



Województwo
Śląskie

Załącznik nr 2 do Uchwały Zarządu
Województwa Śląskiego
nr 894/120/VI/2020 z dnia 22.04.2020 r.

Podmiot opracowujący:

Samorząd Województwa Śląskiego
ul. Ligonía 46; 40-037 Katowice
tel. centrala: +48 (32) 20 78 888
fax.: +48 (32) 77 99 174
e-mail: kancelaria@slaskie.pl

**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości
wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim
na lata 2019-2022**

okres realizacji Programu 2019-2022

Podstawa prawna:

art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.)

Katowice, 2019

Spis treści

| | |
|--|----|
| I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej | 3 |
| II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji..... | 16 |
| III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej..... | 18 |
| IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej..... | 24 |
| V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej | 27 |
| VI. Budżet programu polityki zdrowotnej..... | 30 |
| VII. Bibliografia | 33 |

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

1 Opis problemu zdrowotnego

Choroby cywilizacyjne stanowią obecnie jeden z największych problemów zdrowotnych zarówno państw wysoko rozwiniętych jak i szybko rozwijających się (w tym Polski). Jedną z chorób cywilizacyjnych jest otyłość, która coraz częściej występuje u dzieci i młodzieży.

Otyłość definiowana jest jako ogólnoustrojowa, przewlekła choroba metaboliczna, wynikająca z zaburzenia równowagi między poborem i wydatkowaniem energii (homeostazy energetycznej organizmu), objawiająca się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w organizmie. W miarę nasilania się tego procesu i wraz z upływem czasu pojawiają się patologie i dysfunkcje dotyczące wszystkich układów i narządów.¹

Biorąc pod uwagę różne kryteria, wymieniane są wskazane poniżej rodzaje otyłości:

1. Ze względu na przyczyny powstawania:
 - otyłość prostą (pierwotną, pokarmową), będącą wynikiem naruszenia dynamicznej równowagi pomiędzy ilością energii dostarczonej organizmowi w postaci pożywienia a jej wydatkowaniem. Stanowi ona 80-90% wszystkich przypadków tego zaburzenia;
 - otyłość złożoną (wtórną, patologiczną), wynikającą z pierwotnych zaburzeń funkcji gruczołów dokrewnych oraz ograniczonych uszkodzeń podwzgórza.
2. W zależności od rozłożenia tłuszczu w organizmie:
 - otyłość androidalną (pletoryczną, centralną, brzuszną, typu „jabłko”), w której tłuszcz gromadzi się głównie w okolicach brzucha. Spotykana głównie u mężczyzn;
 - otyłość ginoidalną (dystalną, biodrową, typu „gruszka”), w której tłuszcz gromadzi się w dolnej połowie ciała, głównie na pośladkach i udach. Spotykaną głównie u kobiet.
3. Ze względu na skład morfologiczny tkanki tłuszczowej:
 - otyłość hiperplastyczną, w której istotną rolę odgrywa wzrost tkanki tłuszczowej w organizmie, a liczba komórek tłuszczowych rośnie od urodzenia do 4 roku życia oraz pomiędzy 12 a 13 rokiem życia;
 - otyłość hipotroficzną, gdy wzrost organizmu jest już zakończony, a narastanie tkanki tłuszczowej może nastąpić tylko w skutek powiększenia się komórek tkanki

¹ *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, praca zbiorowa pod redakcją Anny Oblacińskiej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013, s. 7.

tłuszczowej. Jest trudniejsza do wyleczenia i częściej dochodzi do zaburzeń metabolicznych;

- otyłość mieszaną, w której następuje zwiększenie liczby i wielkości komórek tłuszczowych.

4. Ze względu na kryterium czynników etiologicznych:

- otyłość wynikającą z braku umiejętności radzenia sobie ze stresem cywilizacyjno-społecznym. Stanowi ona reakcję na zagrożenia w sytuacjach życiowych. Jej pierwotne podłoże ma charakter psychologiczno-emocjonalny, poznawczy, później neuroendokrynnny. Jest ona również określana jako otyłość psychoreaktywna lub nerwicowa;
- otyłość podwzgórzową, wynikającą z guzów mózgu, stanów zapalnych mózgu, udarów mózgu lub zabiegów chirurgicznych na podwzgórzu;
- otyłość jako objaw endokrynopatii, która jest związana z chorobą Cushinga, zespołem pokastracyjnym, hipogonadyzmem, menopauzą kobiet, rzekomą niedoczynnością przytarczyc, niedoborem hormonu wzrostu, zespołem Steina-Leventhala;
- otyłość bezpośrednio uwarunkowaną zespołami o charakterze genetycznym;
- otyłość polekową, która najczęściej występuje podczas stosowania pochodnych fenotiazyny, środków uspokajających, pochodnych estrogenów;
- otyłość będącą wynikiem braku wysiłku fizycznego, wymuszoną długotrwałym przebywaniem w łóżku czy niepełnosprawnością ruchową;
- otyłość będącą skutkiem wadliwej alimentacji, czyli odżywiania się pokarmami zawierającymi dużo tłuszczu i cukru.²

Najprostsze i najczęściej stosowane metody oceny stopnia otyłości bazują na interpretacji proporcji masy i wysokości ciała. Ich podstawą jest założenie, że osoby o tej samej wysokości mają podobną beztłuszczową masę ciała, a zatem różnice w ich całkowitej masie ciała wynikają z różnej zawartości tkanki tłuszczowej. Wskaźnikiem najczęściej stosowanym w ostatnich latach, określającym nadwagę i otyłość, jest wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index). Do obliczenia BMI służy następujący wzór:

$$\text{BMI} = \text{masa ciała w kg} / (\text{wzrost w m})^2$$

W przypadku dzieci i młodzieży, ze względu na dynamikę rozwojową tej grupy, do oceny BMI stosuje się siatki i tabele rozkładu percentylowego. Stanowią one pomoc w ocenie wyników badań w programie testów przesiewowych i profilaktycznych badań lekarskich (bilansów zdrowia). Zgodnie z zaleceniami WHO u dzieci i młodzieży rozpoznaje się:

² *Nadmierna masa ciała – konteksty psychospołeczne i pedagogiczno-edukacyjne*, Karina Leksy, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013, s. 31.

- nad wagę (zagrożenie otyłością), gdy wartość wskaźnika BMI dla płci i wieku znajduje się na poziomie i powyżej 85 centyla;
- otyłość – gdy wartość BMI znajduje się na poziomie i powyżej 95 centyla.³

Dostępność metod diagnostycznych pozwalających na ocenę składu ciała u dzieci jest ograniczona, ze względu na to, że tylko nieliczna aparatura analizująca skład ciała metodą bioimpedancji posiada standaryzację w tej grupie wiekowej.⁴

Otyłość może powstać w każdym okresie życia. W rozwoju dziecka występują jednakże dwa okresy, kiedy jest ono szczególnie podatne na otyłość. Pierwszy z tych okresów to wiek 0-3 lat. W tym czasie rozwój tkanki tłuszczowej odbywa się głównie przez zwiększenie liczby komórek tłuszczowych. Jest to wiek intensywnego tworzenia się i dojrzewania nowych komórek tłuszczowych. Liczba komórek tłuszczowych, która powstanie w tym okresie, nie ulegnie w latach późniejszych zmniejszeniu. Im lepiej dziecko jest odżywiane w tym okresie, tym mniejsza jest liczba komórek tłuszczowych, a im więcej komórek tłuszczowych, tym bardziej organizm dziecka podatny jest na otyłość. Powstająca w wyniku nadmiaru komórek tłuszczowych otyłość, zwana przerostową, jest bardzo oporna na leczenie. Drugim okresem zwiększonego ryzyka występowania otyłości jest wiek wczesnoszkolny. Trwa on od 7 roku życia do rozpoczęcia dojrzewania płciowego. W okresie tym organizm, przygotowuje się do dużych wydatków energetycznych związanych z dojrzewaniem (gromadzi dodatkowe zapasy energii). Rośnie apetyt i wzrasta ilość tłuszczu. Sylwetka dziecka nieco się zaokrągla. W okresie dojrzewania w skutek naturalnie zmniejszonego apetytu i dużych wydatków energetycznych uprzednia pozorna otyłość znika. Sprzyja temu pokwitaniowy skok wysokości ciała. Charakterystyczny dla okresu wczesnoszkolnego wzrost apetytu może przerodzić się w stałe przejadanie się lub zwykłe obżarstwo. Powstająca wtedy otyłość nie znika w okresie dojrzewania, gdyż nagromadzone zapasy tłuszczu znacznie przewyższają zwiększone zapotrzebowanie energetyczne. Ponadto przyzwyczajenie do obfitego jedzenia może być tak silne, że stłumi fizjologiczne dla okresu dojrzewania osłabienie apetytu.⁵

Począwszy od wieku przedszkolnego, odsetek dzieci z nad wagą i otyłością rośnie wraz z wiekiem i jest największy u nastolatków w okresie dojrzewania. Jest to niezwykle istotne z punktu widzenia leczenia otyłości, ponieważ jak wynika z przeprowadzonych badań, aż 79–80% młodzieży

³ *Wspieranie dziecka z nad wagą i otyłością w społeczności szkolnej*, praca zbiorowa pod redakcją Anny Oblacińskiej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013, s. 7-8.

⁴ *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, zalecane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Rodzinnej, Przewodnicząca zespołu redaktorów: Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, s. 55.

