

Załącznik
do uchwały Nr 730/2022
Zarządu Powiatu w Policach
z dnia 28 stycznia 2022 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ



POWIATOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NADWADZE I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI W WIEKU 8 LAT UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ PODSTAWOWYCH W POWIECIE POLICKIM

Okres realizacji programu polityki zdrowotnej
2022 rok
(z możliwością przedłużenia na kolejne lata)

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)

POLICE 2022 R.

1. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Problem zdrowotny

Od połowy XX wieku znacznie zmieniły się trendy związane z przyczynami chorobowości populacji dziecięcej. Dzięki rozwojowi higieny, zapobieganiu chorobom infekcyjnym, a przede wszystkim zmianie stylu życia i żywienia wśród dzieci coraz większe znaczenie mają choroby cywilizacyjne. Na świecie w populacji dziecięcej w ostatnich latach obserwuje się znaczne narastanie nadwagi wieku i otyłości. Czynniki te znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia tzw. chorób cywilizacyjnych – m. in. nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, chorób metabolicznych, ale również chorób układu kostno-stawowego, wad postawy oraz wtórnie zaburzeń psychologicznych.

W populacji dzieci nadwaga i otyłość są określeniami dotyczącymi nadmiaru masy ciała (NMC) w stosunku do należytnej dla wieku i/lub wzrostu. U dziecka, u którego rozpoznaje się nadwagę/otyłość, znacznie zwiększa się ryzyko trwałego nadmiaru masy ciała w wieku kilkunastu lat oraz w wieku dorosłym. Wiąże się to ze znacznie wyższym prawdopodobieństwem wystąpienia niepożądanych skutków zdrowotnych, a następnie negatywnych efektów społecznych tj. kosztów bezpośrednich i pośrednich utrzymania osób chorych.

Wobec faktu, że zapobieganie chorobom cywilizacyjnym należy rozpocząć już w wieku rozwojowym, szczególnego znaczenia nabiera problem otyłości u dzieci i młodzieży. Naukowcy wykazali, iż występowanie otyłości w wieku rozwojowym zwiększa zachorowalność i śmiertelność po 50 latach życia, niezależnie od masy ciała tych osób w wieku dorosłym. Otyłość jest jednak czynnikiem modyfikowalnym, dzięki czemu możemy dążyć do poprawy stanu zdrowia ludności, w tym dzieci i młodzieży. Obniżenie i utrzymanie masy ciała dziecka w wartościach prawidłowych dla wieku i wzrostu zmniejsza ryzyko wystąpienia opisywanych powyżej chorób.

Dane epidemiologiczne

Występowanie otyłości stanowi znaczący problem zdrowia publicznego. Faza dojrzewania płciowego jest okresem, w którym występuje zwiększone ryzyko występowania otyłości. U chłopców występuje w tym czasie przyrost masy mięśniowej i zmniejszenie tkanki tłuszczowej. U dziewcząt dochodzi do przyrostu tkanki tłuszczowej. Jednocześnie wśród dzieci w wieku szkolnym obserwuje się zmniejszenie aktywności fizycznej w ciągu dnia, co związane jest zarówno z zajęciami szkolnymi, jak i pozalekcyjnymi. Nadwaga i otyłość wśród dzieci to jeden ze skutków pandemii Covid-19 i społecznej kwarantanny. Rutynowe aktywności pozwalają dziecku co dzień wydatkować kilkaset kalorii np. na pójście do szkoły i powrót z niej albo dojście do przystanku. Znaczenie ma przemieszczanie się z klasy do klasy w szkole, zabawy na przerwie, ale też wyjście z rodzicami po zakupy. Istotne znaczenie dla codziennego bilansu energetycznego mają lekcje wychowania fizycznego i zajęcia sportowe, które pozwalają wydatkować kolejne kilkaset kalorii. W czasie społecznej kwarantanny tych

aktywności zabrakło i najczęściej nie pojawiły się w ich miejsce inne czynności, wymagające ruchu. To faktycznie mogło doprowadzić do obniżenia kondycji fizycznej, a także wzrostu masy ciała. W efekcie tych czynników oraz zmiany trybu życia w ostatnich latach możemy zauważyć znaczący przyrost populacji dzieci z NMC.

Z badań WHO *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI)² wynika, że jedno na troje dzieci w krajach Unii Europejskiej w wieku 6-9 lat w roku 2010 miało nadwagę lub otyłość. W Polsce badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, wskazują, że problem nadwagi i otyłości dotyczy ok. 12-14% dzieci i wykazuje zróżnicowanie regionalne.

W 2001 r. Ewa Małecka-Tendera wraz z ekspertami prowadzili ogólnopolskie badania na reprezentatywnej grupie dzieci w wieku 7-9 lat. Nadwagę i otyłość stwierdzili u 15,8% dziewcząt i 15% chłopców, w tym otyłość u 3,7% dziewcząt i 3,6% chłopców. Anna Oblacinska wraz z ekspertami w 2005 r. dokonali oceny występowania nadwagi i otyłości u chłopców i dziewcząt wieku 13-15 lat w wybranych losowo województwach naszego kraju. Do określenia nadwagi i otyłości stosowali siatki skorelowanej masy ciała do wzrostu. Autorzy pracy stwierdzili występowanie nadwagi w grupie chłopców na poziomie 11,6%, a otyłości odpowiednio - 3,3%. Badając dziewczęta stwierdzili otyłość u 5,7%, a nadwagę u 14,9% z nich.

Częstość występowania nadwagi wśród dzieci i młodzieży w latach 2007-2009 w Polsce szacowanych na podstawie badania OLAF mieści się w przedziale od 7,1-16,9%, a otyłości 2,1-5,9 %. Parametry te zależały w znacznym stopniu od wieku badanej grupy, najwyższa była w przedziale wiekowym 7-13 lat. W badaniu OLAF: „Nadwaga i otyłość dzieci i młodzieży w Polsce - epidemiologia i uwarunkowania socjoekonomiczne”, realizowanym w latach 2007-2009 na losowo dobranej grupie 17 573 dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat (badanie o szczególnym znaczeniu pod względem metodologii badawczej) stwierdzono występowanie nadwagi i otyłości u 18% chłopców i 14% dziewcząt. Na podstawie najnowszych badań z 2020 roku [Ratajczak, Petriczko], przeprowadzonych na populacji dzieci 8-9 letnich na terenie Szczecina, częstość występowania nadwagi i otyłości oceniono na 17,6% - dzieci z nadwagą i 8,6% dzieci otyłe.

