

**UCHWAŁA NR LXIX/514/24  
RADY MIASTA ŚWIDWIN**

z dnia 27 marca 2024 r.

**w sprawie przyjęcia programu profilaktyki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026”**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40; Dz.U. z 2023 r., poz. 572; Dz.U. z 2023 r., poz. 1463; Dz.U. z 2023 r., poz. 1688), oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i ust.3 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026” stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Świdwin.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Miasta

**Monika Stępnia**

✔ Projekt uchwały zgodny jest  
z przepisami prawa

Andrzej Czerniec

**ADWOKAT**

## UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146) do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy również opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Otyłość jest istotnym problemem zdrowotnym dotyczącym dzieci i młodzieży. W Programie dokonano analizy aktualnego stanu zjawiska oraz podejmowanych działań w celu eliminowania bądź ograniczania tego problemu poprzez:

- działania edukacyjne,
- badanie przesiewowe,
- interwencja multikomponentowa.

Program program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026” uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 14/2024 z dnia 21 lutego 2024 r.

**BURMISTRZ MIASTA**  
*Piotr Feliński*

Załącznik do uchwały Nr LXIX/514/24

Rady Miasta Świdwin

z dnia 27 marca 2024 r.

**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania  
nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych  
w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych  
[tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.]

**Świdwin, 2023**

**Nazwa programu:**

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026

**Okres realizacji programu:** 2024-2026

**Autorzy programu:** dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

CHILICO – Karolina Sobczyk

Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

**Kontynuacja/trwałość programu:**

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych nie był do tej pory realizowany w Gminie Miejskiej Świdwin.

**Dane kontaktowe:**

Urząd Miasta Świdwin

Plac Konstytucji 3 Maja 1

78-300 Świdwin

tel. 94 364 80 12

e-mail: dorota.kmiec@swidwin.pl

**Data opracowania programu:** grudzień 2023



## Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	5
1. Opis problemu zdrowotnego .....	5
2. Dane epidemiologiczne.....	8
3. Opis obecnego postępowania.....	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:.....	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	12
1. Cel główny .....	12
2. Cele szczegółowe: .....	12
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	12
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....	13
1. Populacja docelowa .....	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	13
3. Planowane interwencje .....	14
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej .....	21
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania .....	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	23
3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej.....	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Monitorowanie.....	25
2. Ewaluacja.....	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	26
1. Koszty jednostkowe .....	26
2. Planowane koszty całkowite .....	26
3. Źródło finansowania.....	27
Bibliografia: .....	28
Załączniki .....	30



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

### 1. Opis problemu zdrowotnego

Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to poszerzają one swoją objętość (oba zjawiska występują w populacji uczniów równocześnie)<sup>1</sup>. Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a powstawanie otyłości to zazwyczaj proces długotrwały, gdzie na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że tylko 5% otyłości jest warunkowana genetycznie, a pozostałe przyczyny mają charakter pozagenowy i są to takie czynniki jak: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym, nawyki żywieniowe w późniejszym okresie oraz aktywność fizyczna dziecka i jego rodziny<sup>2</sup>. Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u uczniów uważa się również występowanie otyłości u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)<sup>3</sup>, co ma związek z dietą realizowaną w gospodarstwie domowym oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców.

W związku z pojawieniem się COVID-19 należy się spodziewać nasilenia problemu nadwagi i otyłości u uczniów. Nauka zdalna, brak zajęć wychowania fizycznego, izolacja uczniów w domach, to czynniki będące długofalowymi skutkami pandemii. Z najnowszych badań wynika, że problem z otyłością mają już 124 miliony uczniów i nastolatków na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w przypadku utrzymania obecnych trendów, do 2025 roku na świecie będzie ok. 70 mln uczniów do 5 roku życia z nadmierną masą ciała<sup>4</sup>.

Większość (90%) wszystkich przypadków u uczniów cechuje otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych, takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół Cushinga lub

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

<sup>2</sup> Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005; 90: 1871–1887.

<sup>3</sup> Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006; 52: 322–328.

<sup>4</sup> Andrew G. Rundle, Yoosun Park, Julie B. Herbstman, Eliza W. Kinsey, Y. Claire Wang. COVID-19 Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. Obesity, 2020.

chorób ośrodkowego układu nerwowego, np. ciężkiego uszkodzenia mózgu z brakiem aktywności ruchowej<sup>5</sup>.

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 otluszczenia, który wraz z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku typu centralnego<sup>6</sup>. 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 otluszczenia 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 otluszczenia (głównie górna połowa ciała: kark, ramiona, podbrzusze)<sup>7</sup>.

Coraz częstsze występowanie otyłości wiąże się z przesunięciem czasu ich pojawienia się u młodszych grup wiekowych. Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród uczniów to m.in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat zapowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w wieku 12 lat zapowiada aż w 75% otyłość w wieku dojrzałym), nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, dodatkowo problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)<sup>8</sup>.