⁵ *Funkcjonowanie dziecka otyłego w szkole*, Małgorzata Gajkowska - <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU2050>

z otyłością stwierdzoną w okresie dojrzewania pozostanie otyłymi dorosłymi, z dużym ryzykiem wystąpienia wielu powikłań zdrowotnych.⁶

Podział konsekwencji somatycznych otyłości u dzieci:

1. Skutki wynikające z zaburzeń metabolicznych towarzyszących otyłości oraz będące następstwem nadmiernego otluszczenia organizmu:
 - Zespół metaboliczny, który oznacza zaburzenia w gospodarce węglowodanowej i lipidowej oraz nadciśnienie tętnicze;
 - Cukrzyca typu 2 wywołana tzw. insulinoopornością, czyli brakiem obniżenia poziomu cukru we krwi pomimo utrzymującego się wysokiego poziomu insuliny;
 - Nadciśnienie tętnicze bez innych cech zespołu metabolicznego. Ryzyko wystąpienia nadciśnienia u osób otyłych jest dwukrotnie większe niż przy prawidłowej masie ciała i tym większe, im człowiek jest młodszy;
 - Zespół bezdechu sennego, czyli trwające co najmniej 10 sekund epizody, częściej niż 5 razy w ciągu godziny. Największe predyspozycje do tego zaburzenia mają nastolatki z tzw. otyłością masywną. Według badań amerykańskich bezdechy senne występują u 17% z nich.
2. Skutki wynikające z obciążenia nadmierną masą ciała:
 - Koślawość kolan, płaskostopie, wiotkość więzadeł i ścięgien;
 - Zmiany zwyrodnieniowe w układzie kostno-stawowym będące wynikiem przedwczesnego zużywania się chrząstek stawowych. Ujawniają się w najbardziej obciążonych częściach układu kostnego, tj. stawach kolanowych, biodrowych i stopach oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.⁷

Z punktu widzenia terapeutycznego, a więc skuteczności leczenia otyłości i jej powikłań u dzieci i młodzieży, znamieny jest fakt, że niemal wszystkie komplikacje somatyczne są w dużym stopniu złagodzone lub ustępują po zredukowaniu nadwagi.⁸

Problemy dziecka otyłego, zarówno psychiczne jak i fizyczne rosną wraz z jego wagą. Pod względem psychicznym, większa masa ciała, sprawiająca, że jest ono powolne i słabe, powoduje, że rówieśnicy traktują je jako mało atrakcyjnego towarzysza zabaw. Docinki i złośliwości budzą w dziecku przekonanie, że jest mniej wartościowym człowiekiem. Takie dziecko bezpiecznie czuje się tylko w domu. Wyrasta więc na człowieka zamkniętego w sobie, nieśmiałego. W okresie dojrzewania, gdy ciało w ogóle sprawia człowiekowi sporo przykrych niespodzianek, jego nadmiar przeszkadza w nawiązywaniu kontaktów, budowaniu pewności siebie, zdobywaniu przyjaciół.

⁶ *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, praca zbiorowa pod redakcją Anny Oblacińskiej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013, s. 9.

⁷ *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, praca zbiorowa pod redakcją Anny Oblacińskiej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013, s. 11-12.

⁸ *Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej*, praca zbiorowa pod redakcją Anny Oblacińskiej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013, s. 12.

Konfrontacja własnej zdeformowanej nadwagą sylwetki, z rówieśnikami, jest często bolesnym przeżyciem, pogłębianym wyraźnie okazywaną otyłemu dziecku niechęcią nowych kolegów.

Siedmiolatek chroniony do chwili rozpoczęcia nauki w szkole bezpiecznym zapleczem domu i akceptacją rodziców, zostaje poddany próbie, przekraczającej często jego możliwości psychiczne. Wydaje się to aż nazbyt oczywiste, że dzieci otyłe czują się gorsze w środowisku, które podkreśla walory szczupłej sylwetki. Analizując problem pod względem fizycznym należy wskazać, że dzieci otyłe szybciej rosną (choć w przyszłości mogą być niskie) i szybciej dojrzewają. Dziewczynki zaczynają wcześniej miesiączkować. Stawy i kręgosłup otyłego dziecka są przeciążone i zagrożone zwyrodnieniami. Ruch powoduje u niego zmęczenie i zadyszkę, bo serce nie radzi sobie ze zwiększonym wysiłkiem.⁹

Szacuje się, że około 30% przypadków otyłości ma podłoże genetyczne. Dziecko grubej mamy jest 3 razy bardziej narażone na nadwagę niż jej szczupłej koleżanki.¹⁰ Bardzo często otyli rodzice nie zauważają problemu otyłości u swoich dzieci, nie są świadomi konsekwencji nadmiernej masy ciała, a co za tym idzie nie podejmują żadnej próby jej redukcji.

Pomimo, że w wielu przypadkach profilaktyka stanowi kluczową rolę w zapobieganiu powstawania otyłości u dzieci, w ramach działań finansowanych ze środków publicznych nie stwierdzono dostępności kompleksowego, interdyscyplinarnego systemu działań profilaktycznych dotyczących otyłości i szeroko rozumianej edukacji prozdrowotnej skierowanej do dzieci i ich rodziców. Ze względu na ograniczoną dostępność świadczeń w ramach obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, niezwykle ważne jest nie tylko zaangażowanie funduszy instytucji publicznych w celu zatrzymania niebezpiecznej tendencji, ale również uznania przez władze regionalne otyłości za poważny problem społeczny.

W celu ograniczenia występowania otyłości wśród dzieci, niezbędne jest podjęcie wszelkich działań na poziomie nie tylko krajowym, ale również regionalnym, zmierzających do ograniczenia występowania wskazanych problemów zdrowotnych. Przygotowanie przez Zarząd Województwa Śląskiego **Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2022**, zawierającego diagnozę stanu zdrowotnego mieszkańców województwa, wyznaczenie konkretnego, mierzalnego celu do osiągnięcia, a także wskazanie grupy docelowej, do której interwencja zostanie skierowana, nie tylko sprawi, że podejmowane przez władze regionalne działania będą odpowiedzią na realne potrzeby mieszkańców, ale również ułatwi dotarcie do szerszej grupy odbiorców. Podjęcie działań przez władze regionalne pozwoli również na skoordynowanie działań podejmowanych w regionie z zakresu omawianej jednostki chorobowej.

⁹ Funkcjonowanie dziecka otyłego w szkole, Małgorzata Gajkowska - <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU2050>
¹⁰ Funkcjonowanie dziecka otyłego w szkole, Małgorzata Gajkowska - <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU2050>

Opierając się na wynikach badań, z których jasno wynika, że preferencje żywieniowe rozwijają się we wczesnym dzieciństwie, kiedy to dzieci chętniej poznają różnorodne smaki, można stwierdzić, że w tym czasie najłatwiej nauczyć dzieci spożywać zdrową, pełnowartościową żywność. Ponadto należy pamiętać, że zarówno nawyki związane z odżywianiem jak i aktywnością fizyczną nabyte w dzieciństwie utrzymują się w dorosłym życiu. Zasadnym wydaje się więc realizacja programu zdrowotnego, skierowanego w pierwszej kolejności do najmłodszych mieszkańców regionu (oraz ich rodziców/opiekunów) będących jednocześnie na etapie wypracowywania nawyków żywieniowych jak i w okresie, w którym dzieci są najbardziej narażone na powstawanie otyłości.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2022 realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020, osi priorytetowej IX, zakładający w głównej mierze finansowanie profilaktyki i wczesnego wykrywania otyłości wśród dzieci, może nie tylko stanowić doskonale uzupełnienie działań finansowanych w ramach gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, ale również dzięki szybkiej interwencji obniży koszty leczenia pacjentów w przyszłości.

2 Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość nieletnich stanowią istotny problem zdrowotny i społeczny w różnych rejonach Europy i świata. Problem jest szczególnie widoczny w Stanach Zjednoczonych, w których, jak podają dane HBSC Survey 2009/2010, ponad 25% zarówno dziewcząt jak i chłopców w wieku 15 lat mierzyło się z nadmierną masą ciała. Podobny wynik w Europie osiągalni tylko chłopcy w tym wieku pochodzący z Grecji. Niewiele niższy udział 15-letnich chłopców z nadwagą i otyłością w ogóle populacji chłopców w tym wieku (między 20 a 24%) osiągalni chłopcy z takich krajów jak: Kanada, Islandia, Luksemburg, Włochy, Słowenia, Chorwacja, Rumunia, Macedonia i region Walii. Wyniki w przedziale między 15 a 19% osiągalni 15-letni chłopcy z dużej części Europy: prawie cała Skandynawia (bez Danii), Estonia, kraje Półwyspu Iberyjskiego, Irlandia, region Szkocji, Turcja, Niemcy, Austria, część Belgii oraz kraje Europy Środkowo-Wschodniej takie jak: Polska, Czechy, Słowacja i Węgry. Wśród wyników dla 15-letnich chłopców żaden wynik w Europie nie klasyfikuje się poniżej 10%. Takie wyniki, jednakże osiągalną 15-letnie dziewczynki w dużej części krajów Europy¹¹ i wśród nich problem z nadmierną masą ciała jest zdecydowanie mniejszy.¹²

¹¹ Francja, Szwajcaria, Belgia, Holandia, Dania, Szwecja, Litwa, Łotwa, Estonia, Słowacja, Rosja, Ukraina, Rumunia, Macedonia, Turcja

¹² Social determinants of health and well-being among young people, Health Behaviour In School-Aged Children (HbSC) Study: International Report From The 2009/2010 Survey, World Health Organization 2012, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1