Z danych raportu z międzynarodowych badań WHO „Nadwaga i otyłość u Polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych” wynika że:

- 1) u prawie 1/3 polskich 8-latków stwierdza się nadwagę lub otyłość;
- 2) nadmiar masy ciała występuje częściej u chłopców niż dziewcząt;
- 3) co piąte dziecko w wieku 8 lat charakteryzuje się zbyt dużym obwodem talii;
- 4) obwód talii 8-latków jest większy u dziewcząt niż u chłopców;
- 5) obwód bioder w wieku 8 lat przyjmuje zbliżone wartości u obu płci;
- 6) co piąty 8-latek w Polsce ma podwyższone skurczowe ciśnienie tętnicze krwi;
- 7) nieprawidłowe, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi występuje częściej u dzieci z nadwagą i otyłością, oraz wiele innych czynników wpływających na otyłość i nadwagę wśród 8-latków.

Tabela 1. Dzieci i młodzież leczone z powodu otyłości w poradniach leczenia podstawowego w powiecie polickim w latach 2016-2019.

Lata		2016	2017	2018	2019
Liczba osób, u których stwierdzono otyłość.		99	124	254	245
Wiek	0-2	-	1	1	-
	3-4	6	10	50	12
	5-9	19	25	76	56
	10-14	32	44	56	93
	15-18	42	44	71	84
Z wiersza 1 osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym		15	37	62	39

Źródło: Sprawozdanie MZ-11.

Przeciwdziałanie występowaniu otyłości znajduje się na liście priorytetów zdrowotnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469).

Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego

Liczba dzieci w wieku 8 lat w Powiecie Polickim w 2022 r. wynosi nieco ponad 900 z czego tylko część z nich zostanie w pełni objęta działaniami zaplanowanymi w „Powiatowym programie przeciwdziałania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szkół podstawowych w Powiecie Polickim”, zwanego dalej „programem”. Udział w projektach profilaktyki zdrowotnej jest dobrowolny, a zgłaszalność zwykle na poziomie 60-70%.

W ramach realizowanego programu planowane jest objęcie grupy dzieci 8-letnich uczęszczających do publicznych szkół podstawowych w Powiecie Polickim. Jak wspomniano powyżej łączna liczba uczestników programu szacowana jest na ok. 900 dzieci w trakcie jednego roku trwania programu, przy założeniu 100% frekwencji, realne założenie frekwencji wynosi między 60% a 80% grupy docelowej.

Spośród osób włączonych do programu około 10% zostanie zaproszonych do dalszej interwencji podjętej na rzecz osób ze wstępnym rozpoznaniem nadmiaru masy ciała. Liczba ta wynika z danych epidemiologicznych dotyczących występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci.

Opis obecnego postępowania - dostępne finansowane ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej

W ramach realizowanych zadań programu planowane są badania przesiewowe o spektrum znacznie szerszym niż realizowane w ramach świadczeń obecnie dostępnych ze środków publicznych (dokładne badania antropometryczne, badania sprawności fizycznej i wydolności krążeniowo oddechowej). Interwencja skierowana do dzieci ma zawierać dwa główne elementy, które są niezbędne do kompleksowego zrealizowania programu.

Badania przesiewowe dzieci w kierunku otyłości i nadwagie będą wstępem do dalszej interdyscyplinarnej interwencji w ramach programu. W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia takie działania, zarówno przesiewowe, jak i pogłębione, nie znajdują odzwierciedlenia. Nie ma również dostępnego kompleksowego, interdyscyplinarnego systemu leczenia otyłości u dzieci, która finansowany byłby w ramach środków publicznych.

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Gwałtownie narastająca skala nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, zwłaszcza w okresie pandemii Covid-19 i społecznej kwarantanny, jest jednym z najważniejszych do rozwiązania zagadnień z zakresu zdrowia publicznego. Wszelkie skuteczne działania podejmowane w celu redukcji częstości występowania problemu nadmiaru masy ciała w populacji dziecięcej przyczyniać się będą do redukcji przyszłych skutków zdrowotnych oraz ekonomicznych.

Przeprowadzenie kompleksowej interwencji pozwoli nie tylko na okresowe poprawienie wyników zdrowotnych, ale także uświadomienie problemu i zachęcenie do zmiany zachowań, zarówno przez uczestników programu, jak i jego bezpośrednich odbiorców – w tym, przede wszystkim, rodziców dzieci z nadmierną masą ciała. Efekty programu będą przez to widoczne jeszcze długo po jego zakończeniu.

W obecnie funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie istnieje żadna forma długofalowej, kompleksowej opieki nad dziećmi z zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości. System zapewnia specjalistyczną opiekę lekarską, ograniczoną jednak głównie do okresowego monitorowania stanu zdrowia, bez prowadzenia stałej interwencji i edukacji. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy tylko pełne,

interdyscyplinarne podejście do zagadnienia redukcji nadwagi i otyłości w populacji dziecięcej, jako głównego modyfikowalnego czynnika chorób cywilizacyjnych, może doprowadzić do realizacji założeń programu.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny

Poprawa stanu zdrowia dzieci z nadmierną masą ciała z Powiatu Polickiego poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u dzieci z nadwagą i otyłością oraz stworzenie w środowisku szkolnym warunków sprzyjających właściwym nawykom żywieniowym oraz aktywności fizycznej, jako elementów utrzymania i poprawy zdrowia. Jako poprawę stanu zdrowia dzieci z nadmierną masą ciała rozumiane jest zahamowanie przyrostów masy ciała dzieci wyrażonych utrzymaniem lub obniżeniem przez nie BMI o 1kg/m², czyli o >0,25 BMI-SDS, lub stabilna masa ciała przez ponad rok u rosnącego dziecka.

