćwiczeń aerobowych **1 raz w tygodniu** godzina lekcyjna 45 minut na terenie szkoły.
- Dla dzieci z nadwagą i otyłością organizacja i finansowanie zajęć sportowych: gier zespołowych, nauki pływania, tańców, ćwiczeń aerobowych **3 raz w tygodniu** po 45 minut (3 x godzina lekcyjna) na terenie szkoły.

Organizacja zajęć odbywać się będzie po uzyskaniu zgody dyrekcji szkół.

### **Moduł 7 czas trwania – 3 lata (okres ferii zimowych, wakacji letnich)**

- organizacja i finansowanie wycieczki letniej i zimowej dzieci z nadwagą i otyłością ( półkolonie z zaplanowaną dietą niskokaloryczną i zajęciami ruchowymi pod kontrolą i przy współuczestnictwie liderów programu) – minimum 6 dwutygodniowych turnusów w ciągu 3 lat trwania programu.

Ramowy program półkolonii:

Przez 2 tygodnie 8 godzin dziennie.

Zajęcia ruchowe powinny stanowić 70% czasu.

Spotkania z dietetykiem dotyczące planowania zdrowego żywienia - 10% i psychologiem w celu omówienia sposobów radzenia sobie ze stresem - 10%

Dieta niskokaloryczna (kaloryczność diety dopasowana indywidualnie do każdego uczestnika przez dietetyka). Posiłki będą przygotowywane przez organizatora lub catering. Kaloryczność posiłków będzie indywidualnie zaprogramowana przez dietetyka dla każdego dziecka.

Podmioty prowadzące pólkolonie zapewnią opiekunów spełniających kryteria stawiane przez Kuratorium Oświaty (np. na zajęciach na basenie, na zajęciach w sali gimnastycznej, na wycieczkach pieszych itp.).

### **3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

- dzieci o prawidłowej masie ciała zakończą udział w dodatkowych zajęciach ruchowych i żywieniu na terenie szkoły kontrolowanym przez dietetyczkę po 2 latach trwania programu, a po następnym roku będą jeszcze poddane badaniom ewaluacyjnym;
- dzieci z nadwagą i otyłością i ich rodziny zakończą udział w szkoleniach dietetycznych i psychologicznych oraz dodatkowych zajęciach ruchowych na terenie szkoły po 2 latach trwania programu. Przez rok będą mogły korzystać z dedykowanej im strony internetowej i pod koniec 3 roku będą poddane badaniom ewaluacyjnym;
- dzieci z chorobami towarzyszącymi otyłości, z otyłością olbrzymią i powikłaniami otyłości (nietolerancje glukozy, cukrzyca, nadciśnienie, wady postawy będą w trakcie i po zakończeniu programu leczone w placówkach ochrony zdrowia finansowanych przez NFZ;
- możliwe jest zakończenie programu na podstawie rezygnacji uczestnika, bądź jego rodziców;
- dobrowolne zakończenie programu jest możliwe na każdym etapie programu.

## **4. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

Program został podzielony na 7 modułów:

- moduł 1 - szkolenie liderów programu,

- moduł 2 - rekrutacja uczestników programu, ich diagnoza i kwalifikacja,
- moduł 3 - opracowanie i prowadzenie strony internetowej i interaktywnej platformy internetowej,
- moduł 4 - monitorowanie jadłospisów szkolnych stołówkach,
- moduł 5 - edukacja dzieci i rodziców,
- moduł 6 - organizacja zajęć ruchowych dla dzieci w szkołach,
- moduł 7 - organizacja wypoczynku letniego i zimowego

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

##### **1. Etap - 3 miesiące**

- a) Szkolenie liderów programu
- b) Opracowanie strony internetowej i interaktywnej platformy e-learningu
- c) Rekrutacja dzieci do programu

##### **2. Etap – 6 miesięcy**

- a) Monitorowanie jadłospisów przez dietetyczkę
- b) Szkolenia dzieci i rodziców
- c) Organizacja zajęć ruchowych w szkole dla dzieci szczupłych i dla dzieci z nadwagą i otyłością
- d) Organizacja wypoczynku letniego i zimowego dla dzieci z nadwagą i otyłością.