Ocena stopnia otyłości u uczniów i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania,

<sup>5</sup> Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit. str. 614.

<sup>6</sup> Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. Nutritional J 2007, 9: 345-356.

<sup>7</sup> Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku– epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew Lek 2006, 9: 91-95.

<sup>8</sup> Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4: 210–219.

dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej<sup>9</sup>. Nadwagę i otyłość w tej grupie wiekowej diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała) w oparciu o siatki centylowe, umożliwiające ocenę rozwoju fizycznego uczniów i młodzieży od urodzenia do 19 lat. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ( $BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$ ). Zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w przypadku uczniów i młodzieży BMI pomiędzy 90-97 centylem oznacza nadwagę, a powyżej 97 centyla - otyłość, wg WHO u uczniów i młodzieży w wieku 5-19 lat nadwaga definiowana jest jako >85 centyla BMI a otyłość >97 centyla BMI<sup>10</sup>. Otyłość stwierdza się także na podstawie stopnia otyśnięcia, gdzie w przypadku uczniów stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów<sup>11</sup>.

Profilaktyka otyłości u uczniów polega na realizacji zaleceń dotyczących równowagi pomiędzy spożyciem kalorii i ich wydatkowaniem oraz utrzymaniem prawidłowego tempa wzrastania, jak również promowania wysiłku fizycznego i ograniczenia czasu spędzanego biernie. Niezmiernie ważnym czynnikiem jest również osiągnięcie trwałej zmiany nawyków żywieniowych u dziecka i jego rodziny, co gwarantuje długofalowy sukces w utrzymywaniu należytej masy ciała.

---

<sup>9</sup> Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, Medycyna Rodzinna, 2/2014: 64-69.

<sup>10</sup> Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%81-Recommendacje.pdf>.

<sup>11</sup> Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002; 1: 17.

## 2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Raport The International Obesity Task Force opracowany w roku 2008 wskazuje, że co piąte europejskie dziecko ma nadwagę lub jest otyłe, a co roku przybywa około 400 000 nowych przypadków nadwagi i otyłości dziecięcej<sup>12</sup>. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że otyłych jest już 15 milionów uczniów i nastolatków (10% populacji) a nadwaga to najpowszechniej występujący problem zdrowotny wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO<sup>13</sup>.

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 niż występowanie otyłości. Największy odsetek nadwagi u uczniów występuje w Grecji, u 8,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt<sup>14</sup>.

Sytuacja w Polsce jest równie niepokojąca, nadwagę lub otyłość obserwuje się najczęściej już u 10-letnich chłopców (22,4%) oraz 9-letnich dziewczynek (22,4%). W grupie nastolatków w wieku 13-15 lat, nadwaga lub otyłość dotyczy 14,2-19,3% chłopców oraz 12,8-14,2% dziewczynek. Wśród starszej młodzieży (16-18 lat) odsetek osób z nadwagą lub otyłych jest niższy i wynosi – u chłopców od 13,6 do 18%, a wśród dziewcząt od 9,1 do 10,9%<sup>15</sup>. Jak wykazały badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ok. 12-14% uczniów w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne<sup>16</sup>.

Liczba hospitalizacji na 100 tys. uczniów jest znacznie zróżnicowana pomiędzy województwami (w województwie zachodniopomorskim było to 101,1, przy wartości w skali kraju 49,0). Mediana czasu oczekiwania na hospitalizację planową wśród pacjentów z rozpoznaniem otyłości w województwie zachodniopomorskim wyniosła 86 dni, a mediana w Polsce wyniosła 39 dni (niska mediana czasu

<sup>12</sup> James O Hill, Can a small-changes approach help address the obesity epidemic? A report of the Joint Task Force of the American Society for Nutrition, Institute of Food Technologists, and International Food Information Council [<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf>].

<sup>13</sup> Dane WHO [<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>].

<sup>14</sup> Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3), 1871-1887.

<sup>15</sup> Dane Medonet [<http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html>].

<sup>16</sup> Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.



oczekiwania na hospitalizacje planowe wśród chorych z rozpoznaniem głównym otyłość może świadczyć o konieczności szybkiego przyjęcia nawet wśród chorych planowych). W województwie zachodniopomorskim 80% wszystkich hospitalizacji, gdzie rozpoznaniem głównym była otyłość u uczniów, wykonywał 1 szpital (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM). Należy zwrócić uwagę na fakt, że liczba hospitalizacji nie odzwierciedla rzeczywistej epidemiologii otyłości u uczniów, ponieważ większość pacjentów z tymi schorzeniami jest leczona w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej<sup>17</sup>.

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia, na podstawie dostępnych badań, można określić, że w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% małych dzieci (1-3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 22% młodzieży do 15 roku życia. Województwo zachodniopomorskie zamieszkuje około 23,9% uczniów w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością i jest to w skali kraju poziom wysoki, zbliżony do wskaźników w województwach: dolnośląskim, lubelskim i opolskim<sup>18</sup>.