Cele szczegółowe

- 1) zmniejszenie częstotliwości występowania otyłości u dzieci z terenu Powiatu Polickiego objętych programem;
- 2) obniżenie BMI o 1kg/m², czyli o >0,25 BMI-SDS, lub stabilna masa ciała przez ponad rok u rosnącego dziecka) w stosunku do wyjściowej wartości BMI, adekwatnie dla wieku i płci;
- 3) wczesna identyfikacja dzieci z chorobami metabolicznymi (zaburzenia gospodarki węglowodanowej, zaburzenia lipidowe) oraz innymi chorobami wymagającymi leczenia w trybie pilnym (nadciśnienie tętnicze, wady postawy) w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci i rodziców, uczestników programu (ocena poprzez badanie testowe stanu wiedzy przed i po zakończeniu uczestnictwa w programie);
- 5) stała zmiana nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu;
- 6) przekazanie podstawowych kompetencji w zakresie prozdrowotnego stylu życia rodzicom dzieci ze szkół podstawowych z terenu Powiatu Polickiego.

Oczekiwane efekty

- 1) przeprowadzenie kompleksowego badania przesiewowego w populacji 8-latków z terenu Powiatu Polickiego w jednorocznym programie, przeprowadzenie interwencji przesiewowej i edukacyjnej; przekazanie dzieciom indywidualnego planu postępowania zdrowotnego z rekomendacjami dotyczącymi stylu życia w zakresie aktywności fizycznej, żywienia;
- 2) zahamowanie trendu wzrostowego występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci 8-letnich z terenu Powiatu Polickiego;
- 3) przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u min. 60-80% dzieci z nadwagą i otyłością; poszerzenie stanu wiedzy na temat prozdrowotnego stylu życia u dzieci i ich rodziców;

- 4) obniżenie BMI o 1kg/m², czyli o >0,25 BMI-SDS, lub stabilna masa ciała przez ponad rok u rosnącego dziecka)-dotyczy dzieci poddanych interwencji (w stosunku do należnych dla wieku i płci);
- 5) utrzymanie pozytywnego efektu zdrowotnego po roku od zakończenia interwencji;
- 6) wzrost świadomości zdrowotnej wśród rodziców i dzieci objętych programem.

Mierniki efektów

- 1) ocena masy i wysokości ciała, wyliczenie BMI oraz wartości centylowych dla uczestników programu po zakończeniu interwencji oraz w rok po jej zakończeniu (u wybranej grupy uczniów); Jako istotną klinicznie pozytywną zmianę zostanie potraktowane obniżenie BMI o 1kg/m², czyli o >0,25 BMI-SDS, lub stabilna masa ciała przez ponad rok u rosnącego dziecka);
- 2) zmiana zachowań zdrowotnych i żywieniowych rodziców oraz dzieci (ocena poprzez badanie testowe stanu wiedzy przed i po zakończeniu uczestnictwa w programie);

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji

Oszacowanie populacji programu

Łączna liczba uczniów objętej projektem grupy wiekowej kształtuje się na poziomie 900 dzieci. Dzieci zostaną objęte badaniami przesiewowymi nastawionymi na identyfikację czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Realnym jest osiągnięcie uczestnictwa na poziomie 60-80% ze względu na możliwość uzyskania zgody rodziców (opiekunów prawnych), zainteresowania rodziców oraz współpracy ze szkołami. Z dostępnych doniesień literaturowych wynika, że średnio około 70% rodziców wyraża zgodę na udział ich dziecka w badaniach przesiewowych, co stanowić będzie 540-720 uczestników.

Do programu interwencyjnego zakwalifikowanych zostanie około 10% dzieci poddanych badaniom przesiewowym (czyli 50-70 dzieci), zgodnie z opisaną powyżej epidemiologią. Będą to dzieci z wykrytymi czynnikami ryzyka nadwagi i otyłości.

Ze względu na zwartą i łatwo dostępną grupę uczestników rekrutacja dzieci do badania przesiewowego oraz interwencji edukacyjno-zdrowotnej będzie prowadzona na terenie szkół podstawowych w poszczególnych gminach Powiatu Polickiego (Dobra, Kołbaskowo, Nowe Warpno i Police).

Badania przesiewowe będą prowadzone w szkołach przez przeszkolone pielęgniarki. Badania realizowane będą w szkołach podstawowych w gminach na terenie Powiatu Polickiego. Zakładane jest uczestnictwo uczniów na poziomie ok. 60-80% w badaniach przesiewowych.

Dzieci z wykrytymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych – w szczególności dzieci z nadwagą i otyłością, zostaną zaproszone do wzięcia udziału w kompleksowej interwencji edukacyjno-leczniczej. Będzie ona miała na celu zmianę nawyków żywieniowych, aktywności

fizycznej i prozdrowotnych, czego oczekiwanym efektem będzie redukcja BMI. Jako istotną klinicznie zmianę traktować będziemy obniżenie BMI o 1kg/m², czyli o >0,25 BMI-SDS, lub stabilna masa ciała przez ponad rok u rosnącego dziecka. Szacowane jest uczestnictwo około 10% dzieci zaproszonych do drugiego etapu interwencji.

Dane wszystkich dzieci uczestniczących w programie od etapu badań przesiewowych do zakończenia interwencji będą systematycznie gromadzone w bazach danych, co pozwoli na stałe dotarcie do populacji badanej.

W związku z powyższym planowane jest następujące minimalne uczestnictwo uczniów w programie:

- 1) 540-720 uczniów na etapie przesiewowym;
- 2) ok. 50-70 uczniów na etapie rozpoczęcia interwencji edukacyjno-zdrowotnej, 50-60 na etapie ukończenia interwencji.