##### **3. Etap - 3 lata**

- a) Ewaluacja programu poprzez badania antropometryczne uczniów i badania ankietowe
- b) Ocena kadry liderów na podstawie uzyskanych efektów działania.

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

- świadczenia dotyczące dzieci będą realizowane na terenie szkół;
- część edukacyjna będzie dostępna w postaci e-learningu, aplikacji na komputer i na smartfon;
- liderzy szkoleni będą przez wykwalifikowaną kadre ;
- działania związane z monitorowaniem jadłospisów żywienia w stołówkach będą realizowane po podpisaniu porozumień z dyrektorami szkół;
- organizacja wypoczynku letniego i zimowego będzie odbywała się na ogólnych zasadach dotyczących tego rodzaju działań. Półkolonie mogą być organizowane przez różne podmioty przy współpracy z liderami programu;
- realizator programu obligatoryjnie przeprowadzi akcję informacyjną dostosowaną do poszczególnych modułów programu;
- realizator programu obligatoryjnie przeprowadzi monitoring zadań realizowanych w poszczególnych modułach;
- zarządzający programem, może ogłosić konkurs na realizatora całego programu lub poszczególnych modułów.

### **5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

#### **5.1. Monitorowanie programu**

W czasie rekrutacji uczestników programu i po każdym roku trwania programu przewiduje się:

1. ocenę stanu odżywienia dzieci z klas VI w pierwszym roku trwania programu, klas VII w drugim roku trwania programu i klas VIII w trzecim roku trwania programu przy pomocy siatek centylowych BMI
2. ocenę diety badanych dzieci na podstawie ankiety

3. ocenę aktywności fizycznej badanych dzieci na podstawie frekwencji na dodatkowych zajęciach ruchowych i na podstawie ankiety
4. ocenę aktywności fizycznej badanych dzieci na podstawie ankiety
5. postępowanie dietetyczne u dzieci z nadwagą i otyłością
6. planowanie zajęć ruchowych u dzieci z nadwagą i otyłością oraz u dzieci szczupłych
7. ocena zgłaszalności do programu na podstawie liczby dzieci i rodziców uczestniczących w proponowanych zajęciach ruchowych i szkoleniach dietetycznych
8. ocena liczby dzieci, które nie zostały zakwalifikowane do programu, zrezygnowały z programu lub przerwały uczestnictwo z przyczyn zdrowotnych.

## **5.2. Ewaluacja programu**

Ocena nabytych umiejętności postępowania profilaktycznego z dziećmi zagrożonymi nadwagą i otyłością w grupie liderów programu, która składa się z podanych niżej elementów.

**1. Ocena zgłaszalności do programu** na podstawie porównania liczby dzieci biorących udział w programie i liczby uczniów szkół podstawowych klas VI.

**2. Ocena jakości świadczeń** w programie będzie dokonywana poprzez zespół monitorujący złożony z lekarza endokrynologa dziecięcego oraz 2 dodatkowych osób nie biorących udziału w programie. Wnioski pokontrolne mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania programu w kolejnych okresach.

Zostanie przygotowana ankieta ewaluacyjna dla dzieci i rodziców, w której będzie możliwość wypowiedzenia się w kwestii jakości programu po zrealizowaniu kolejnych etapów.

### ***Ocena efektywności programu***

- Ocena nabytych umiejętności postępowania profilaktycznego z dziećmi zagrożonymi nadwagą i otyłością w grupie liderów programu przed rozpoczęciem programu i po każdym roku jego trwania.
- Ocena BMI wszystkich dzieci przy pomocy siatek centylowych przed rozpoczęciem programu i po każdym roku jego trwania.

- Ocena diety dzieci przy pomocy ankiety przed rozpoczęciem programu i po każdym roku jego trwania.
- Ocena aktywności fizycznej dzieci przy pomocy ankiety przed rozpoczęciem programu i po każdym roku jego trwania.
- Ocena gotowości do współpracy dzieci i rodziców na podstawie udziału w zaproponowanych zajęciach.