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026<sup>19</sup> wskazuje, że w ostatnich 10 latach w województwie zachodniopomorskim wzrósł udział wpływu wysokiego BMI i ryzyk żywieniowych na zgony, odpowiednio o ok. 15% i 8%. Analiza trendów z ostatnich 10 lat wskazuje na wzrost wpływu czynników ryzyka związanych z dietą. Powszechne występowanie otyłości wśród mieszkańców województwa może spowodować wybuch epidemii cukrzycy typu 2 oraz innych chorób.

### 3. Opis obecnego postępowania

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną. Jedynie pomiary antropometryczne są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, realizowanych w ramach bilansów zdrowotnych ucznia dla dzieci uczęszczających do III klasy szkoły podstawowej.

<sup>17</sup> Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa zachodniopomorskiego w zakresie 30 grup chorób, [http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie\\_mpz\\_16.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie_mpz_16.pdf).

<sup>18</sup> Dane Instytutu Żywności i Żywienia [<http://www.izz.waw.pl/pl/>].

<sup>19</sup> Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, [http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf).

#### 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania nadwadze i otyłości oraz ich powikłaniom wśród uczniów w Gminie Miejskiej Świdwin, poprzez działania obejmujące edukację żywieniową, promowanie aktywności ruchowej, korektę nawyków żywieniowych i zmianę sposobu żywienia.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.<sup>20</sup>: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
  - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
  - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Priorytety zdrowotne określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 zmieniającym rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>21</sup>:
  - priorytet 3: przeciwdziałanie występowaniu otyłości;
3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025<sup>22</sup>: Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości;
4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026<sup>23</sup>: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1. Edukacja zdrowotna w zakresie wpływu czynników ryzyka na zdrowie społeczeństwa; 3.3. Wprowadzenie programów profilaktycznych z zakresu prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej (szczególnie wśród dzieci i młodzieży).

<sup>20</sup> Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

<sup>21</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].

<sup>22</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

<sup>23</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]



5. Wojewódzki plan transformacji dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2022-2026<sup>24</sup> - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 2.1.4.3 Intensyfikacja działań profilaktycznych w dziedzinie diabetologii. Działanie 3: Promowanie kultury fizycznej.

## II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

### 1. Cel główny

Celem głównym programu jest obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle\* wśród co najmniej 20%\* uczestników programu, zmagających się z nadwagą lub otyłością.

### 2. Cele szczegółowe:

- 1) Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 30%\* dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych w Programie
- 2) Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 60%\* rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych w Programie

### 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle.
1 szczegółowy	Odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 95% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
2 szczegółowy	Odsetek rodziców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 95% poprawnych odpowiedzi w teście), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

\* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta.

<sup>24</sup> Obwieszczenie Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 17 grudnia 2021 roku w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego [Poz. 5716].

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

#### **1. Populacja docelowa**

Program będzie skierowany do uczniów klas III, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Miejskiej Świdwin w latach 2024-2026, oraz ich rodziców/opiekunów prawnych będących mieszkańcami Gminy Miejskiej Świdwin, którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnymi. Zgodnie z danymi pozyskanymi z Banku Danych Lokalnych Gminę Miejską Świdwin zamieszkuje ok. 450 dzieci urodzonych w latach 2014-2016, zatem Program obejmie corocznie ok. 150 dzieci oraz ok. 150 rodziców. Zgodnie z danymi pozyskanymi ze szkół na terenie Gminy Miejskiej Świdwin, rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała dotyczy ok. 15% dzieci. W związku z powyższym szacuje się, że etap II Programu obejmie ok. 23 dzieci rocznie.

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

##### **1) Działania edukacyjne (etap I)**

###### **a. kryteria włączenia:**

- wiek 10 lat lub rodzic dziecka w wieku 10 lat (2024 r. – urodzone w 2014 r., 2025 r. – urodzone w 2015 r.; 2026 r. – urodzone w 2016 r.),
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Miejskiej Świdwin,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie;

###### **b. kryteria wykluczenia: brak**

##### **2) Badania przesiewowe (etap I)**

###### **a. kryteria włączenia:**

- wiek 10 lat (2024 r. – urodzone w 2014 r., 2025 r. – urodzone w 2015 r.; 2026 r. – urodzone w 2016 r.),
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Miejskiej Świdwin,
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie;

###### **b. kryteria wykluczenia:**

- wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ.

##### **2) Interwencja multikomponentowa (etap II)**

###### **a. kryteria włączenia:**

- wiek 10 lat (2024 r. – urodzone w 2014 r., 2025 r. – urodzone w 2015 r.; 2026 r. – urodzone w 2016 r.),
  - zamieszkiwanie na terenie Gminy Miejskiej Świdwin,
  - pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie,
  - diagnoza nadwagi lub otyłości (BMI  $\leq 90$  centyla);
- b. kryteria wykluczenia:
- wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ.