Poza uczniami, do których bezpośrednio zostanie skierowany projekt interwencji, jego działania skupione będą również na ich rodzicach. Zgoda opiekunów będzie niezbędna do wykonania badań przesiewowych. Opiekunowie otrzymają informacje na temat stanu zdrowia dziecka, proponowanego dalszego postępowania oraz ewentualnego włączenia do programu interwencyjnego (indywidualny plan postępowania zdrowotnego). W założeniach programu jest również przeprowadzenie spotkań edukacyjnych skierowanych do ogółu rodziców dzieci objętych programem. Przewiduje się udział wszystkich rodziców, dzieci uczestników programu, czyli 1000-1400 rodziców.

Rodzice będą aktywnymi uczestnikami programu interwencyjnego, gdyż to oni będą w zdecydowanej mierze odpowiedzialni za zachowania zdrowotne w życiu dziecka i rodziny. W związku z tym wszelkie działania edukacyjne oraz interwencyjne zostaną dopasowane do potrzeb osób dorosłych. Rodzice zostaną również uczestnikami spotkań w ramach programu interwencyjnego. Szacowany jest udział grupy około 60-80% rodziców w ciągu trwania programu, z czego w programie pogłębionym weźmie udział około 60-80% rodziców.

Kryteria kwalifikacji

Do programu przesiewowego będą kwalifikowane dzieci 8-letnie - uczniowie publicznych szkół podstawowych z gmin z terenu Powiatu Polickiego, które wyrażą chęć współpracy w tym zakresie. Niezbędnym kryterium kwalifikacji będzie zgoda rodziców na przeprowadzenie badania przesiewowego.

Do programu interwencji edukacyjno-zdrowotnej zaproszone będą dzieci z wykrytymi zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości (≥ 90 centyl BMI wg OLAF). Z programu wyłączone będą dzieci objęte już specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ dotyczącą zaburzeń układu endokrynologicznego oraz metabolicznych (poza dziećmi z leczoną pierwotną otyłością).

Zasady udzielania świadczeń

Badania przesiewowe realizowane będą w szkołach podstawowych. Przeprowadzanie badań w środowisku szkolnym daje szansę na uzyskanie wysokiego stopnia uczestnictwa uczniów w programie oraz łatwego dostępu do rodziców – celem uzyskania zgód i zaangażowania ich w realizację programu.

Badania przesiewowe zostaną przeprowadzone przez pielęgniarki (zespół 3-4 przeszkolonych pielęgniarek z co najmniej 2 letnim doświadczeniem w realizacji badań profilaktycznych). Sprzęt niezbędny do realizacji części przesiewowej projektu zostanie udostępniony przez szkoły. Zakup licencji programu zintegrowanego programu do badań profilaktycznych pozwoli na gromadzenie, analizowanie danych w czasie rzeczywistym. Uzyskane dane zostaną przedstawione Powiatowi Polickiemu, szkołom i rodzicom w postaci raportów indywidualnych i grupowych, uzupełnionych o wskazania co do dalszego postępowania z dzieckiem/dziećmi. Raporty dotyczące pomiarów wykonanych u dziecka i jego ewentualnych problemów zdrowotnych (nadwaga/otyłość) oraz planowanych działań prozdrowotnych (udział w części interwencyjnej) zostaną również przekazane lekarzowi POZ, pod opieką, którego znajduje się dziecko.

Program interwencyjny realizowany będzie w terminach najbardziej dogodnych dla rodziców i uczestników programu interwencyjnego. W tym celu zostaną wydzielone i dostosowane pomieszczenia odpowiadające wymogom interwencji oraz zapewniające przyjazne środowisko dla dzieci i rodziców. Liczba dni prowadzonej interwencji będzie dopasowana do liczby zgłaszających się uczestników, tak by każdemu uczestnikowi zapewnić możliwość przeprowadzenia planowanej liczby konsultacji w określonych powyżej terminach. Zaplanowano spotkania 30 minutowe z lekarzem, 30 minutowe z dietetykiem, 30 minutowe z fizjoterapeutą/terapeutą ruchowym, 30 minutowe z psychologiem. Spotkania będą się odbywały co 3 miesiące. Każde dziecko będzie uczestniczyć w ww. spotkaniach 4 x w roku. Przewidziano 12 godzin indywidualnych spotkań. Dodatkowo dzieci będą uczestniczyć w grupowych zajęciach ruchowych na świeżym powietrzu – 8 godzin, oraz grupowych warsztatach dietetycznych – 6 godzin. Całkowita liczba godzin przewidziana na 1 uczestnika programu wynosi 26 rocznie.

Sposób powiązania ze świadczeniami zdrowotnymi

W ramach realizowanych zadań planowane są badania przesiewowe o spektrum znacznie szerszym niż realizowane w ramach badań obecnie dostępnych w ramach środków publicznych. Interwencja skierowana do dzieci ma zawierać dwa główne elementy, których wspólna realizacja niezbędna jest do kompleksowego wykonania programu.

Badania przesiewowe dzieci zmierzające do identyfikacji dzieci z nadwagą i otyłością będą wstępem do dalszej interdyscyplinarnej interwencji w ramach programu. W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia takie działania, zarówno przesiewowe, jak i pogłębione, nie są obecnie realizowane.

Sposób zakończenia programu

U wszystkich uczniów objętych programem przeprowadzona zostanie badanie przesiewowe oraz przekazanie rodzicom informacji o stanie zdrowia oraz proponowanym dalszym postępowaniu prozdrowotnym. Będzie to zakończenie interwencji dla około 80-90% populacji, u których nie zostaną wykryte zaburzenia zdrowotne.