### ***Ocena trwałości efektów programu***

Po zakończeniu programu dzieci będą oceniane ponownie po upływie 1 roku. Może być przewidziana jego kolejna edycja.

Niezależnie od wewnętrznego systemu monitorowania i ewaluacji programu efekty programu może ocenić instytucja naukowa w ramach badań dotyczących pomiarów antropometrycznych i ankietowych finansowanych z grantu naukowego.



## 6. Budżet programu polityki zdrowotnej

Poniższe wyliczenia kosztowe mają charakter symulacyjny, ostateczna wielkość kosztów będzie zależała od ofert w ramach prowadzonego/ych postępowań konkursowych. Koszty zostały zaplanowane do poszczególnych modułów

### 6.1. Koszty jednostkowe

Moduł	Zadanie	Kalkulacja kosztów	Razem
<b>Moduł 1</b>	Szkolenie liderów programu: pielęgniarek, dietetyków, nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci	Przygotowanie trzech autorskich programów szkolenia przez edukatorów 2 000 zł za program 3 x 48 godzin szkolenia dla grupy (wynagrodzenie edukatorów 100 zł/godz, wynajęcie sali 10 zł/godzinę)	21 840 zł
	Program monitorowania BMI, wiedzy dzieci i rodziców dotyczących rozwoju i otyłości – ułożenie ankiet, ułożenie programu monitorowania interwencji w komputerze	10 000 zł	10 000 zł
	Obsługa administracyjna – koordynator programu/asystent koordynatora (3 lata)	1 000 zł x 48 m-cy	48 000 zł
<b>Moduł 2</b>	Ocena masy ciała i wysokości dzieci w szkole podstawowej w klasach VI – VIII co roku oraz ocena BMI wg siatek centylowych w celu kwalifikacji dzieci do grupy dzieci o prawidłowej masie ciała, dzieci z nadwagą lub otyłością.	150 klas – 2 godziny pracy lidera programu w klasie- 300 godzin x 100zł co roku przez 3 lata	90 000 zł
	Ocena diety dzieci klas VI – VIII co roku na podstawie ankiety w celu analizy diety dzieci z nadwagą i otyłością i określenia grupy dzieci szczupłych z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi (grupa zagrożona otyłością).	150 klas – 1 godzina pracy lidera programu w klasie- 150 godzin x 100zł co roku przez 3 lata	45 000 zł
	Ocena aktywności dzieci na podstawie ankiety w celu analizy zajęć ruchowych dzieci z nadwagą i otyłością i określenia grupy dzieci szczupłych, które prowadzą nieaktywny tryb życia i są zagrożone otyłością.	150 klas – 1 godzina pracy lidera programu w klasie- 150 godzin x 100zł co roku przez 3 lata	45 000 zł
<b>Moduł 3</b>	Ułożenie programu e-learningu, opracowanie i utrzymanie strony internetowej	Opracowanie programu e-learningu 10 000 zł Opracowanie i	30 000 zł