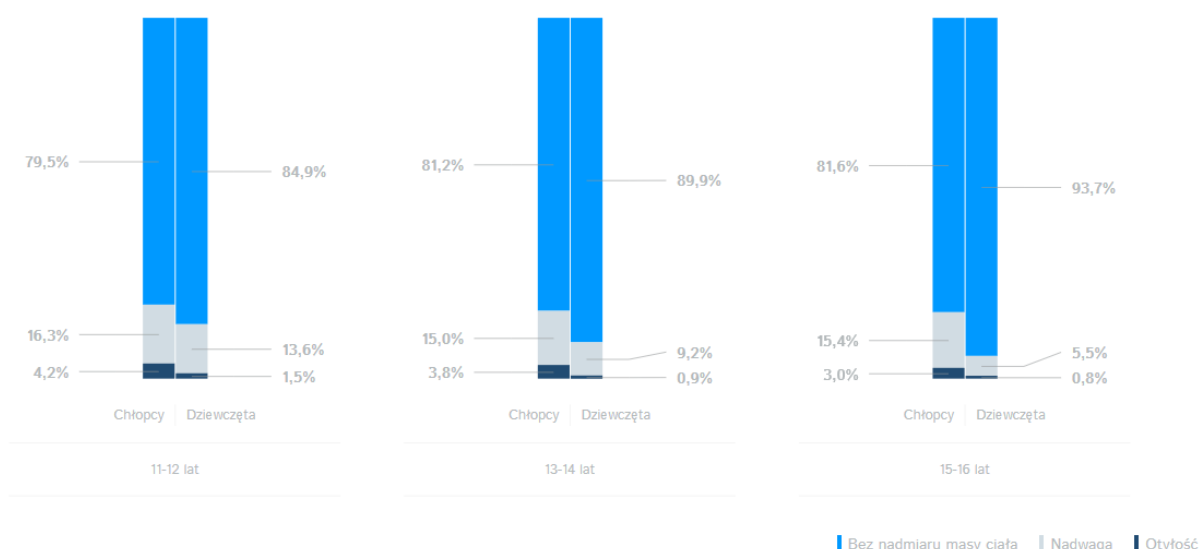
Nadmierna masa ciała wśród dzieci stanowi również wyraźny problem w Polsce. Na podstawie opracowania UNICEF, posiłkującego się danymi Instytutu Matki i Dziecka, zauważalny jest trend zwiększania masy ciała wśród dzieci, który kulminację uzyskuje w 2010 r., a następnie ulega odwróceniu, lecz nie na tyle silnemu, by osiągnąć wyniki z lat sprzed kulminacji. Poza tym trend ten utrzymuje się wśród chłopców w wieku 15-16 lat, wśród których liczebność osób z nadwagą bądź otyłością wciąż wzrasta. O ile w 2002 r. w Polsce 87% chłopców w wieku 11-12 lat było bez nadmiaru masy ciała, a dziewcząt w tym wieku było w podobnej sytuacji 92,9%, to w 2014 r. ich udział zmniejszył się do w przypadku chłopców - 79,5%, a dziewcząt - 84,9%. Taki sam wskaźnik w 2002 r. dla chłopców w wieku 15-16 lat wynosił 91,5%, a dla dziewcząt w tym wieku 94,5%. Udział chłopców w wieku 15-16 lat bez nadmiernej masy ciała w ogóle chłopców w tym wieku zmniejszył się przez 12 lat o 9,9 punktu procentowego, a adekwatny wskaźnik w przypadku dziewcząt w wieku 15-16 lat o 0,8 punktu procentowego. Wśród osób z nadmierną masą ciała powiększa się także udział dzieci z otyłością. W 2002 r. w Polsce tylko 1,5% 11- i 12-letnich chłopców charakteryzowało się otyłością, tymczasem w 2014 r. ich odsetek wynosił już 4,2%. W przypadku dziewcząt w tym wieku zmiany nie były tak znaczne, jednakże i tutaj nastąpił wzrost z 1% w 2002 r. do 1,5% w 2014 r. W przypadku najstarszej badanej grupy wiekowej (15 i 16 lat) chłopcy częściej okazywali się otyli aniżeli dziewczęta. U chłopców zanotowano wzrost udziału osób otyłych w tym wieku (0,8% w 2002 r., 3% w 2014 r.). W przeciwieństwie do nich wskaźnik osób otyłych spadł u dziewczynek w tym wieku (1,1% w 2002 r., 0,8% w 2014 r.).

Tabela 1. Masa ciała na podstawie BMI wśród dzieci zamieszkujących Polskę w latach 2002-2014.

| Rok | Masa ciała na podstawie BMI | Chłopcy | | | Dziewczęta | | |
|------|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | | 11-12 lat | 13-14 lat | 15-16 lat | 11-12 lat | 13-14 lat | 15-16 lat |
| 2002 | Bez nadmiaru masy ciała | 87,00% | 88,20% | 91,50% | 92,90% | 95,40% | 94,50% |
| | Nadwaga | 11,50% | 10,40% | 7,70% | 6,10% | 4,10% | 4,40% |
| | Otyłość | 1,50% | 1,40% | 0,80% | 1,00% | 0,50% | 1,10% |
| | RAZEM | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 2006 | Bez nadmiaru masy ciała | 82,20% | 84,60% | 86,80% | 88,30% | 91,50% | 93,70% |
| | Nadwaga | 14,80% | 13,10% | 11,30% | 10,10% | 7,50% | 6,00% |
| | Otyłość | 3,00% | 2,30% | 1,90% | 1,60% | 1,00% | 0,30% |
| | RAZEM | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 2010 | Bez nadmiaru masy ciała | 74,60% | 78,70% | 82,20% | 81,50% | 86,10% | 89,30% |
| | Nadwaga | 20,60% | 17,20% | 14,20% | 16,50% | 11,20% | 8,90% |
| | Otyłość | 4,80% | 4,10% | 3,60% | 2,00% | 2,70% | 1,80% |
| | RAZEM | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 2014 | Bez nadmiaru masy ciała | 79,50% | 81,20% | 81,60% | 84,90% | 89,90% | 93,70% |
| | Nadwaga | 16,30% | 15,00% | 15,40% | 13,60% | 9,20% | 5,50% |
| | Otyłość | 4,20% | 3,80% | 3,00% | 1,50% | 0,90% | 0,80% |
| | RAZEM | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Źródło: <https://www.dzieciwpolsce.pl/statystyka/90/masa-ciala-mlodziezy-okreslona-na-podstawie-wskaznika-bmi/tabele/glowny>, stan na 30 maja 2018

Rysunek 1. Masa dzieci w podziale na wiek i płeć w Polsce w 2014 r.

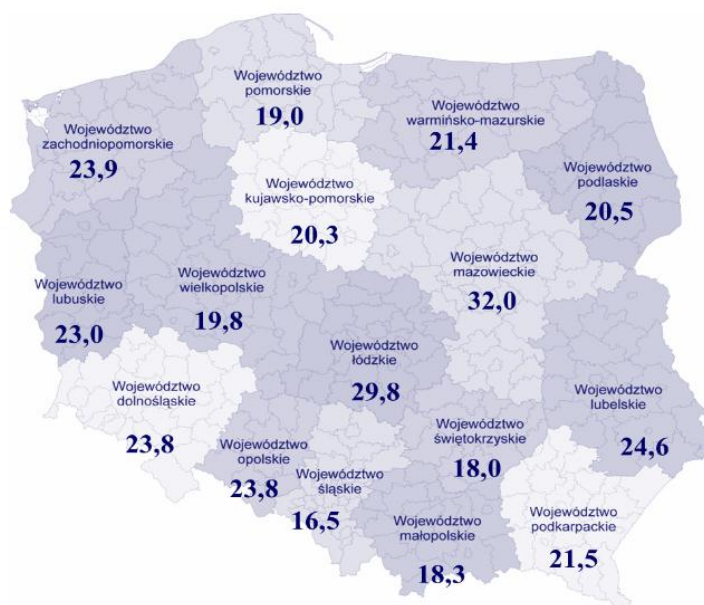


Źródło: <https://www.dzieciwpolsce.pl/statystyka/90/masa-ciala-mlodziezy-okreslona-na-podstawie-wskaznika-bmi/wykresy/plec-wiek/2014>, stan na 30 maja 2018 r.

Analiza wyników dla dzieci w trzech grupach wiekowych (11-12 lat, 13-14 lat i 15-16 lat) mierzonych w 2014 r. wykazuje, że największe problemy z utrzymaniem prawidłowej wagi mieli najmłodsi chłopcy, a wraz z wiekiem udział chłopców bez nadmiernej masy ciała się zwiększał, lecz nigdy nie przewyższył pod tym względem wyników dziewcząt, które nawet w najbardziej problematycznym najmłodszym badanym wieku przewyższały najlepszy wynik chłopców. Podobnie jak wśród chłopców widoczna jest prawidłowość wskazująca na to, że im starsze są badane dziewczęta tym mniejszy wśród nich udział badanych z nadmierną masą ciała.

Wyniki częstotliwości występowania nadmiernej masy ciała u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów na poziomie województw w Polsce wykazują, że województwo śląskie sytuuje się we względnie dobrej sytuacji (16,5% uczniów cechuje nadmierna masa ciała). Wskazany odsetek oznacza jednakże w skali województwa śląskiego aż 59 322 uczniów, którzy muszą liczyć się ze zdrowotnymi i społecznymi problemami związanymi z nadmierną masą ciała. Porównanie regionów w wynikach liczonych miarami bezwzględными oznacza 4. miejsce wśród polskich województw pod względem rozprzestrzeniania się problemu. Tylko województwa mazowieckie, wielkopolskie i łódzkie uzyskują pod tym względem gorsze wyniki.

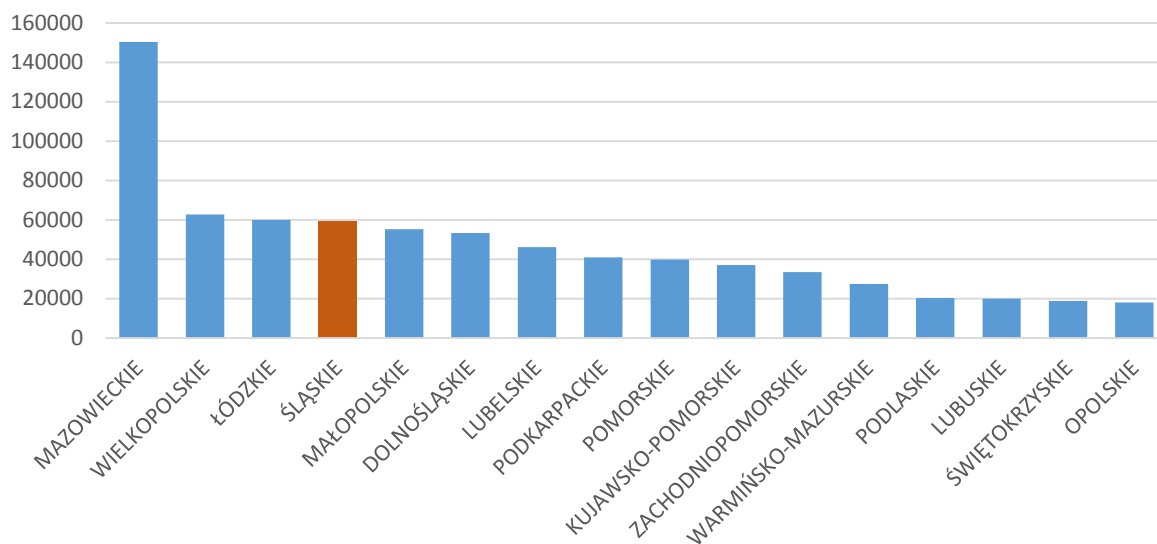
Rysunek 2. Mapa występowania nadmiernej masy ciała (nadwagi i otyłości) wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych w podziale na województwa w 2013 r.