Dla osób zaangażowanych w program przewidywany jest roczny okres wsparcia pod opieką lekarza, dietetyka, psychologa oraz specjalisty aktywności fizycznej. Zakończeniem programu będzie ostatnia, kompleksowa wizyta oceniająca efekty kilkumiesięcznej interwencji oraz wskazująca dalsze kierunki postępowania prozdrowotnego. Interwencja polega na konsultacji 4 specjalistów (lekarza, dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty) co 3 miesiące. W tym opracowanie planu postępowania dietetycznego i dotyczącego aktywności fizycznej dla dziecka.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Główne założenia programu:

1. W celu przygotowania harmonogramu roboczego, protokołów wykonawczych oraz zapewnienia odpowiedniego standardu merytorycznego i naukowego realizator powoła zespół. W skład zespołu wejdą przedstawiciele świata nauki zajmujący się problematyką chorób otyłości u dzieci. Zadaniem zespołu będzie głównie opiniowanie planowanych harmonogramów działań, a także określanie kierunków zmian w kolejnych etapach realizacji w oparciu o dane z ewaluacji kolejnych etapów programu. Zespół będzie miał również za zadanie wytyczenie kierunków opracowania danych pozyskanych w ramach realizowanych w programie badań tak, by maksymalnie wykorzystać uzyskane wyniki dla poprawy zdrowia dzieci z terenu Powiatu Polickiego, a także przekazać te dane szerszemu gronu odbiorców. Poszczególni członkowie zespołu odpowiedzialni będą za prowadzenie poszczególnych elementów etapu przesiewowego oraz interwencyjnego w programie.
2. Dla zapewnienia optymalnej opieki nad dziećmi z wykrytymi de novo zaburzeniami i chorobami dyskwalifikującymi z uczestnictwa w programie, ale wymagającymi dalszego leczenia, realizator nawiąże współpracę z klinikami pediatrycznymi z terenu Polic i Szczecina, celem wypracowania skróconej ścieżki dostępu do właściwych świadczeń medycznych.
3. Przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku czynników ryzyka wśród uczniów 8-letnich. Dzieci będą badane przesiewowo w szkołach podstawowych z terenu Powiatu Polickiego. Badania przesiewowe będą przeprowadzane przez zespół wykwalifikowanych pielęgniarek. Dzieci spełniające kryteria kwalifikacji będą następnie zapraszane do dalszych etapów programu wraz z rodzicami.
Przed rozpoczęciem badań rodzice otrzymają pełną informację na temat programu oraz zostaną poproszeni o podpisanie należytych zgód i podanie danych kontaktowych. Wyrażenie zgody przez rodziców będzie warunkiem koniecznym do włączenia dziecka do

programu. Badania przesiewowe będą prowadzone w koordynacji i porozumieniu ze szkołami.

4. Przygotowanie w formie karty wyniku informacji zwrotnej o ocenie badanych parametrów oraz przekazanie materiałów edukacyjnych dla nie zakwalifikowanych do kolejnego etapu dzieci i ich rodziców, wzmacniających pozytywne zachowania prozdrowotne.
5. Wyselekcjonowanie z powyższych grup dzieci z czynnikami ryzyka nadwagi i otyłości.
6. Przeprowadzenie pełnej interwencji edukacyjno-leczniczej u dzieci z wykrytymi problemami zdrowotnymi w zakresie nadwagi i otyłości.
7. Przygotowanie oraz przeprowadzenie kompleksowego programu edukacyjnego dla dzieci i rodziców włączonych do etapu interwencyjnego (w zakresie diety, aktywności fizycznej, budowania pozytywnych zachowań zdrowotnych).
8. Wszystkie działania realizowane w programie będą wsparte akcją medialną i informacyjną skierowaną do rodziców, mediów oraz dyrektorów placówek oświatowych. Realizatorom zależeć będzie na przedstawieniu pozytywnych długofalowych efektów realizowanego programu. Działania promujące program będą realizowane poprzez audycje radiowe w Radio Szczecin- 2x w roku, publikacje informacji o programie na stronie internetowej powiatu polickiego. Wydrukowane zostaną materiały informacyjne dotyczące programu, które będą dostarczone do szkół i gminnych ośrodków zdrowia.
9. Ewaluacja programu będzie składała się z oceny efektów programu u dzieci z grupy włączonej do interwencji jak i efektów organizacyjnych i skuteczności włączania dzieci do interwencji. Ocenie podlegać będzie również odsetek dzieci, u których zahamowano wzrost odsetka BMI, oraz tych, u których osiągnięto obniżenie odsetka BMI.

Części składowe programu przesiewowego

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie następujących działań:

- 1) przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w kierunku obciążenia ryzykiem chorób metabolicznych; wywiad ten będzie obejmował uzyskanie informacji od rodziców/opiekunów dotyczących występowania nadwagi i otyłości w rodzinie, wzorców żywieniowych (spożywanie śniadań, wielkość porcji żywieniowych, obecność w diecie słodkich napojów i słodczy, spożywania posiłków poza domem, obecności warzyw i owoców w posiłkach), poziomu aktywności fizycznej, stosowania suplementów diety, aktualnej kondycji psychicznej dziecka i ilości godzin snu.
- 2) przesiewowe badanie fizykalne (z pełnymi pomiarami antropometrycznymi, czyli masa, wysokość ciała dziecka, wyliczenie wskaźnika BMI), pomiar ciśnienia tętniczego, badanie składu masy ciała. Odczyt centyla z siatki będzie uwzględniał wiek w czasie pomiaru i płeć dziecka; badania przesiewowe będą realizowane zgodnie z aktualnymi zaleceniami ekspertów; w przypadku wykrycia zaburzeń skierowanie dziecka do dalszych badań w ramach programu interwencyjnego; w przypadku wykrycia ewidentnych odchyleń od prawidłowego stanu zdrowia mogących być stanem zagrożenia zdrowia lub życia natychmiastowe skierowanie dziecka pod opiekę świadczeniodawców finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) przeprowadzenie ankiet dotyczących stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych u dzieci;

- 4) przekazanie materiałów edukacyjnych oraz indywidualnego planu postępowania zdrowotnego dla dzieci i rodziców bez wykrytych nieprawidłowości;
- 5) przeprowadzenie wstępnego testu wiedzy u rodziców na temat zasad prawidłowego żywienia, snu i aktywności fizycznej dziecka
- 6) kwalifikacja dzieci z wykrytymi nieprawidłowościami do dalszej interwencji w ramach programu edukacyjno-zdrowotnego.