		<b>utrzymanie przez 4 lata strony internetowej programu 20 000</b>	
	Obsługa logistyczna programu	<b>Obsługa logistyczna programu</b>	<b>15 000 zł</b>
<b><u>Moduł 4</u></b>	Monitorowanie przygotowywanych jadłospisów szkolnych dla uczniów.	<b>1800 konsultacji przez 3 lata, 10 zł za konsultację max 600 konsultacji rocznie</b>	<b>18 000 zł</b>
<b><u>Moduł 5</u></b>	Szkolenie dzieci klas VI i ich rodziców w zakresie zdrowej diety i zdrowego stylu życia przez liderów programu	<b>150 klas x 1 godzina szkolenia x 100 zł = 15 000</b>	<b>15 000 zł</b>
	Szkolenia dietetyczne dla dzieci i rodziców (ok 500 osób) z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi, nadwagą i otyłością drogą bezpośrednią i drogą e-learningu- opracowanie strony internetowej interaktywnej umożliwiającej takie szkolenie i aplikacji na komputer lub smartfon pozwalającej zaplanować prawidłowy jadłospis w domu i w szkole .	<b>3 razy w roku przez 3 lata 5000 zł rocznie</b>	<b>45 000 zł</b>
	Kontakt liderów programu z dziećmi (ok 200 dzieci) z nadwagą i otyłością w mediach społecznościowych (facebook, tweeter, instagram)	<b>5 000 zł rocznie przez 3 lata</b>	<b>15 000 zł</b>
	Szkolenie rodziców, rodzeństwa i dzieci w zakresie wykorzystywania czasu wolnego na aktywne zajęcia fizyczne – szkolenia będą odbywały się w szkołach i będą prowadzone przez liderów programu	<b>150 klas x 4 szkolenia w roku x 1 godzinach 100zł</b>	<b>60 000 zł</b>
<b><u>Moduł 6</u></b>	Dla dzieci szczupłych organizacja i finansowanie zajęć sportowych: gier zespołowych, nauki pływania, tańców, ćwiczeń aerobowych <b>1 raz w tygodniu</b> na terenie szkoły. Dla dzieci z nadwagą i otyłością organizacja i dofinansowanie zajęć sportowych: gier zespołowych, nauki pływania, tańców, ćwiczeń aerobowych <b>3 raz w tygodniu</b> na terenie szkoły	<b>43 szkoły, po 240 godzin w ciągu 3 lat x 70 zł za 1 godz wynajęcia sali oraz wynagrodzenie nauczyciela wychowania fizycznego 50 zł za 1 godz</b>	<b>1 238 400 zł</b>
<b><u>Moduł 7</u></b>	Organizacja wypoczynku letniego i zimowego dzieci z nadwagą i otyłością (półkolonie z zaplanowaną dietą	<b>462 dzieci 1 raz w czasie trwania programu – koszt 1 500 zł za osobę</b>	<b>693 000 zł</b>

	niskokaloryczną i zajęciami ruchowymi przy współpracy liderów programu) – minimum 6 dwu tygodniowych turnusów w ciągu 3 lat trwania programu.		
<b>Ewaluacja</b>	Ocena nabytych umiejętności postępowania profilaktycznego z dzieci zagrożonymi nadwagą i otyłością w grupie liderów programu i rok po zakończeniu programu. Ocena BMI dzieci przy pomocy siatek centylowych. Ocena diety dzieci przy pomocy ankiet. Ocena aktywności fizycznej dzieci przy pomocy ankiet. Ocena gotowości do współpracy dzieci i rodziców na podstawie wykorzystania zaproponowanych zajęć i częstotliwości kontaktów online.	<b>10 000 zł</b>	<b>10 000zł</b>

Koszt średni na jedno dziecko 685,50 zł przez 3 lata (228,50 zł /dziecko/rok)

**Koszt jednostkowy na dziecko = cały koszt programu / liczba dzieci uczestniczących w programie**

## 6.2. Koszty całkowite

Koszt całkowity programu: **2 399 240 zł**

## 6.3. Źródła finansowania

Program finansowany będzie z budżetu Gminy Lublin, przy uwzględnieniu limitów wydatków bieżących corocznie określonych w uchwale Rady Miasta Lublin w sprawie uchwały budżetowej według klasyfikacji budżetowej dział 851, rozdział 85149. Alternatywą finansową może być pozyskanie środków z Regionalnego Programu Operacyjnego lub innych źródeł finansowania zewnętrznego.