* Badanie przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej” (KIK/34) współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Dane za 2013 r. Kierownik projektu: prof. Mirosław Jarosz.

Źródło: <https://zps.tarnow.pl/wp-content/uploads/2015/05/mapa.png>, stan na 17 kwietnia 2018 r.

Rysunek 3. Liczba uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych z nadmierną masą ciała w podziale na województwa w 2013 r.



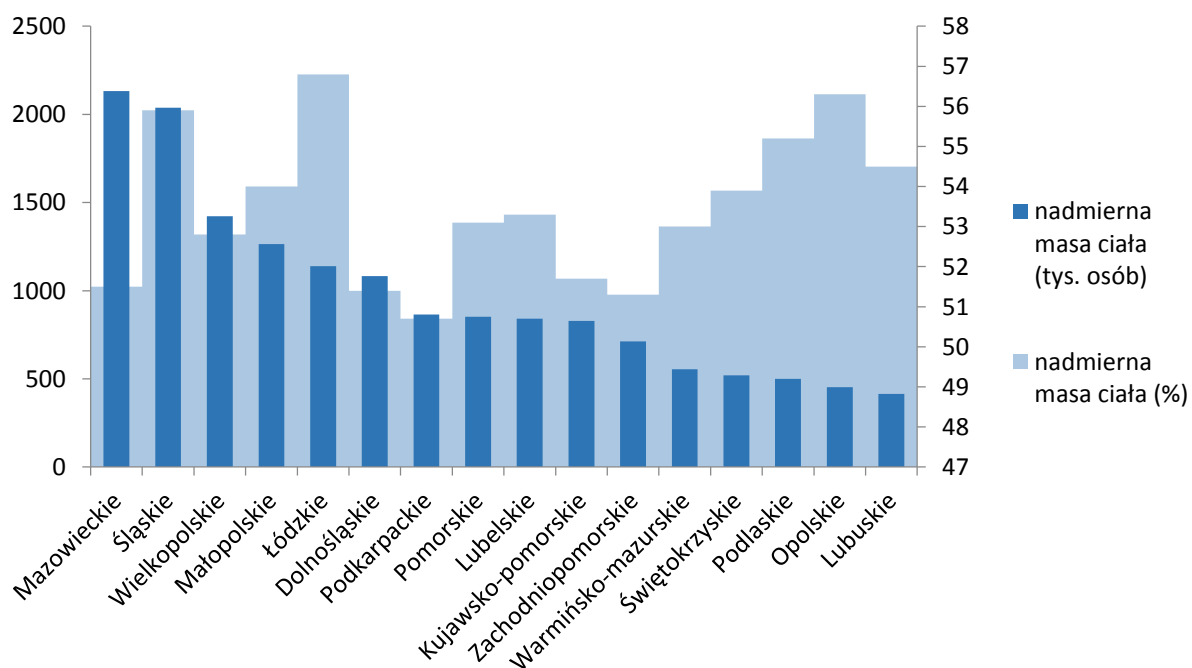
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z BDL GUS oraz badania przeprowadzonego przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”.

Istnieje duże ryzyko, że osoby, które w okresie dojrzewania mają nadmierną masę ciała pozostaną w tej kategorii osób także w wieku dorosłym. Wśród dorosłych nadmierna masa ciała

stanowi istotny problem. Badanie zrealizowane w 2014 roku w ramach Europejskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (EHIS)¹³ wykazało, że w Polsce ponad 62% ogółu mężczyzn ważyło zbyt dużo (44% miało nadwagę, a 18% zaliczono do grupy ludzi otyłych). W przypadku kobiet blisko 46% z nich ważyło zbyt dużo (30% miało nadwagę, a blisko 16% stanowiły kobiety otyłe). Województwo śląskie charakteryzuje się wysokim natężeniem problemu. Badanie wykazało, że spośród mieszkańców województwa śląskiego liczących 15 lat bądź więcej 55,9% stanowią osoby żyjące z nadwagą lub otyłością. Wynik ten jest trzeci wśród województw pod względem wielkości wskaźnika. Wyższe rozmiary to zjawisko osiąga tylko w województwach łódzkim i opolskim. Skala tego zjawiska osiąga jeszcze większe rozmiary jeśli przedstawić je w liczbach bezwzględnych,

w ten sposób województwo śląskie zajmuje drugie miejsce (za województwem mazowieckim) z liczbą osób z nadmierną wagą kształtującą się na poziomie 2 037,5 tysiąca. Liczni dorośli z nadmierną masą ciała wpływają na zwiększanie się skali zjawiska w regionie, gdyż posiadanie rodzica z otyłością jest jednym z istotnych czynników ryzyka dla zjawiska zagrożenia otyłością u dzieci.

Rysunek 4. Występowanie nadmiernej masy ciała u mieszkańców polskich województwa w 2014 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.”, GUS

Zgodnie z danymi zamieszczonymi w opracowaniu *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego dla województwa śląskiego*, w 2014 r. w regionie odnotowano 200 hospitalizacji z powodu rozpoznanych, zakwalifikowanych jako otyłość. Liczba

¹³ Badanie było realizowane od września do grudnia 2014 r. metodą wywiadu kwestionariuszowego na próbie 24 tysięcy gospodarstw domowych. Wyniki przedstawione w raporcie „Stan zdrowia Polaków w 2014 r.”

hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wyniosła 20,1 (13 największa wartość wśród pozostałych województw).

3 Opis obecnego postępowania

W ramach świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania (przez pielęgniarkę szkolną lub higienistkę), przeprowadza się test do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego wraz z pomiarami: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) wyłącznie w trakcie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w klasie I szkoły podstawowej w wyniku niewykonania badania we wcześniejszym terminie). Praktycznie dzieci w wieku przedszkolnym powinny być poddane bilansowi w odpowiedniej placówce ochrony zdrowia – jednak poza kwestią rozproszenia tych danych, są one często niekompletne (często zdarza się pominięcie badania przez rodziców). Ponadto w przypadku dzieci w wieku 5-6 lat nie jest prowadzony pomiar składu masy ciała.

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny program przeciwdziałania nadwadze i otyłości wśród dzieci, w tym brak jest zwłaszcza finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną. Dzieci ze zdiagnozowanym problemem otyłości kierowane są do poradni specjalistycznych, gdzie wykonywane są już specjalistyczne badania (w tym biochemiczne identyfikujące m.in. choroby współistniejące) i prowadzone indywidualne leczenie (farmakoterapia, indywidualny program terapeutyczny u takich specjalistów jak dietetyk, fizjoterapeuta, psycholog). Ten etap finansowany jest już w ramach NFZ.

Planowany program jest komplementarny w stosunku do innych dokumentów realizowanych w regionie. Województwo Śląskie realizuje program pn. Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości w Województwie Śląskim na lata 2015-2020 - obejmuje on w szczególności działania promocyjne czy konferencje skierowane do szerokiego grona odbiorców. W ramach Programu Urząd Marszałkowski organizuje konkursy ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących problematyki profilaktyki otyłości i nadwagi. Województwo Śląskie dotuje projekty, które wpisują się w realizację przedsięwzięć związanych z organizacją kampanii społecznych, sympozjów, konferencji, warsztatów, wykładów i zajęć profilaktycznych, ale także są związane z upowszechnianiem wiedzy oraz opracowaniem, wydawaniem i dystrybucją materiałów informacyjno-edukacyjnych. Dodatkowo do osób dorosłych skierowany jest Regionalny program przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy w województwie śląskim na lata 2017-2020. Program wpisuje się w podstawowy dokument strategiczny regionu jakim jest Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2020+”. W ramach dokumentu ujęty został cel operacyjny B.1 Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa, Kierunek 3.

Stworzenie systemu profilaktyki zdrowotnej, w tym działania na rzecz ograniczania chorób i uzależnień cywilizacyjnych oraz promocja zdrowego i aktywnego trybu życia, z uwzględnieniem zmian demograficznych.

Ponadto Program swoim zakresem realizuje także:

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla województwa śląskiego przyjęte przez Wojewodę Śląskiego 30 czerwca 2016 r. - w ramach jednego z priorytetów wskazanej polityki, dotyczącego zmniejszenia dynamiki rozwoju chorób cywilizacyjnych wskazany został cel: „Ograniczenie występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych, jako czynnika ryzyka chorób cywilizacyjnych, m.in. wczesnego rozwoju miażdżycy”. Jako preferowany sposób realizacji tego celu wskazano promocję prawidłowego modelu żywienia i stylu życia i inne działania edukacyjne.

Narodowy Program Zdrowia - Cel 1 - Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.

Dowody naukowe dla proponowanej interwencji

Działania związane z ograniczeniem otyłości i nadwagi czy utrzymaniem prawidłowej wagi powinny być kompleksowe. Jest to zgodne z rekomendacjami m.in. World Health Organization - WHO 2010, zgodnie z którymi najlepszą profilaktyką otyłości są działania obejmujące zarówno problemy dietetyczne (czyli jakość jedzenia, nawyki żywieniowe), jak i aktywność fizyczną. Programy takie powinny łączyć zarówno zmianę stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, poprawę nawyków żywieniowych, czy jakości diety (the National Institute for Health and Care Excellence - NICE 2006). Ponadto w przypadku dzieci niezwykle istotne jest zaangażowanie rodziców w zmianę stylu życia (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2015).