Wszystkie dzieci zakwalifikowane do dalszej części programu zostaną skierowane na wykonanie badań krwi w niezbędnym zakresie do oceny możliwych chorobowych przyczyn lub skutków otyłości. Zakres badań zostanie ustalony przez zespół. Planowane jest przeprowadzenie badań laboratoryjnych w kierunku najczęstszych chorób metabolicznych (profil lipidowy, glukoza i insulina na czczo, HbA1c).

Części składowe programu interwencyjnego:

- 1) zgodnie z harmonogramem programu, dla wszystkich uczestników oraz rodzica/ów odbędą się spotkania konsultacyjne z lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej; dotyczyć będą czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, zagrożeń związanych nadwagą i otyłością; będą one również wprowadzeniem do dalszej interwencji dietetycznej i psychologicznej; spotkania przewidziane są w formie indywidualnych konsultacji z lekarzem, dietetykiem, psychologiem i specjalistą aktywności fizycznej; w czasie pierwszych spotkań zostanie omówiony obecny stan zdrowia dziecka oraz wyniki testów przesiewowych, zlecone zostaną również badania laboratoryjne. W porozumieniu ze wszystkimi specjalistami biorącymi udział w programie zostanie wytyczony plan postępowania zdrowotnego dla dziecka skupiający się na zmianie diety, aktywności fizycznej i zachowań zdrowotnych w rodzinie:
 - a) specjalistyczna konsultacja lekarska z lekarzem specjalizującym się w chorobach dzieci lub lekarzem specjalizującym się w chorobach metabolicznych; w ramach badania lekarskiego przeprowadzone zostaną:
 - szczegółowa ocena czynników ryzyka nadwagi i otyłości,
 - ocena uzyskanych wyników badań laboratoryjnych,
 - w przypadku rozpoznania zaburzeń istotnych klinicznie skierowanie do dalszej opieki w warunkach poradni specjalistycznych poza programem, co pozwoli na ewentualne wcześniejsze podjęcie leczenia we właściwych poradniach/szpitalach,
 - b) konsultacje z psychologiem, wzmocnienie nastawienia rodziców do przeprowadzenia zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny, porady dotyczące sposobów motywowania dziecka do stosowania zaleceń dietetycznych, porady z zakresu psychodietetyki (unikanie traktowania jedzenia jako nagrody lub pocieszenia dla poprawy nastroju),
 - c) konsultacje z dietetykiem, analiza zachowań żywieniowych, dobór odpowiedniej diety, wprowadzenie prawidłowych zachowań żywieniowych,
 - d) konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej – ustawienie optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała, a także możliwościami i preferencjami dziecka, zaplanowanie grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku;

- 2) wszyscy specjaliści zaangażowani do realizacji programu przez realizatora będą osobami z niezbędnymi kwalifikacjami oraz doświadczeniem do realizacji poradnictwa dla dzieci; niezbędne jest posiadanie kierunkowego wykształcenia oraz dokumentów potwierdzających kwalifikacje; realizator programu w zespole specjalistów zatrudni osoby posiadające specjalistyczne kwalifikacje w realizacji interwencji w zakresie nadwagi i otyłości u dzieci, poświadczone dokumentami wydanymi przez krajowe lub międzynarodowe organizacje naukowe;
- 3) schemat postępowania zdrowotnego, cele oraz metodologia poradnictwa w ramach programu interwencyjnego będą opracowane szczegółowo przez zespół, zaproszonych ekspertów oraz wykonawców programu przed rozpoczęciem interwencji, w ramach zaplanowanego w harmonogramie czasu;
- 4) w podjętym programie planowane jest zakończenie interwencji po roku; ten czas pozwoli na odpowiednie zmotywowanie rodziców i pokazanie możliwych do wprowadzenia zmian w środowisku domowym.

Rodzice

wsparcie edukacyjne rodziców dzieci 8-letnich poprzez przekazanie materiałów edukacyjnych dotyczących stanu zdrowia ich dzieci oraz proponowanego postępowania; przeprowadzenie warsztatów edukacyjnych dla rodziców dzieci.

zaangażowanie rodziców w podejmowanie zmian w środowisku szkolnym

zaangażowanie rodziców dzieci z wykrytymi deficytami w programy (patrz dalej); nastawienie ich na dokonywanie zmian w środowisku domowym i podtrzymywanie zmian w zachowaniach i diecie dzieci