### 3. Planowane interwencje

#### Etap I

##### 1) Działania edukacyjne - edukacja zdrowotna adresatów programu:

a) wykłady dla rodziców/opiekunów prawnych uczniów z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywające się z częstotliwością 1 raz w każdym roku szkolnym realizacji (2024/2025 oraz 2025/2026), realizowane w formie spotkań 90-minutowych, w szkołach prowadzonych na terenie Gminy Miejskiej Świdwin

- wykłady będą miały formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniających wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego stylu życia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, odpowiedniej ilości snu, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała, możliwych powikłań nadwagi i otyłości np. cukrzycy typu 2,
- edukacja kierowana do rodziców będzie podkreślać znaczenie ich roli w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka oraz kontroli rodzicielskiej,
- działanie obejmuje badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed wykładem oraz post-testu po wykładzie, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych, dotyczących tematyki poruszanej na wykładzie;

b) cykl warsztatów dla całej populacji uczniów z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące (łącznie 3 spotkania min. 60-minutowe), realizowanych w formie dodatkowych zajęć pozalekcyjnych

- szkolenia będą miały charakter warsztatowy (np. zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek itp.),
- działanie obejmuje badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed pierwszym spotkaniem oraz post-testu po ostatnim spotkaniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych, dotyczących tematyki poruszanej na wykładzie,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. III);

2) **Badanie przesiewowe** całej populacji uczniów Gminy Miejskiej Świdwin w oparciu o badania antropometryczne, w celu wyłonienia populacji dotkniętej nadwagą lub otyłością

- nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe,
- BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu:  $BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$ ,
- BMI pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a powyżej 97 centyla – otyłość,
- badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki szkolne, higienistki szkolne lub dietetyków w szkołach prowadzonych przez Gminę Miejską Świdwin,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. IV).

## Etap II

3) **Interwencja multikomponentowa** dla wyłonionych w pierwszym etapie uczniów z nadwagą lub otyłością (szacowana populacja wynosi ok. 24% ogółu uczniów)<sup>25</sup>:

a) konsultacje dietetyczne (6 spotkań, w tym pierwsze 60-minutowe i kolejne 45-minutowe)

- pierwsza konsultacja odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych, natomiast kolejne – po 1, 2, 3, 4 i 5 miesiącu od pierwszej wizyty,
- celem pierwszej konsultacji dietetycznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu dietetycznego w kierunku oceny zachowań żywieniowych dziecka (m.in. spożywania śniadań, sposobu komponowania diety dziecka, obecności w diecie słodkich napojów i słodczy, regularności spożywania warzyw i owoców, wielkości spożywanych porcji jedzenia), przeprowadzenie pomiaru masy ciała, opracowanie założeń przykładowego jadłospisu dla dziecka, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kątem

<sup>25</sup> Wg danych Instytutu Żywności i Żywienia

odżywienia oraz przedstawienie rekomendacji dietetycznych dot. dalszego postępowania,

- w ciągu 1 tygodnia od wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka,
- celem każdej kolejnej konsultacji będzie przeprowadzenie pomiaru masy ciała, edukacja w obszarze zasad zdrowego odżywiania, modyfikacja jadłospisu (w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka oraz analiza dzienniczka żywieniowego) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów żywieniowych związanych z nadwagą lub otyłością
- pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich uczniów, objętych 2 etapem badania, celem monitorowania wskaźników BMI, wykonywane będą przez dietetyka w trakcie każdej konsultacji dietetycznej,
- działanie obejmuje sporządzenie krótkiej notatki na temat stanu zdrowia dziecka oraz przekazanie jej rodzicom/opiekunom prawnym z zaleceniem przekazania kopii do lekarza POZ,
- dopuszcza się przeprowadzenie konsultacji online, za wyjątkiem pierwszej i ostatniej, które należy zrealizować stacjonarnie,
- na ostatniej konsultacji należy poinformować rodzica/opiekuna prawnego, że dziecko w ramach programu wzięło udział łącznie w 12 konsultacjach, a eksperci dla uzyskania jak najlepszego efektu terapeutycznego zalecają co najmniej 14 kolejnych konsultacji (łącznie 26 konsultacji); należy wskazać uczestnikom podmioty udzielające usług dietetycznych, psychodietetycznych oraz z zakresu aktywności fizycznej znajdujące się w najbliższej okolicy, gdzie można kontynuować działania w obszarze profilaktyki i leczenia nadwagi/otyłości,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. V.1).

b) konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne (3 spotkania, w tym pierwsze 60-minutowe i kolejne 45-minutowe)