## 7. Bibliografia

1. Jańczyk W., Litwin M., Socha P: Aktualne spojrzenie na zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży. *Standardy medyczne*, 2009;2 222-228
2. International Obesity Task Force. European Union Platform Briefing Paper. Brussels, 15 March 2005
3. Oblacińska A. Jodkowska M. Otyłość u polskich nastolatków - epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Warszawa : Instytut Matki i Dziecka, 2007. ISBN 978-83-88767-41-8.
4. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Zaburzenia endokryne tkanki tłuszczowej w patogenezie otyłości. *Otyłość. Zespół metaboliczny*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2007, 138-147.
5. August G.P., Caprio S., Fennoy I. i wsp.: Prevention and treatment of pediatric obesity: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline based on Expert Opinion. *J. Clin. Endocrin. Metab.* 2008; 93: 4576–4599.
6. Zarzycka D., Szara M., Sroka A.: Otyłość wieku szkolnego – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, metody prewencji. *Endokryinol. Ped.*, 14/2014;2(51):79-88.
7. Oleś M., Szewczyk L.: Subiektywna jakość życia a poziom spostrzeganego wsparcia społecznego u nastolatków z cukrzycą typu 1 i otyłością. *Endokryinol. Ped.*, 7/2008;2(23):57-66.
8. Oleś M.: Subiektywna jakość życia, poczucie własnej wartości i postrzegane wsparcie społeczne u nastolatków z zaburzeniami endokrynnymi. *Endokryinol. Ped.*, 13/2014;2(47):35-48.
9. Levy-Marchal C., Arslanian S., Cutfield W., et al. Insulin Resistance in Children: Consensus, Perspective and Future Directions. *J Clin Endocrinol. Metab.*, December 2010, Tom 95, 5189-5198.
10. Fiala M. Baumert M.,Walecka Z., Pacula M. Wczesne początki zespołu metabolicznego. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2010, Tom 6, 1, 42-46.
11. American Heart Association, Dietary recommendations for children and adolescents: A guide for practitioners. *Pediatrics* 2006; 117; 2; 544-559.
12. M. Ng i in., Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, „*Lancet*” 2010, t. 384, nr 9945, s. 766–781.
13. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, Warszawa 2016.

14. WS. Zgliczyński Nadwaga i otyłość w Polsce. INFOS nr 4(227) • 15 marca 2017 zagadnienia społeczno-gospodarcze.
15. World Health Organization Global status on Non-Communicable Diseases 2014.<http://www.who.int/nmh/publication/ncd-status-report-2014/en/>
16. World Health Organization (WHO) Consideration of the evidence on childhood obesity: report on the ad hoc working group on science and evidence on ending childhood obesity. Geneva, Switzerland. 2016
17. World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI round 2010.
18. Mazur J (red.) Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka Warszawa 2015.
19. Mazur A. Epidemiologia nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. Rzeszów 2011, Tom 2, 158-163.
20. Beń-Skowronek I. Bownik B. Wajnberg-Gajewska D. Et al. Nutrishment disorders in schoolchildren in the Lublin region in the years 2000-2005. POL. J. ENVIRON. STUD. 2006 VOL. 15 nr 5B P. 1, S. 250-252.
21. Sprawozdanie z badań przesiewowych realizowanych wśród uczniów klas pierwszych lubelskich gimnazjów w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych PoZdro. Medicover Fundacja, Lublin 2017.
22. Wabitch et. Al. Unexpected plateau-ing of childhood obesity rates in developed countries. BMC Medicine.2014:12.17
23. Bae S.G., Kim J.Y, Kim K.Y, at al. Changes in dietary behavior among adolescents and their association with government nutrition policies in Korea 2005-2009. J Prev Med Public Health. 2012: 45, 47-59
24. Fernandes M.M. A national evaluation of the impact on state policies of cfocompetitive foods in schools. J Sch Health, 2013: 83, 249-255
25. Andreyeva T, Luedicke J, Tripp AS, Henderson K.E, Effect of reduced juice allowances in food packages for the women, infants and children program. Pediatrics 2013: 131, 919-927
26. Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności fizycznej na lata 2007-20011. Ministerstwo Zdrowia 2007.

27. World Health Organization. European Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI round 2008
28. World Health Organization. European Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI round 2010
29. WHO EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 published February 2014
30. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: School nutrition environment and body mass index in primary schools
31. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2014
32. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010
33. BMC Public Health, 2014
34. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children
35. Pediatric Obesity, 2013
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 - 2020.
37. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla województwa lubelskiego.