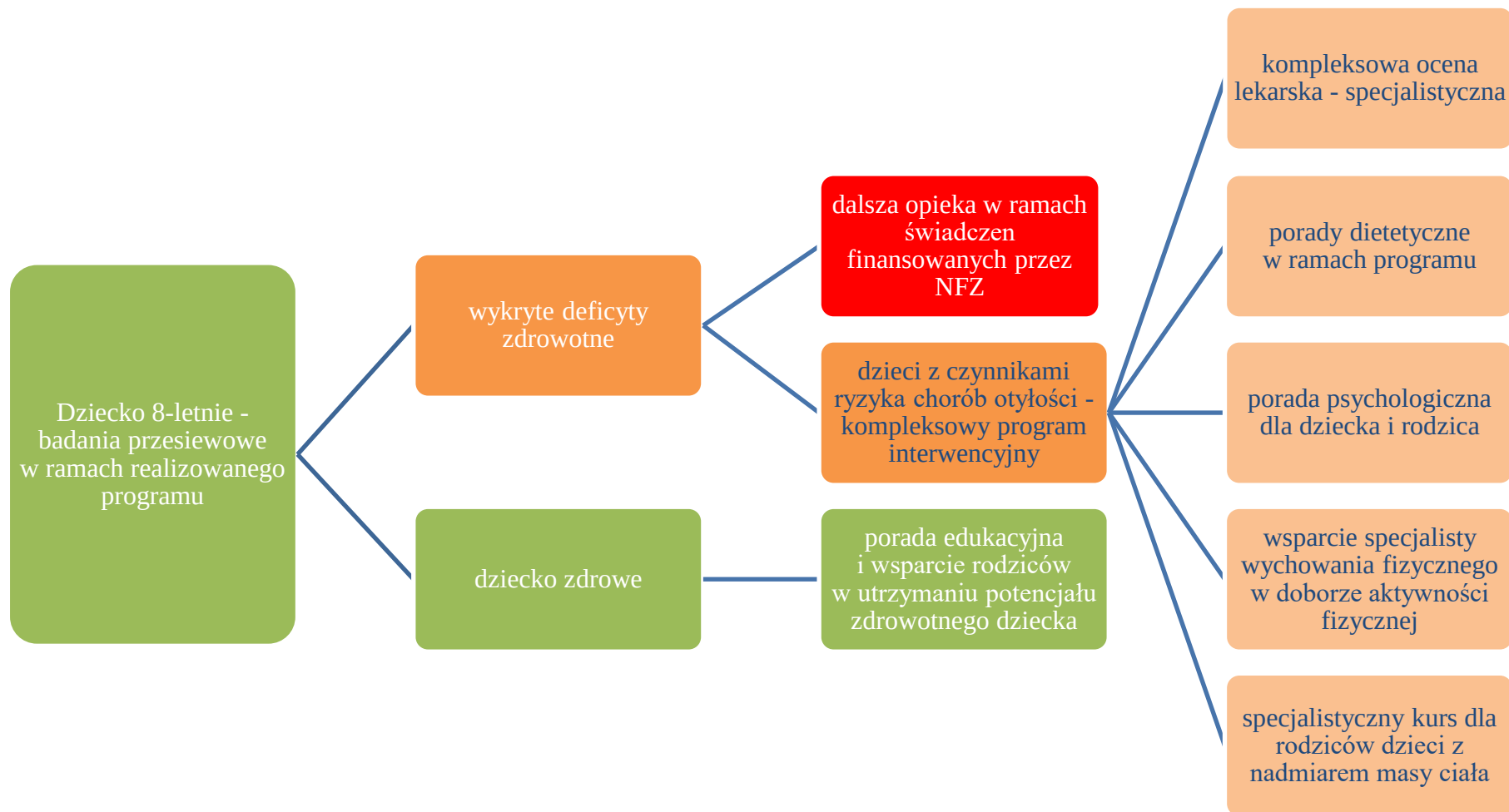
Uczniowie

badania przesiewowe dzieci 8-letnich z Powiatu Polickiego

wsparcie edukacyjne dzieci w przypadku braku zaburzeń

etap interwencyjny dla dzieci z wykrytymi deficytami

objęcie dzieci interwencją interdyscyplinarną, w przypadku wykrycia stanów zagrożenia zdrowia skierowanie do dalszego leczenia przez świadczeniodawców finansowanych przez NFZ



Kompetencje niezbędne do realizacji programu

Koordynator - osoba z wykształceniem medycznym (pielęgniarka, lekarz, specjalista zdrowia publicznego) posiadająca doświadczenie w budowie oraz przeprowadzaniu interwencji profilaktycznych. Dodatkowym atutem będzie doświadczenie w pracy z populacją dziecięcą.

Realizator - realizatorem programu powinien być zakład leczniczy posiadający kompetencje w zakresie chorób dzieci z ukierunkowaniem na choroby metaboliczne, nadwagę i otyłość. Realizator powinien również dobrać niezbędne kadry do realizacji programu: lekarza pediatrę lub kształcącego się w zakresie pediatrii/chorób metabolicznych z doświadczeniem w zakresie prowadzenia długofalowych interwencji zdrowotnych u pacjentów z nadmiarem masy ciała, dietetyka z wykształceniem wyższym lub osobę z pokrewnym wykształceniem z zakresu żywienia człowieka; psychologa z doświadczeniem z zakresu interwencji behawioralnych skierowanych do rodzin; specjalistę aktywności fizycznej z doświadczeniem w zakresie oceny wysiłku fizycznego oraz planowanej interwencji dla dzieci z nadmiarem masy ciała.

Dodatkowym atutem będzie posiadanie przez realizatora i personel certyfikatów w zakresie leczenia nadwagi i otyłości wydanych przez krajowe lub międzynarodowe towarzystwa naukowe i specjalistyczne.

5. Koszty programu

Łączny koszt programu przewidywany jest na poziomie ok. 145 000 złotych w ciągu jednego roku jego realizacji. Źródłem finansowania programu będą środki z budżetu Powiatu Polickiego zaplanowane na 2022 rok, a także ewentualnie i/lub środki z budżetów gmin Powiatu Polickiego i/lub środki z Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach dofinansowania programów polityki zdrowotnej dla jednostek samorządu terytorialnego.

L.p.	Zadanie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity w 2022 r. (kwota brutto w zł)
1.	Badanie przesiewowe	900	40,00	dziecko	36 000,00
2.	Interwencja specjalistyczna	80	800,00	interwencja	64 000,00
3.	Działania edukacyjne dla dzieci i rodziców /opiekunów prawnych oraz skierowanych do dyrektorów, nauczycieli i innych osób biorących udział w programie, koszty	1	8 000,00	pakiet	8 000,00

	transportu i inne koszty niezbędne do realizacji programu z wykluczeniem kosztów zakupu sprzętu				
4.	Koszty administracyjno-księgowe	12	333,33	miesiąc	4 000,00
5.	Koszty nabycia licencji systemu komputerowego oraz licencji programu (zintegrowany program działający <i>online</i> w czasie rzeczywistym, służący gromadzeniu i analizie danych pozyskanych każdego spotkania ze specjalistami; umożliwia generowanie raportów indywidualnych i zbiorowych dla uczestników, tj. rodziców dzieci, oraz zanonimizowanych raportów grupowych dla szkół)	1	20 000,00	komplet	20 000,00
6.	Koszty nabycia sprzętu niezbędnego do realizacji Programu (stadiometr do pomiaru wysokości ciała, waga lekarska, ciśnieniomierze z mankietem dziecięcym, stopień do wykonania	1	5 000,00	komplet	5 000,00

	standardowego 5 minutowego step testu, wskaźnik pomiaru tętna u dziecka)				
7.	Koszty działań marketingowych	1	5 000,00	pakiet	5 000,00
8.	Wynagrodzenie koordynatora	12	250,00	miesiąc	3 000,00
RAZEM			X	X	145 000,00

6. Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności

Ocena zgłaszalności uczestników do obu części interwencji będzie na bieżąco monitorowana, co jest możliwe dzięki realizacji programu przy współpracy ze środowiskiem szkolnym - nauczycielami, pedagogami (wychowawcami klas), rodzicami oraz dyrekcją szkoły. Zakładana efektywność zgłoszeń szacowana jest na około 60-80% populacji do programu przesiewowego.