Piśmiennictwo:

1. Roth K, Kriemler S, Lehmacher W, Ruf KC, Graf C, Hebestreit H. **Effects of a Physical Activity Intervention in Preschool Children.** *Med Sci Sports Exerc.* 2015 Dec;47(12):2542-51. doi: 10.1249/MSS.0000000000000703.
2. Matusik P, Malecka-Tendera E. **Overweight prevention strategies in preschool children.** *Int J Pediatr Obes.* 2011 Oct;6 Suppl 2:2-5. doi: 10.3109/17477166.2011.613651.
3. Colquitt JL, Loveman E, O'Malley C, Azevedo LB, Mead E, Al-Khudairy L, Ells LJ, Metzendorf MI, Rees K. **Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years.**

Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 10;3:CD012105. doi: 10.1002/14651858.CD012105.

4. Ling J, Robbins LB, Wen F. **Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review.** *Int J Nurs Stud.* 2016 Jan;53:270-89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.017.
5. Monasta L, Batty GD, Macaluso A, Ronfani L, Lutje V, Bavcar A, van Lenthe FJ, Brug J, Cattaneo A. **Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: a systematic review of randomized controlled trials.** *Obes Rev.* 2011 May;12(5):e107-18. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00774.x.
6. Monasta L. **Interventions to prevent overweight and obesity in preschool children.** *Public Health.* 2009 Jul;123(7):517. doi: 10.1016/j.puhe.2009.04.001. Epub 2009 Jun 17.
7. Bluford DA, Sherry B, Scanlon KS. **Interventions to prevent or treat obesity in preschool children: a review of evaluated programs.** *Obesity (Silver Spring).* 2007 Jun;15(6):1356-72.
8. Haines J, McDonald J, O'Brien A, Sherry B, Bottino CJ, Schmidt ME, Taveras EM. **Healthy Habits, Happy Homes: randomized trial to improve household routines for obesity prevention among preschool-aged children.** *JAMA Pediatr.* 2013 Nov;167(11):1072-9. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.2356.
9. Sherwood NE, JaKa MM, Crain AL, Martinson BC, Hayes MG, Anderson JD. **Pediatric Primary Care-Based Obesity Prevention for Parents of Preschool Children: A Pilot Study.** *Child Obes.* 2015 Dec;11(6):674-82. doi: 10.1089/chi.2015.0009. Epub 2015 Oct 19.
10. Hodder RK, Stacey FG, O'Brien KM, Wyse RJ, Clinton-McHarg T, Tzelepis F, James EL, Bartlem KM, Nathan NK, Sutherland R, Robson E, Yoong SL, Wolfenden L. **Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under.** *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jan 25;1:CD008552. doi: 10.1002/14651858.CD008552.pub4.
11. Caroli M, Malecka-Tendera E, Epifani S, Rollo R, Sansolios S, Matusik P, Mikkelsen BE. **Physical activity and play in kindergarten age children.** *Int J Pediatr Obes.* 2011 Oct;6 Suppl 2:47-53. doi: 10.3109/17477166.2011.613671.
12. Foster BA, Farragher J, Parker P, Sosa ET. **Treatment Interventions for Early Childhood Obesity: A Systematic Review.** *Acad Pediatr.* 2015 Jul-Aug;15(4):353-61. doi: 10.1016/j.acap.2015.04.037.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1 Cel główny

Zwiększenie świadomości w zakresie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród 7 960 dzieci z województwa śląskiego w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym oraz wiedzy dotyczącej występowania dziecięcej nadwagi i otyłości wśród 7 960 rodziców i opiekunów przedszkolnych grup biorących udział w Programie¹⁴ do 2022 roku. W wyniku przeprowadzonego naboru nr RPSL.09.02.06-IZ.01-24-349/19 liczba dzieci została zwiększona do 11 830, natomiast liczba rodziców i opiekunów przedszkolnych grup biorących udział w Programie została zwiększona do 12 794.

2 Cele szczegółowe

- Zwiększenie wykrywalności nadwagi i otyłości wśród 7 960 dzieci z województwa śląskiego w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym do 2022 roku.
- Zwiększenie świadomości zdrowotnej i wiedzy na temat prawidłowych nawyków żywieniowych wśród 7 960 dzieci z województwa śląskiego w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym do 2022 roku.
- Zwiększenie wiedzy personelu¹⁵ przedszkoli na temat zasad i sposobów kształtowania postaw prozdrowotnych oraz nawyków żywieniowych wśród 7 960 dzieci z województwa śląskiego w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym do 2022 roku.
- Zwiększenie wiedzy 7 960 rodziców z województwa śląskiego na temat zasad i sposobów kształtowania postaw prozdrowotnych oraz nawyków żywieniowych wśród ich dzieci w wieku 5-6 lat uczestniczących w wychowaniu przedszkolnym do 2022 roku.

W wyniku przeprowadzonego naboru nr RPSL.09.02.06-IZ.01-24-349/19 liczba zarówno dzieci jak i rodziców została zwiększona do 11 830.

3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Ocena efektywności programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości mierników efektywności założonych w programie, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami programu a także wartości wskaźników sprawozdawanych przez beneficjentów. Należać będą do nich m.in.

¹⁴ Liczba personelu przedszkola zależna od wielkości grupy. Program zakłada grupy max. 25 osobowe na które przypada dwóch opiekunów.

¹⁵ j.w.

| Efekty | Mierniki |
|---|--|
| Wzrost wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym | Liczba dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością uczestniczących w programie Liczba dzieci w wieku przedszkolnym do których skierowano propozycję przeprowadzenia poszerzonej diagnostyki (wzrost, waga, skład masy ciała) w zakresie otyłości. |
| Zdobycie wiedzy na temat zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety wśród dzieci przedszkolnych | Odsetek dzieci uczestniczących w programie, które zwiększyły swoją wiedzę w zakresie zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety |
| Nabycie wiedzy na temat aktywności fizycznej wśród dzieci w wieku przedszkolnym | Odsetek dzieci uczestniczących w programie, które zwiększyły swoją wiedzę w zakresie aktywności fizycznej |
| Zdobycie wiedzy na temat przyczyn i skutków nadwagi i otyłości dziecięcej przez rodziców uczestniczących w programie | Odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie przyczyn i skutków nadwagi i otyłości dziecięcej |
| Nabycie przez rodziców wiedzy dotyczącej właściwych nawyków w zakresie zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety | Odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie wypracowania właściwych nawyków zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety |
| Zmiana poziomu wiedzy rodziców na temat znaczenia aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym | Odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie znaczenia aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym |
| Zapoznanie rodziców z zasadami i technikami oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym | Odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie zasad i technik oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym |
| Zdobycie wiedzy na temat przyczyn i skutków nadwagi i otyłości dziecięcej wśród personelu przedszkola uczestniczącego w programie | Odsetek pracowników przedszkola uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie przyczyn i skutków nadwagi i otyłości dziecięcej |
| Nabycie przez personel przedszkola wiedzy dotyczącej właściwych nawyków w zakresie zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety | Odsetek pracowników przedszkola uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie wypracowania właściwych nawyków zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety |
| Zmiana poziomu wiedzy personelu przedszkola na temat znaczenia aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym | Odsetek pracowników przedszkola uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie znaczenia aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym |

Zapoznanie personelu przedszkola z zasadami i technikami oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym

Odsetek pracowników przedszkola uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie zasad i technik oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym

W przypadku pierwszego miernika trudno jest określić wartość docelową, ponieważ zagadnienie dotyczy przypadków niezdiagnozowanych. W przypadku pozostałych mierników zakłada się wzrost ich wartości w stosunku do wartości bazowej o min. 40%.

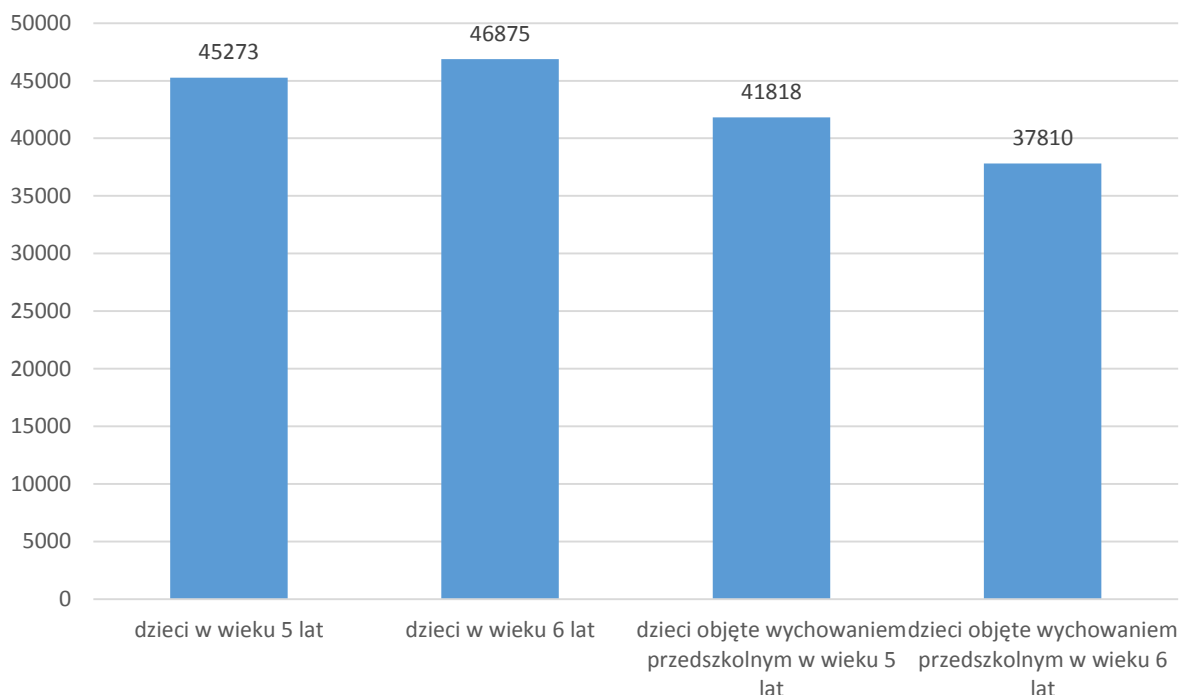
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1 Populacja docelowa

Według GUS w 2016 r. (dane najbardziej aktualne na dzień opracowywania dokumentu) w województwie śląskim było 79 628 dzieci w wieku 5-6 lat objętych wychowaniem przedszkolnym¹⁶, co stanowi 86,41% wszystkich dzieci w tym wieku zamieszkałych w województwie śląskim. Wśród dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym było 41 818 5-latków oraz 37 810 6-latków. W myśl założeń Programu wsparcie będzie skierowane do tej grupy dzieci i ich rodziców oraz opiekunów przedszkolnych pracujących z dziećmi objętymi Programem. Przesłanki Programu zakładają objęcie interwencją 10% docelowej populacji (tj. 7960 dzieci w wieku 5-6 lat). Do dzieci zostanie skierowany cykl szkoleń wraz z badaniami antropometrycznymi, podczas gdy ich rodziców obejmą szkolenia (łączone z personelem jednostek wychowania przedszkolnego) oraz badania ankietowe. Przewiduje się objęcie Programem takiej samej liczby rodziców jak i dzieci (tj. 7960 rodziców). W wyniku przeprowadzonego naboru nr RPSL.09.02.06-IZ.01-24-349/19 liczba rodziców została zwiększona do 11 830. W przypadku personelu podmiotów wychowania przedszkolnego interwencja obejmie opiekunów grup przedszkolnych (maksymalnie dwóch na grupę), w których znajdują się dzieci objęte Programem.