## **Załącznik nr 1 do Programu profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2019-2023**

### **Tematyka spotkań z dietetykiem dla dzieci i ich rodziców– uczestników programu Be Fit**

Co 3 miesiące w czasie trwania programu

Spotkanie:

1. Przyczyny nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. Analiza dotychczasowej diety dziecka i nawyków żywieniowych rodziny. Zalecenia dotyczące modyfikacji diety. Szkolenie w zakresie obsługi strony internetowej programu. Podanie adresu strony na facebooku w celu dalszych konsultacji.
2. Prawidłowa dieta dzieci. Jak zmieniać dietę przy wysiłku fizycznym. Analiza diety dziecka i nawyków żywieniowych rodziny. Ocena uzyskanych zmian w diecie. Zalecenia dotyczące modyfikacji diety.
- 3-6. Dieta służąca redukcji masy ciała u dziecka dobrana indywidualnie. Ocena dotychczas uzyskanych zmian w diecie i nawykach żywieniowych rodziny. Zalecenia dotyczące modyfikacji diety.
- 7-9. Ustalanie wspólnie z dzieckiem i rodzicami zmian w diecie lub kontynuacja dotychczasowych zaleceń dietetycznych. Ocena dotychczas uzyskanych zmian w diecie i nawykach żywieniowych rodziny.

Na każdym spotkaniu ważenie i mierzenie dziecka, oraz rodziców (jeżeli wyrażą zgodę).

**Załącznik nr 2 do Programu profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2019-2023**

**Tematyka szkolenia dla pielęgniarek – liderów programu Be Fit**

1. Metody oceny masy ciała i wzrostu dzieci oraz oceny stanu odżywienia na podstawie obliczania BMI z wykorzystaniem siatek centylowych dla BMI.
2. Kwalifikacja dzieci do grupy z prawidłową masą ciała, nadwaga i otyłością .
3. Przyczyny otyłości u dzieci i młodzieży .
4. Psychologiczne podłoże otyłości.
5. Przyczyny otyłości związane z nadmiernym spożywaniem posiłków
6. Przyczyny otyłości związane z niedoborem aktywności fizycznej.
7. Skutki otyłości u dzieci i u dorosłych.
8. Szkolenie w zakresie kontaktów z rodzinami dzieci z nadmierną masą ciała.
9. Prawidłowa dieta dzieci
10. Dieta służąca redukcji masy ciała u dzieci.
11. Zalecana aktywność fizyczna u dzieci z nadwagą i otyłością i u ich rodziców i rodzeństwa.
12. Pomoc psychologiczna dla dzieci z nadmierną masą ciała.
13. Przedstawienie programu Be fit i udziału poszczególnych grup liderów w jego realizacji
14. Szkolenie w zakresie obsługi strony internetowej programu.



**Załącznik nr 3 do Programu profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI - VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2019-2023**

**Tematyka ogólnodostępnej strony internetowej dla dzieci i rodziców**

1. Prawidłowa dieta nastolatka.
2. Dzienniczek tego co jem.
3. Dzienniczek aktywności fizycznej.
3. Kalkulator kalorii w porcji posiłku.
4. Przepisy kulinarne.
5. Forum dyskusyjne: Czy moja dieta jest zdrowa i odpowiednia dla mnie.
6. Ćwiczenia fizyczne dla nastolatków.
7. Dlaczego nie chudnę chociaż się staram?
8. Czy nasza rodzina żywi się dobrze?

## UZASADNIENIE

Zgodnie z obowiązującymi przepisami wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej dokonuje się w drodze konkursu ofert. W przeprowadzonym konkursie ofert na realizację „Programu profilaktyki nadwagi i otyłości dla uczniów klas VI-VIII szkół podstawowych „Be fit” na lata 2018-2020” przyjętego uchwałą Nr 1129/XLIV/2018 Rady Miasta Lublin z dnia 24 maja 2018 r. nie wpłynęła żadna oferta. Wobec powyższego zasadne jest uchylene ww. uchwały oraz podjęcie uchwały uwzględniającej możliwość realizacji zadań programu w latach 2019-2023. Proponowana zmiana terminu realizacji programu została zaakceptowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.