- pierwsza konsultacja odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych, natomiast kolejne – po 1 i 3 miesiącu od pierwszej wizyty,
- celem pierwszej konsultacji psychologicznej będzie m.in. przeprowadzenie pogłębionego wywiadu psychologicznego w kierunku oceny aktualnych

nawyków związanych z odżywianiem oraz aktywnością fizyczną dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych (m. in. obecność jedzenia w odpowiedzi na emocje, problemy z samokontrolą w kontekście jedzenia, stosowania jedzenia jako kary i nagrody, postrzeganych barier w uprawianiu aktywności fizycznej, zwyczajów związanych z aktywnością fizyczną), ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod kontem psychologicznym, opracowanie planu zmiany zachowań zdrowotnych oraz oddziaływań psychologicznych w oparciu o zasady terapii behawioralnej oraz przedstawienie rekomendacji psychologicznych dot. dalszego postępowania,

- celem każdej kolejnej konsultacji będzie praca nad zmianą zachowań, wykorzystując metody behawioralne (np. ustanawianie celów, praca nad samokontrolą, trening uważności), modyfikacja oddziaływań psychologicznych wspierających zmianę (w celu najlepszego dostosowania ich do preferencji dziecka) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów psychologicznych związanych z nadwagą lub otyłością,
- działanie obejmuje sporządzenie krótkiej notatki na temat stanu zdrowia dziecka oraz przekazanie jej rodzicom/opiekunom prawnym z zaleceniem przekazania kopii do lekarza POZ,
- dopuszcza się przeprowadzenie konsultacji online, za wyjątkiem pierwszej, którą należy zrealizować stacjonarnie,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. V.2);

c) konsultacje z zakresu aktywności ruchowej z fizjoterapeutą lub specjalistą aktywności ruchowej (3 spotkania, w tym pierwsze 60-minutowe i kolejne 45-minutowe)

- pierwsza konsultacja odbędzie się niezwłocznie po badaniach przesiewowych, natomiast kolejne – po 1 i 3 miesiącu od pierwszej wizyty,
- celem pierwszej konsultacji fizjoterapeutycznej będzie m.in. omówienie zaleceń dot. aktywności fizycznej oraz przedstawienie obowiązujących rekomendacji (dla dzieci 60 min. dziennie umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej), opracowanie zestawu ćwiczeń dla dziecka – uwzględniając jego możliwości fizyczne i preferencje, ocena aktualnego stanu zdrowia dziecka pod względem wydolności fizycznej oraz przedstawienie rekomendacji dot. dalszego postępowania



- celem każdej kolejnej konsultacji będzie edukacja w obszarze zaleceń i poprawności wykonywania rekomendowanych ćwiczeń, modyfikacja zestawu ćwiczeń i zaleceń (w celu najlepszego dostosowania go do preferencji dziecka) oraz monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem jego indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających nadwagi i otyłości;
- działanie obejmuje sporządzenie krótkiej notatki na temat stanu zdrowia dziecka oraz przekazanie jej rodzicom/opiekunom prawnym z zaleceniem przekazania kopii do lekarza POZ,
- wypełnienie karty uczestnika Programu (pkt. V.3).

### 3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Instytucje kształtujące politykę zdrowotną wyraźnie wskazują na konieczność działań interwencyjnych związanych z zagrożeniem populacji uczniów i młodzieży otyłością. Podobne zalecenia rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwracając uwagę na fakt, że nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO. Dzięki upowszechnieniu aktywnego, zdrowego stylu życia oraz przedsięwzięć mających na celu redukcję i kontrolę masy ciała u uczniów i młodzieży, możemy uzyskać zmniejszenie zachorowalności na choroby przewlekłe, inwalidztwa oraz niższą liczbę przedwczesnych zgonów z powodu powikłań otyłości<sup>26</sup>. Profilaktykę otyłości w populacji uczniów i młodzieży rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE);
- Obesity Society;
- U.S. Preventive Services Task Force;
- American Diabetes Association;
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLPwP);
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR);
- Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (PTBO);
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne;
- Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej;

<sup>26</sup> Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r.

- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne;
- Sekcja Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich;
- Polskie Towarzystwo Dietetyki.

W redukcji masy ciała istotne jest zarówno odpowiednio zbilansowana dieta, jak i wzmożona aktywność fizyczna, dodatkowo nieodzowne jest wsparcie społeczne i psychologiczne. Najskuteczniejsze efekty w profilaktyce nadwagi, otyłości przynoszą skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Zgodnie z rekomendacjami WHO<sup>27</sup> do najważniejszych elementów należy zaliczyć: wsparcie w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania nadmiernego przyrostu masy ciała. Zaplanowane w programie działania zostały skomponowane jako kompleksowy zakres pomocy. Na poziomie europejskim podobne zalecenia zawiera EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020<sup>28</sup>. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Medycyny Rodzinnej<sup>29</sup>, również podkreślają wagę kształtowania właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie.