¹⁶ Wychowanie przedszkolne obejmuje uczestnictwo w zajęciach w takich placówkach jak: przedszkola, przedszkola specjalne, oddziały przedszkolne przy szkołach podstawowych, zespoły wychowania przedszkolnego oraz punkty przedszkolne.

Rysunek 5. Liczba dzieci w wieku przedszkolnym oraz tych objętych wychowaniem przedszkolnym w województwie śląskim w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

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

Program realizowany będzie w placówkach przedszkolnych zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego, które oferują usługi skierowane do dzieci w wieku 5-6 lat. Podstawowymi kryteriami włączenia do programu dzieci będą: miejsce zameldowania/zamieszkania dziecka, rok urodzenia (ważne aby w momencie kwalifikacji do programu dziecko było w wieku 5-6 lat) oraz pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w Programie.

Opracowanie dokładnego planu rekrutacji i promocji działań w ramach Programu leżeć będzie w gestii Wykonawcy.

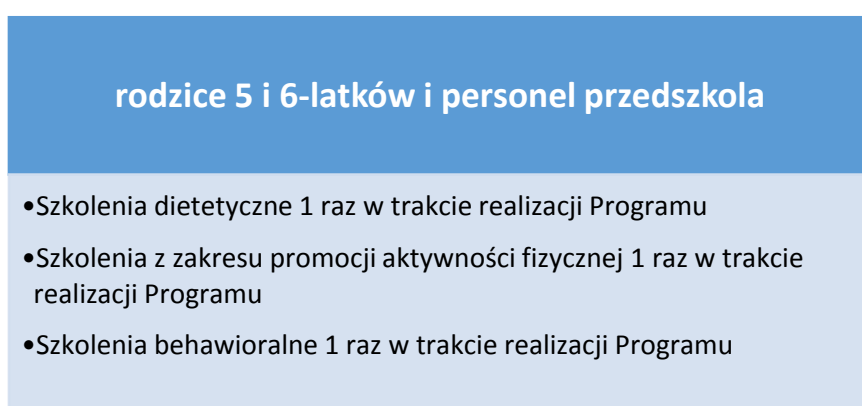
W ramach realizacji Programu nie wskazuje się kryteriów wyłączenia, ponieważ odbiorcami interwencji będą wszystkie dzieci, ich rodzice/opiekunowie i pracownicy placówek przedszkolnych, spełniający kryterium kwalifikacji wskazane powyżej. Należy zwrócić uwagę, że skierowanie interwencji do całej grupy przedszkolnej, bez względu na masę ciała dziecka sprawi, że uczestnictwo w szkoleniach dzieci potraktują jako naturalny element zajęć przedszkolnych. Podstawowym założeniem jest bowiem jednakowe traktowanie, dzięki czemu dzieci z nadmierną masą ciała nie będą czuły się niekomfortowo w grupie rówieśników.

3 Planowane interwencje

Szkolenia¹⁷

W ramach planowanej interwencji zakłada się organizację cyklu szkoleń. Szkolenia zostaną przeprowadzone w dwóch etapach. Pierwszy z nich zostanie skierowany zarówno do rodziców/opiekunów dzieci, jak również personelu przedszkolnego prowadzącego zajęcia z dziećmi objętymi wsparciem. W ramach realizacji Programu trwającej minimum pełne 6 miesięcy Wykonawca przeprowadzi trzy szkolenia. Rodzice/opiekunowie dzieci, podobnie jak personel przedszkolny będą uczestniczyli w szkoleniach z zakresu dietetycznego, promocji aktywności fizycznej i behawioralnego.

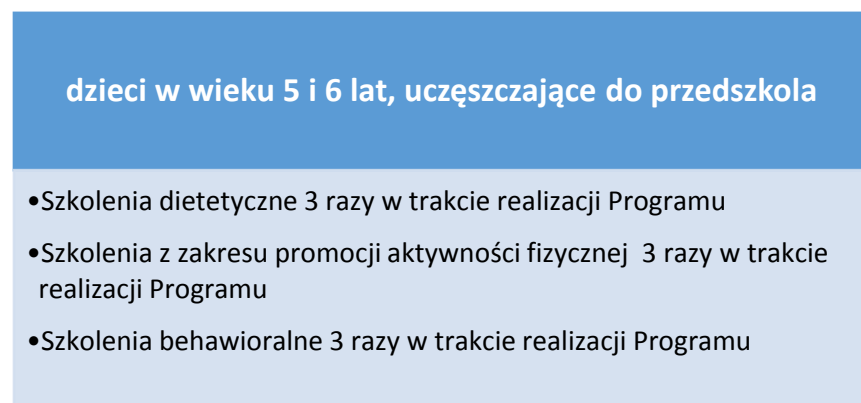
Schemat 1. Zakres działań szkoleniowych - etap I



Źródło: Opracowanie własne.

W ramach etapu II zostaną przeprowadzone szkolenia, których odbiorcami będą mieszkające w województwie śląskim dzieci w wieku od 5 – 6 lat i uczęszczające do przedszkola. Zakłada się, że w kolejnych latach realizacji Programu udział procentowy dzieci w wieku 5 i 6 lat będzie zbliżony.

¹⁷ Jako szkolenie wśród dzieci rozumie się zajęcia o czasie trwania do 60 min., które będą zakresem oraz formą dostosowane do wieku dzieci. Zajęcia powinny być zróżnicowane i obejmować różne formy przekazywania wiedzy, tak aby w dostosować się do możliwości percepcyjnych dzieci w tym wieku.



Źródło: Opracowanie własne.

Opisane etapy realizowane będą równolegle.

W ramach realizacji Projektu zakłada się, że szkolenia zarówno w etapie I jak i II będą realizowane w placówkach przedszkolnych znajdujących się na terenie województwa śląskiego, w dni robocze, w godzinach dogodnych dla uczestników jak również nie zakłócających pracy placówki. Szkolenia wskazane w etapie I zostaną przeprowadzone w grupach nie większych niż 27 osób (25 rodziców/opiekunów dzieci oraz 2 pracowników przedszkola), natomiast ich czas trwania wyniesie 45 minut. Szkolenia wskazane w etapie II zostaną przeprowadzone w grupach nie większych niż 25 osób, natomiast ich czas trwania wyniesie 60 minut, przy czym należy nadmienić, że układając program zajęć trzeba mieć na uwadze w szczególności możliwości percepcyjne dzieci w tym wieku. Szkolenia zostaną przeprowadzone przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje, tj. dietetyka (lub innego specjalistę do spraw żywienia), fizjoterapeutę (lub rehabilitanta) i psychologa. Wykonawca we własnym zakresie zapewni opracowanie programów wskazanych szkoleń. Każdy z uczestników szkolenia w ramach etapu I dodatkowo otrzyma materiały informacyjno-edukacyjne z zakresu otyłości wśród dzieci, natomiast w ramach etapu II otrzyma gadżet kojarzony z prawidłowym żywieniem lub aktywnym trybem życia.

Badania antropometryczne

W ramach realizacji Programu dzieci objęte wsparciem zostaną poddane badaniom antropometrycznym obejmującym pomiar wysokości ciała, pomiar masy ciała oraz analizę składu masy ciała¹⁸. Wskazane badania zostaną przeprowadzone 2 razy w trakcie realizacji Programu (mając na uwadze, że między pierwszym a drugim badaniem dziecka musi minąć minimum 6 miesięcy).

¹⁸ Badanie nie jest finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

dzieci w wieku 5 i 6 lat, uczęszczające do przedszkola

- Badania antropometryczne 2 razy w trakcie realizacji Programu

Źródło: Opracowanie własne.

Wskazane powyżej badania zostaną przeprowadzone w placówce przedszkolnej w obecności rodziców/opiekunów dzieci lub personelu przedszkola, w zależności od deklaracji rodziców/opiekunów uczestniczących w Programie. Planując wskazane badania należy uwzględnić ich przeprowadzenie z zachowaniem prawa do intymności oraz zasad higieny.

Badanie antropometryczne zostanie przeprowadzone przez wykwalifikowany personel tj. pielęgniarkę, dietetyka lub rehabilitanta/fizjoterapeutę. Urządzenia niezbędne do przeprowadzenia pomiaru składu masy ciała Wykonawca zapewni we własnym zakresie. Personel przeprowadzający badania jest zobowiązany do opracowania dokumentacji medycznej zawierającej co najmniej dane osobowe badanego dziecka oraz wyniki pomiarów, a następnie przedstawienia jej rodzicom/opiekunom badanych dzieci.