Spośród uczestników programu przesiewowego około 10% zostanie zakwalifikowanych do dalszej interwencji. Program edukacyjno-zdrowotny prowadzony będzie w oparciu o interdyscyplinarny zespół powołany do jego realizacji. Zgłaszalność do programu pogłębionego będzie monitorowana w oparciu o bezpośredni kontakt z wytypowanymi rodzicami/uczniami oraz dzięki wsparciu pedagogów szkolnych (wychowawców klas).

Ponieważ dane dotyczące etapu przesiewowego programu będą wprowadzane do programu (objętego licencją) w czasie rzeczywistym *online*, monitorowanie zgłaszalności dzieci do projektu jest możliwe w sposób ciągły, każdego dnia. Również w sposób ciągły można pozyskać informacje dotyczące odsetka dzieci z nadwagą i otyłością wyłonionych w trakcie etapu przesiewowego.

Ocena jakości

W ramach programu przewidziany jest regularny nadzór merytoryczny przeprowadzanej interwencji przez lekarza specjalizującego się w leczeniu dzieci lub chorób metabolicznych (koordynator projektu), co zapewnić ma wysoką jakość realizowanej interwencji oraz zgodność z zaplanowanymi pierwotnie działaniami.

Każdy z rodziców będzie proszony o wyrażenie opinii o realizowanym programie po kolejnych wizytach oraz kompleksową ocenę programu po zakończeniu uczestnictwa dziecka w programie.

Dodatkowo na koniec roku realizacji programu przewidziana jest ewaluacja organizacyjna i merytoryczna programu. Polegać ona będzie na kompleksowej ocenie podejmowanych działań interwencyjnych u dzieci oraz uzyskanych skutkach zdrowotnych - pod postacią poprawy w BMI, stanie samopoczucia dziecka oraz jego samoocenie.

Najważniejszym twardym miernikiem oceny skuteczności interwencji jest uzyskanie poprawy BMI (obniżenie o 1 kg/m^2 , czyli o $>0,25$ BMI-SDS, lub stabilna masa ciała przez ponad rok u rosnącego dziecka) u włączonych do programu dzieci, jak również przesunięcie się ich w dół skali centylowej właściwej dla danego wieku i wzrostu.

Dodatkowymi wykładnikami oceny programu będą poprawa samooceny u dzieci i opinia rodziców o stanie zdrowia dziecka po zakończeniu interwencji.

7. Tryb wyłonienia realizatora programu

Realizator programu zostanie wyłoniony w trybie procedury konkursu ofert ogłoszonego przez Powiat Policki.

8. Okres realizacji programu

Zgodnie z podanym piśmiennictwem program będzie realizowany przez okres 12 miesięcy z możliwością przedłużenia na kolejne lata.

BIBLIOGRAFIA

Dowody skuteczności

Całość zbudowanej interwencji została przygotowana w oparciu o dostępne dowody naukowe z przeglądów systematycznych i meta analiz. Korzystano również z doświadczeń polskich.

1. Seo DC, Sa J.; A meta-analysis of obesity interventions among U.S. minority children; *J. Adolesc Health*. 2010 Apr;46(4): 309-23.
2. Whitlock EP, O'Connor EA, Williams SB, Beil TL, Lutz KW.; Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF.; *Pediatrics*. 2010 Feb;125(2):e396-418.
3. Gonzalez-Suarez C, Worley A, Grimmer-Somers K, Dones V.; School-based interventions on childhood obesity: a meta-analysis.; *Am J Prev Med*. 2009 Nov;37(5):418-27. Review.
4. Jankowski M., Niedzielska A., Brzeziński M. Grabik J.; Cardiorespiratory Fitness in Children: A Simple Screening Test for Population Studies.; *Pediatr Cardiol* (2015) 36: 27–32.
5. Jodkowska M., Woynarowska B.; Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym; Warszawa 2002.
6. Golding L.A., Myers C.R., Sinning W.E.; Y's Way to Physical Fitness. The Complete Guide to Fitness Testing and Intervention (3rd edn), USA 1989.
7. Bonnie A. Spear, Sarah E. Barlow .: Recommendations for Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity ;*Pediatrics* 2007;120;S254-S288.
8. Wolnicka K., Taraszewska A., Jaczewska-Schuetz J.; Występowanie nadwagi, otyłości oraz niedoboru masy ciała wśród uczniów klas III szkół podstawowych z uwzględnieniem różnic regionalnych; *Endokrynologia*, 2012; t. 8; nr 3.
9. Dane liczbowe osób urodzonych w roku 2014; Urząd Miejski w Policach, Urząd Gminy Dobra, Urząd Gminy Kołbaskowo, Urząd Gminy Nowe Warpno.
10. Gajewska D, Harton A, Lange E, Laskowski W, Myszkowska-Ryciak J. Raport z projektu badawczo-edukacyjnego Mądre żywienie – zdrowe pokolenie. *Dietetyka*. Vol.8 2/2014.
11. Sprawozdanie MZ-11 dzieci i młodzież leczone z powodu otyłości w poradniach leczenia podstawowego w powiecie polickim w latach 2016-2019; Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie.
12. Raport z międzynarodowych badań WHO „Nadwaga i otyłość u Polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych” pod redakcją Anny Fijałkowskiej, Anny Oblacińskiej, Magdaleny Stalmach.
13. Ratajczak J, Petriczko E. „The Predictors of Obesity among Urban Girls and Boys Aged 8–10 Years—A Cross-Sectional Study in North-Western Poland” *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(18), 6611.