Niezbędnym elementem postępowania jest wsparcie psychologiczne mające na celu wzmacnianie motywacji do zmiany zachowań żywieniowych, stosowanie strategii terapeutycznej w procesie redukcji masy ciała, zapobieganie zaburzeniom żywieniowym itp<sup>30</sup>.

Każdorazowo program redukcji masy ciała powinien być skoordynowany wraz z edukacją zdrowotną, w tym żywieniową. Działania edukacyjne pełnią kluczową rolę w każdej strategii profilaktyki zdrowotnej, w tym również w przypadku zapobiegania nadwadze i otyłości w wieku młodzieńczym. Ich celem jest podniesienie świadomości zdrowotnej i wykształcenie odpowiednich zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych u młodych osób, jak również wśród ich rodziców.

Uczniów, u których zdiagnozowano otyłość prostą lub wtórną, należy kierować do leczenia specjalistycznego, które powinien prowadzić zespół terapeutyczny złożony z lekarza pediatry, dietetyka, psychodietetyka lub psychologa, edukatora zdrowia oraz rehabilitanta (fizjoterapeuty). Program leczenia powinien cechować się kompleksowością i być nastawiony na uzyskanie trwałych zmian trybu życia i sposobu żywienia dziecka, a często też całej jego rodziny. Stosowane zalecenia (zwłaszcza dietetyczne) muszą być ściśle zależne od wieku

<sup>27</sup> Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością 15-17.11.2006 r.

<sup>28</sup> EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020.

<sup>29</sup> Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

<sup>30</sup> Waller G et al., Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid, Cambrige University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: lek. med. Maria Gałuszko-Węgielnik



dziecka, stopnia otyłości, występowania innych chorób, w tym powikłań otyłości, należy pamiętać o utrzymywaniu wysokiego poziomu motywacji pacjenta do zmiany<sup>31</sup>. Należy pamiętać, że w populacji uczniów nie stosuje się restrykcyjnych diet redukcyjnych, a rekomenduje się stopniową zmianę nawyków żywieniowych, poprawę jakości spożywanych produktów i ewentualnie ograniczanie podaży energii w diecie (dieta normoenergetyczna)<sup>32</sup>.

Program pozwoli na zmniejszenie kosztów społecznych i ekonomicznych w grupie wiekowej stanowiącej istotny element przyszłego rynku pracy. Ponadto działania Programu zapobiegają ewentualnym przyszłym nakładom finansowym publicznego systemu ochrony zdrowia związanym z długoterminową opieką medyczną i leczeniem schorzeń przewlekłych, stanowiących powikłania zdrowotne wynikające m.in. z otyłości oraz cukrzycy, co jest możliwe dzięki planowanemu zakresowi Programu, uwzględniającemu działania profilaktyczne, w tym wczesną identyfikację osób zagrożonych lub chorych, informację i edukację mającą na celu kształtowanie i utrwalanie pozytywnych postaw i nawyków dla prowadzenia zdrowego stylu życia.

Wzrost częstości zachorowań na otyłość powoduje zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 10 krajach Europy Zachodniej wykazały, że koszt opieki zdrowotnej związanej z otyłością wynosi 10.4 bilionów euro. W zależności od kraju koszty te wynosiły od 0,09% do 0,61% produktu krajowego brutto. Zachorowania na otyłość powodują również zwiększenie tzw. kosztów pośrednich obejmujących utratę produktywności chorych, koszty zwolnień lekarskich, rent, przedwczesnych emerytur, opieki sprawowanej nad chorymi przez bliskich i przedwczesną śmiertelność<sup>33</sup>.

#### **4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej**

Przeprowadzona akcja edukacyjna obejmie wykłady i warsztaty z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej w odniesieniu do prewencji nadwagi i otyłości w wieku młodzieńczym, realizowane na terenie szkół podstawowych. Badania przesiewowe mogą być realizowane na terenie szkół podstawowych lub w wybranym w drodze konkursu podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub w gabinecie dietetycznym. Działania wchodzące w skład interwencji multikomponentowej będą realizowane w siedzibie realizatora. Dopuszcza się realizację części konsultacji dietetycznych i psychologicznych online, zgodnie z opisem planowanych interwencji. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane rodzicom terminy porad żywieniowych. Program realizowany będzie przez

<sup>31</sup> <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy>.

<sup>32</sup> Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego... op. cit.

<sup>33</sup> Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

wykwalfikowany personel. W trakcie trwania programu uczestnikom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

## **5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania**

Organizator dopuszcza zakończenie programu na każdym jego etapie na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Po wykonaniu programu rodzic/opiekun prawny:

1) w przypadku ukończenia pełnego cyklu programu:

- zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała dziecka, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości,
- zostaje poinformowany o możliwych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, w ramach kontraktu z NFZ,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 3),
- kończy udział dziecka w programie.