Planowane interwencje nie powielają działań finansowanych w ramach NFZ. Profilaktyka w tym zakresie nie jest finansowana ze środków publicznych. Natomiast uzupełnieniem realizowanego programu będzie skierowanie dzieci ze skrajnymi wynikami do Poradni specjalistycznej, gdzie będą prowadzone dokładne badania mające na celu określenie przyczyny otyłości oraz wprowadzona intensywna terapia. Informacje nt. konieczności skorzystania z poradni specjalistycznej będzie przekazywana rodzicom na podstawie przeprowadzonych badań antropometrycznych.

4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Szkolenia i zajęcia organizowane w ramach programu będą bezpłatne i dobrowolne, odbywać się będą po wyrażeniu przez rodzica/opiekuna prawnego świadomej zgody na uczestnictwo w programie. Ponadto wszystkie zaplanowane działania prowadzone będą zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych.

Za zaproszenie uczestników do programu odpowiadać będzie wyłoniony w drodze konkursu Wykonawca, a koszty akcji promocyjno-rekrutacyjnej zostaną wliczone w koszty pośrednie. Zajęcia skierowane do dzieci odbywać się będą w godzinach pracy placówki (9 szkoleń w trakcie realizacji Programu), natomiast szkolenia skierowane do rodziców/opiekunów oraz do pracowników placówek w czasie dostosowanym i akceptowanym przez uczestników (3 szkolenia w trakcie realizacji Programu). Zarówno kadra przedszkoli, jak i rodzice/opiekunowie będą mogli na bieżąco pozyskać informacje nt. realizowanych działań bezpośrednio u Wykonawcy.

Szkolenia będą realizowane przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, składające z lekarzy, fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów oraz osoby odpowiednio przeszkolone w zakresie udzielanych świadczeń. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących poszczególne etapy programu opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Sprzęt, który zostanie użyty do przeprowadzenia pomiarów będzie posiadał odpowiednie certyfikacje medyczne.

Za opracowanie programu zajęć odpowiedzialny będzie Wykonawca. Podyktowane jest to tym, że wskazany program powinien zostać dostosowany do poziomu wiedzy odbiorcy. Jako podstawa do określenia wiedzy uczestników posłuży ankieta, przeprowadzona przed rozpoczęciem szkolenia.

5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Na każdym etapie programu rodzice/opiekunowie mogą zrezygnować z uczestnictwa dzieci w szkoleniach/zajęciach. W przypadku nieukończenia pełnego cyklu szkoleń/zajęć rodzice/opiekunowie prawni dzieci zostaną poinformowani o potencjalnych skutkach, jakie niesie za sobą brak kroków podjętych w celu uświadomienia zagrożeń związanych z nadmierną masą ciała (m.in. zwiększone ryzyko powikłań otyłości, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała w wieku młodzieńczym).

W chwili zakończenia uczestnictwa w Programie, rodzice wszystkich dzieci objętych interwencją otrzymają pełną dokumentację zawierającą wyniki przeprowadzonych badań antropometrycznych. W przypadku dzieci uczestniczących w całym Programie otrzymana dokumentacja umożliwi rodzicom/opiekunom przeanalizowanie zmian (lub ich braków) jakie zaszły u dzieci w czasie trwania interwencji.

Wszyscy uczestnicy szkoleń tj. dzieci, ich rodzice/opiekunowie oraz pracownicy placówek przedszkolnych będą w posiadaniu broszur informacyjnych, zawierających kompendium wiedzy z zakresu behawioralnego, dietytyki i aktywności fizycznej.

Dzięki podniesieniu świadomości rodziców na temat zagrożeń związanych z otyłością u dzieci, poznaniu metod wypracowania właściwych nawyków żywieniowych, jak również poznaniu technik oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym, istnieje duże prawdopodobieństwo, że przynajmniej w przypadku części rodzin objętych programem profilaktyka zdrowotna będzie realizowana również po jego zakończeniu.

W przypadku stwierdzenia nadmiernej masy ciała wśród dzieci (i braku postępów w jej ograniczeniu w trakcie realizacji Programu), informacja taka będzie przekazana rodzicom. Dzieci z nadmierną masą ciała mają możliwość skorzystania z odpowiednich placówek specjalistycznych, gdzie przeprowadzone zostaną gruntowne badania¹⁹ i ułożony odpowiedni cykl leczenia (etap finansowany w ramach NFZ).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Program Polityki Zdrowotnej będzie realizowany w następujących po sobie etapach. Pierwszym, który musi zostać przedsięwzięty jest opracowanie programów szkoleń w trzech zakresach tj. w dziedzinie nauki o zdrowym żywieniu, w dziedzinie promocji aktywności fizycznej oraz w obszarze nauk behawioralnych dotyczących zmiany zwyczajów żywieniowych i tych dotyczących aktywności fizycznej. Wykonawca Programu podejmuje się opracowania programów szkoleniowych w każdej z wymienionych dziedzin dla dwóch rodzajów odbiorców, z jednej strony grupą odbiorców treści szkoleniowych mają być dzieci w wieku przedszkolnym 5-6 lat, z drugiej grupą docelową będą rodzice tychże dzieci wraz z członkami personelu przedszkola. Programy zostaną opracowane na podstawie wyników ankiet jakościowych przeprowadzonych wśród rodziców/opiekunów dotyczących trzech obszarów szkoleniowych oraz na podstawie wyników badań wśród dzieci.

Drugim etapem realizacji Programu jest rekrutacja dzieci w wieku 5-6 lat objętych opieką przedszkolną oraz ich rodziców/opiekunów i pracowników przedszkola, odbywać się to będzie poprzez komunikację Wykonawców Programu z przedstawicielami placówek przedszkolnych, w czasie której przedstawione zostaną cele Programu. Proces rekrutacji będzie wymagać potwierdzenia wieku dziecka (oświadczenie rodzica) oraz uzyskania pisemnej zgody rodzica na włączenie jego wraz z dzieckiem/dziećmi do Programu. Kwalifikacja dziecka do Programu będzie oznaczać zgodę na przeprowadzenie dwukrotnego pomiaru antropometrycznego (zmierzenie wzrostu i masy w celu ustalenia BMI oraz wykonanie analizy składu ciała) oraz przeprowadzenie z nim cyklu szkoleń. W przypadku rodzica dziecka kwalifikacja będzie oznaczać jego zgodę na

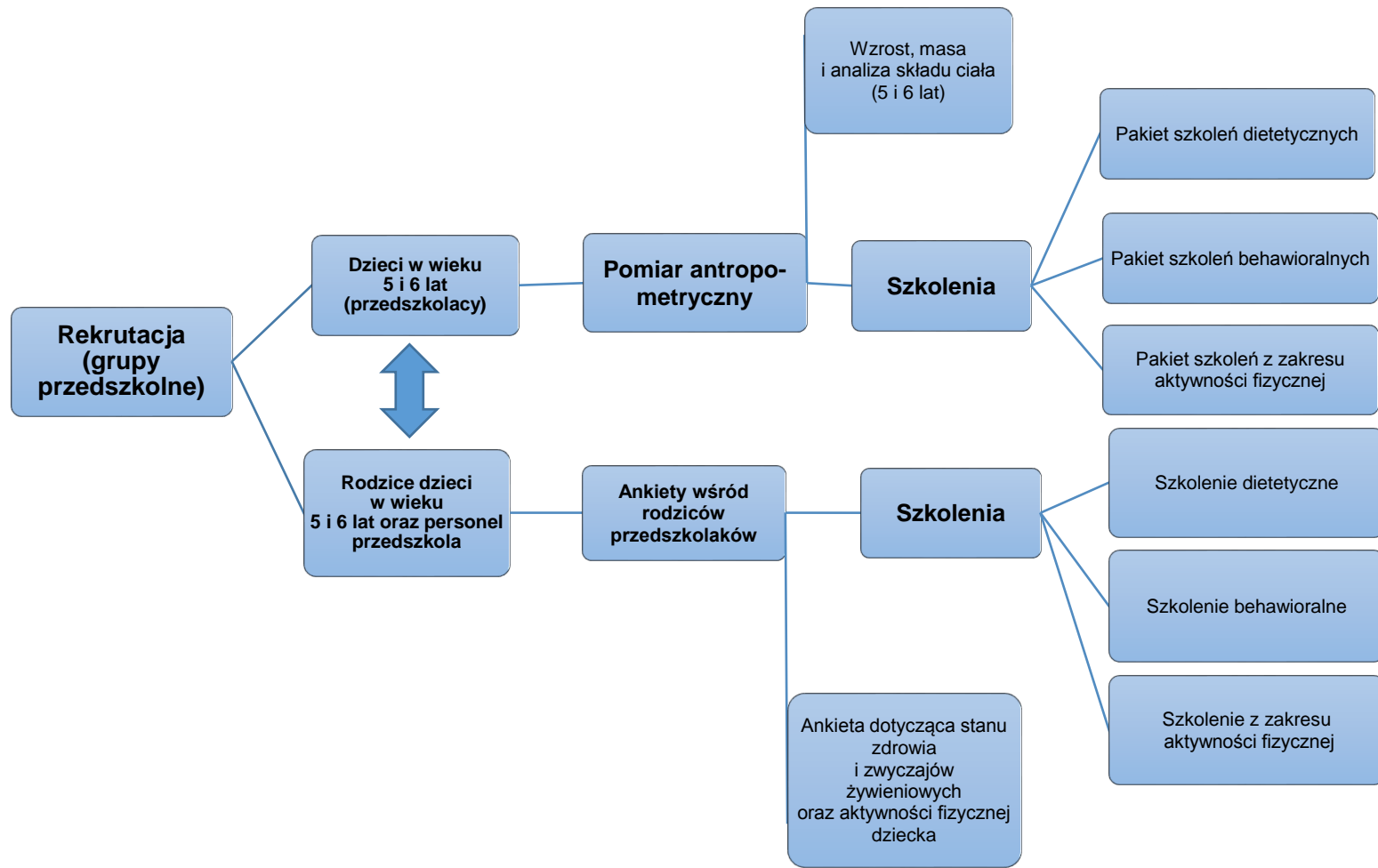
¹⁹ Jako wskazane do wykonania w poradni specjalistycznej zaleca się wykonanie badania: poziomu glukozy, insuliny, profilu lipidowego, kwasu moczowego.

dwukrotne wypełnienie ankiet (ankieta dotyczy stanu zdrowia dziecka i jego zwyczajów żywieniowych oraz aktywności fizycznej), a także uczestnictwo wraz z opiekunami grup przedszkolnych w cyklu szkoleń. Pomiary diagnostyczne, tj. badanie antropometryczne dzieci oraz badanie ankietowe rodziców będą odbywać się na początku i na zakończenie realizacji Programu w celu określenia zachodzących zmian po przeprowadzonej interwencji.