2) w przypadku nieukończenia pełnego cyklu programu:

- zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (zwiększone ryzyko powikłań otyłości, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała w wieku młodzieńczym),
- zostaje poinformowany o możliwych ścieżkach diagnostycznych w poradniach specjalistycznych, w ramach kontraktu z NFZ,
- kończy udział dziecka w programie.

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2023);
- 2) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Zachodniopomorskiego oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (I kwartał 2024);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Świdwin (I-II kwartał 2024);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających warunki określone w dalszej części projektu (I-II kwartał 2024);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I-II kwartał 2024);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2024-2026);
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2026):
  - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
  - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników,
  - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026).

### **2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia**

#### **i warunków lokalowych**

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Świdwin. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.],
- zapewnienie udzielania świadczeń w ramach realizacji programu wyłącznie przez wykwalifikowany personel, spełniający wymagania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przez pielęgniarki środowiskowe/szkolne, higienistki

szkolne, dietetyków, psychodietetyków, psychologów, fizjoterapeutów, specjalistów aktywności ruchowej,

- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

### **3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej**

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miasta Świdwin oraz placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o Programie dostępne będą w siedzibie Realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta Świdwin (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjna może odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez Realizatora w złożonej ofercie.

## V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

### 1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby rodziców, uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- analiza liczby dzieci, uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- analiza liczby dzieci, które zgłosiły się na badania przesiewowe,
- analiza liczby dzieci, które zakwalifikowano do II etapu Programu,
- analiza liczby dzieci uczestniczących w II etapie Programu, z podziałem na poszczególne interwencje,
- analiza liczby dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu,
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

### 2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- analizę liczby i odsetka dzieci, u których odnotowano obniżenie wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle,
- analizę liczby i odsetka rodziców, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych,
- analizę liczby i odsetka dzieci, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.



## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 1. Koszty jednostkowe

W tabeli I przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład działań profilaktycznych. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty lecznicze i/lub gabinety dietetyczne, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. W uzasadnionych sytuacjach, w przypadku możliwości finansowych, dopuszcza się zwiększenie budżetu na realizację programu w danym roku.

Tab. I. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład działań profilaktycznych

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania edukacyjne	-
a. Wykład dla rodziców (spotkanie)	400,00
b. Warsztat dla dziecka (koszt udziału 1 dziecka w cyklu 3 warsztatów)	60,00
2. Badania przesiewowe	10,00
3. Interwencja multikomponentowa	-
Pierwsza Konsultacja dietetyczna	150,00
Kolejne konsultacje dietetyczne	100,00
Pierwsza konsultacja psychologiczna/psychodietetyczna	150,00
Kolejne konsultacje psychologiczna/psychodietetyczne	100,00
Pierwsza konsultacja z zakresu aktywności ruchowej	120,00
Kolejne konsultacje z zakresu aktywności ruchowej	80,00

Badania przesiewowe w Programie obejmą ok. 150 dzieci rocznie. Zgodnie z danymi pozyskanymi ze szkół na terenie gminy miejskiej Świdwin, rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała dotyczy ok. 15% dzieci. W związku z powyższym szacuje się, że etap II Programu obejmie ok. 23 dzieci rocznie.

### 2. Planowane koszty całkowite

Tab. II. Roczne koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Wykłady dla rodziców (koszt organizacji spotkania)	2	spotkanie	400	800,00
Warsztaty dla dzieci (koszt udziału dziecka w 3 spotkaniach)	150	osoba	60	9 000,00
Badania przesiewowe	150	osoba	10	1 500,00
Pierwsza konsultacja dietetyczna	23	osoba	150	5 400,00

Kolejne konsultacje dietetyczne (cykl kolejnych 5 konsultacji)	23	osoba	500	3 450,00
Pierwsza konsultacja psychologiczna/psychodietetyczna	23	osoba	150	11 500,00
Kolejne konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne (cykl kolejnych 2 konsultacji)	23	osoba	200	3 450,00
Pierwsza konsultacja z zakresu aktywności ruchowej	23	osoba	120	4 600,00
Kolejne konsultacje z zakresu aktywności ruchowej (cykl kolejnych 2 konsultacji)	23	osoba	160	3 680,00
Akcja informacyjno-edukacyjna	-	-	1000	1 000,00
Monitoring i ewaluacja	-	-	1000	1 000,00
Koszty Programu				42 740,00

Tab. III. Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rok realizacji	Wartość (zł)
2024	42 740,00
2025	42 740,00
2026	42 740,00
Suma	128 220,00

### 3. Źródło finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Miejskiej Świdwin. Urząd Miasta Świdwin będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

### Bibliografia:

1. Andrew G. Rundle, Yoosun Park, Julie B. Herbstman, Eliza W. Kinsey, Y. Claire Wang. COVID-19 Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. Obesity, 2020.



2. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka*, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613.
4. Dane Instytutu Żywności i Żywienia [<http://www.izz.waw.pl/pl/>].
5. Dane Medonet [<http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html>].
6. Dane WHO [<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>].
7. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020.
8. Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością 15-17.11.2006 r.
9. Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69.
10. [http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-młodzieży](http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy).
11. Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2002; 1: 17.
12. James O Hill, Can a small-changes approach help address the obesity epidemic? A report of the Joint Task Force of the American Society for Nutrition, Institute of Food Technologists, and International Food Information Council [<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf>].
13. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219.
14. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, [http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf).
15. Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.
16. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
17. Obwieszczenie Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 17 grudnia 2021 roku w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego [Poz. 5716].

18. Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%C5%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r.
19. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006; 52: 322–328.
20. Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa zachodniopomorskiego w zakresie 30 grup chorób, [http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie\\_mpz\\_16.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/podsumowanie_mpz_16.pdf).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].
22. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
23. Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3), 1871–1887.
24. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005; 90: 1871–1887.
25. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. Nutritional J 2007, 9: 345–356.
26. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [[www.gov.pl/web/zdrowie](http://www.gov.pl/web/zdrowie)].
27. Waller G et al., Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid, Cambrige University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: lek. med. Maria Gałuszko-Węgielnik
28. Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%C5%81-Rekomendacje.pdf>.

## Załączniki

### Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026” (wzór)

#### I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy	

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

#### II. Zgoda na udział w Programie

*W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody rodzica na udzielenie świadczeń zdrowotnych i pozostałych usług w Programie, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń.*

.....  
(data i podpis rodzica uczestnika Programu)

#### III. Działania edukacyjne

Nazwa świadczenia i daty udziału w zajęciach	Informacja dla celów ewaluacji
Warsztaty z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej	Wynik pre-testu: .....

<p>1 spotkanie dnia: .....</p> <p>2 spotkanie dnia: .....</p> <p>3 spotkanie dnia: .....</p>	<p>Wynik post-testu: .....</p> <p>Przyrost lub utrzymanie poziomu wiedzy:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
--	--

.....  
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

#### IV. Kwalifikacja do etapu II

Niniejszym zaświadczam, że pacjenta zakwalifikowano do II etapu Programu z uwagi na występowanie nadwagi/otyłości z wartością BMI ..... tj.:

BMI 90-97 centyla – nadwaga

BMI powyżej 97 centyla – otyłość

.....  
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

#### V. Etap II (interwencja multikomponentowa)

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia i informacje dla celów ewaluacji
1. Konsultacje dietetyczne	1 spotkanie dnia: ..... BMI: .....
	2 spotkanie dnia: ..... BMI: .....
	3 spotkanie dnia: ..... BMI: .....
	4 spotkanie dnia: ..... BMI: .....
	5 spotkanie dnia: ..... BMI: .....
	6 spotkanie dnia: ..... BMI: .....
	7 spotkanie dnia: ..... BMI: .....
	8 spotkanie dnia: ..... BMI: .....
	Zmiana pozytywna w zakresie BMI:   tak    nie
2. Konsultacje psychologiczne	1 spotkanie dnia: .....
	2 spotkanie dnia: .....
	3 spotkanie dnia: .....
	4 spotkanie dnia: .....
3. Konsultacje z zakresu aktywności ruchowej	1 spotkanie dnia: .....
	2 spotkanie dnia: .....
	3 spotkanie dnia: .....

.....  
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

## Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026” (wzór)

### I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

### II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

<b>Monitoring</b>	
Liczba rodziców, uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
Liczba dzieci, uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
Liczba dzieci, które zgłosiły się na badania przesiewowe	
Liczba dzieci, które zakwalifikowano do II etapu Programu	
Liczba dzieci uczestniczących w II etapie Programu, z podziałem na poszczególne interwencje	
Liczba dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
<b>Ewaluacja</b>	
Liczba i odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których uzyskano obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle	
Liczba i odsetek rodziców, u których utrzymano lub uzyskano wysokim poziom wiedzy w związku z podjętymi działaniami w ramach edukacji zdrowotnej	
Liczba i odsetek dzieci, u których utrzymano lub uzyskano wysokim poziom wiedzy w związku z podjętymi działaniami w ramach edukacji zdrowotnej	

\* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....

(pieczęć i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)  
sprawozdawcy)

### Załącznik 3

**Ankieta satysfakcji rodzica uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026” (wzór)**

#### I. Ocena rejestracji

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

#### II. Ocena jakości badań przesiewowych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość osoby wykonującej pomiary antropometryczne?					
poszanowanie prywatności podczas badań?					
staranność wykonywania badań?					

#### III. Ocena jakości porad dietetycznych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość dietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

#### IV. Ocena jakości porad psychologicznych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychologa/psychodietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

#### V. Ocena jakości porad z zakresu aktywności ruchowej

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość osoby udzielającej porad?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					



## VI. Ocena warunków panujących w przychodni/gabinecie

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

## V. Dodatkowe uwagi/opinie