Interwencje będą podejmowane w ramach Programu dwutorowo ukierunkowane tak na grupę dzieci w wieku przedszkolnym (która jest bezpośrednim celem Programu), jak i na ich rodziców oraz opiekunów przedszkolnych, którzy najsilniej oddziałują na grupę docelową. W ramach wspomnianej interwencji będą odbywać się szkolenia skierowane z jednej strony do dzieci, z drugiej do rodziców i personelu przedszkola. Cykl szkoleń prowadzonych wśród dzieci będzie obejmować pakiet szkoleń dietetycznych dotyczących zasad zdrowego żywienia, pakiet szkoleń z zakresu aktywności fizycznej oraz pakiet szkoleń behawioralnych podejmujących tematykę sposobów zmiany nawyków z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. W przypadku rodziców i opiekunów grup zostaną oni objęci pojedynczymi szkoleniami z wymienionych powyżej zakresów.

Monitorowanie realizacji programu będzie oparte na monitoringu prowadzonym przez Wykonawcę. Wykonawca będzie zobowiązany do agregacji danych zbieranych podczas przeprowadzanych interwencji w ciągu roku szkolnego, a następnie przekazania ich w formie raportu z realizacji Programu do odpowiedniej komórki w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego. Raport obejmował będzie m.in. informacje nt. liczby uczestników, wyniki ankiet oraz statystyczne wyniki badań antropometrycznych, które powinny korespondować z miernikami efektywności programu i monitoringu. Realizacja musi uwzględniać czas konieczny na opracowanie programów szkoleniowych oraz przygotowanie koniecznych materiałów oraz dobranie kadr i przeprowadzenie procesu rekrutacji. W trakcie realizacji Programu muszą odbyć się wspomniane wcześniej pomiary i badania oraz przewidziane szkolenia.

Opracowanie programów szkoleniowych



Monitoring dane przekazywane z realizacji Programu

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

Wykonawcy Programu wybrani będą w drodze konkursu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. Wykonawca odpowiedzialny będzie za zabezpieczenie odpowiedniego zaplecza infrastrukturalnego i sprzętowego/wyposażenia do przeprowadzenia badań antropometrycznych i szkoleń, jak również dobór personelu posiadającego odpowiednie kompetencje w zakresie planowanych działań.

Realizacja badań powinna być przeprowadzona w pomieszczeniach przedszkolnych, zapewniając dzieciom intymność oraz przestrzegając zasad higieny. Badanie antropometryczne zostanie przeprowadzone przez wykwalifikowany personel tj. pielęgniarkę, dietetyka lub rehabilitanta/fizjoterapeutę. Urządzenie niezbędne do przeprowadzenia pomiaru składu masy ciała Wykonawca zapewni we własnym zakresie, mając na uwadze, że powinno mieć odpowiednią certyfikację medyczną.

Szkolenia zarówno w etapie I jak i II będą realizowane na terenie placówek przedszkolnych, w dni robocze, w godzinach dogodnych dla uczestników jak również nie zakłócających pracę placówki. Zostaną one przeprowadzone przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje, tj. dietetyka (lub innego specjalistę do spraw żywienia), fizjoterapeutę (lub rehabilitanta) i psychologa. Wykonawca we własnym zakresie zapewni opracowanie programów szkoleń tak, aby były one dostosowane zarówno dla dzieci jak i dla dorosłych. Ponadto zapewnione zostaną materiały edukacyjne dla dzieci potrzebne podczas szkoleń, jak również gadżet kojarzony z prawidłowym żywieniem lub aktywnym trybem życia (dla dzieci) oraz zestaw materiałów informacyjnych dla rodziców.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1 Monitorowanie

Ocena efektywności programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości mierników efektywności założonych w programie, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami programu a także wartości wskaźników sprawozdawanych przez beneficjentów.

Ocena zgłaszalności do programu

- Liczba osób objętych usługami w ramach realizacji projektu, w tym również z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem

- Liczba dzieci objętych usługami zdrowotnymi w ramach realizacji projektu, w tym również z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem
- Liczba dzieci w wieku przedszkolnym uczestniczących w programie (w podziale na wiek)
- Liczba dzieci w wieku przedszkolnym do których skierowano propozycję przeprowadzenia poszerzonej diagnostyki (wzrost, waga, skład masy ciała) w zakresie otyłości.
- Liczba dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością uczestniczących w programie (w podziale na wiek)
- Liczba dzieci, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie na etapie rekrutacji, ze względu na brak zgody rodziców.
- Liczba dzieci, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania (w podziale na wiek)
- Liczba dzieci w wieku przedszkolnym, które uczestniczyły w zajęciach w ramach modułu żywieniowego
- Liczba dzieci w wieku przedszkolnym, które uczestniczyły w zajęciach w ramach modułu aktywności fizycznej
- Liczba dzieci w wieku przedszkolnym, które uczestniczyły w zajęciach w ramach modułu behawioralnego
- Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którym przekazano wiedzę w zakresie przyczyn i skutków nadwagi i otyłości dziecięcej
- Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którym przekazano wiedzę w zakresie wypracowania właściwych nawyków zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety
- Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którym przekazano wiedzę w zakresie znaczenia aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym
- Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którym przekazano wiedzę w zakresie zasad i technik oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym
- Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy zadeklarowali poszerzenie wiedzy dzieci w zakresie zdrowego odżywiania się, zbilansowanej diety oraz aktywności fizycznej.
- Liczba pracowników przedszkola, którym przekazano wiedzę w zakresie przyczyn i skutków nadwagi i otyłości dziecięcej
- Liczba pracowników przedszkola, którym przekazano wiedzę w zakresie wypracowania właściwych nawyków zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety
- Liczba pracowników przedszkola, którym przekazano wiedzę w zakresie znaczenia aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym
- Liczba pracowników przedszkola, którym przekazano wiedzę w zakresie zasad i technik oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym

Ocena jakości świadczeń w programie

- Analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu

- Identyfikacja czynników zakłócających przebieg programu lub mających wpływ na korektę programu w trakcie jego trwania

2 Ewaluacja

Do ewaluacji zostaną wykorzystane wskaźniki wymienione w punkcie dotyczącym mierników efektywności odpowiadające celom programu:

- Liczba dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą lub otyłością uczestniczących w programie
- Odsetek dzieci uczestniczących w programie, które zwiększyły swoją wiedzę w zakresie zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety
- Odsetek dzieci uczestniczących w programie, które zwiększyły swoją wiedzę w zakresie aktywności fizycznej
- Odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie przyczyn i skutków nadwagi i otyłości dziecięcej
- Odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie wypracowania właściwych nawyków zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety
- Odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie znaczenia aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym
- Odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie zasad i technik oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym
- Odsetek pracowników przedszkola uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie przyczyn i skutków nadwagi i otyłości dziecięcej
- Odsetek pracowników przedszkola uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie wypracowania właściwych nawyków zdrowego odżywiania się i zbilansowanej diety
- Odsetek pracowników przedszkola uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie znaczenia aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym
- Odsetek pracowników przedszkola uczestniczących w programie, którzy zwiększyli swoją wiedzę w zakresie zasad i technik oddziaływania na zwyczaje i nawyki dzieci w wieku przedszkolnym.

Należy podkreślić, że rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej, w oparciu o dane statystyczne dotyczące odsetka osób z nadwagą i otyłością w województwie.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację programu przeznaczono alokację w wysokości **5 516 280 zł**. W latach 2019-2022 planuje się ogłoszenie naborów wniosków o dofinansowanie projektów w ramach RPO WSL 2014-2020. W wyniku rozstrzygnięcia naboru nr RPSL.09.02.06-IZ.01-24-349/19 na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości **5 858 546,23 zł**.

Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez osoby/podmioty realizujące podobne świadczenia na terenie województwa śląskiego (rozeznanie rynku). Koszty przewidziane w programie muszą być ponoszone na warunkach określonych w wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

1 Koszty jednostkowe

Składowe kosztu przeprowadzenia zajęć dla grupy przedszkolnej dzieci i ich rodziców oraz personelu przedszkola (grupa max. 25 dzieci) w trakcie realizacji Programu:

- Badanie antropometryczne – 2 razy w trakcie realizacji Programu dla grupy 25 dzieci (przeprowadzenia analizy składu ciała oraz pomiar wzrostu i masy),
- Opracowanie programu zajęć - moduł dietetyczny (program 3 zajęć każde po ok. 60 min. skierowanych do grupy dzieci w wieku przedszkolnym - max 25 os. oraz program szkolenia ok. 45 min. skierowanego do grupy rodziców i personelu przedszkola)
- Pakiet szkoleń dietetycznych dla dzieci (3 szkolenia z zakresu zdrowego żywienia każde po ok. 60 min. skierowane do grupy dzieci w wieku przedszkolnym - max 25 os.; po stronie szkolącego leży zapewnienie wszelkich materiałów niezbędnych do przeprowadzenia szkolenia);
- Szkolenie dietetyczne dla rodziców i personelu przedszkola (szkolenie z zakresu zdrowego żywienia trwające ok. 45 min. skierowane dla grupy rodziców dzieci uczestniczących w programie oraz personelu przedszkola; materiały szkoleniowe w postaci wydruków niezbędne do przeprowadzenia szkolenia stanowią osobny koszt);
- Opracowanie programu zajęć – moduł behawioralny (program 3 zajęć każde po ok. 60 min. skierowanych do grupy dzieci w wieku przedszkolnym - max 25 os. oraz program szkolenia ok. 45 min. skierowanego do grupy rodziców i personelu przedszkola)
- Pakiet szkoleń behawioralnych dla dzieci (3 szkolenia z zakresu promocji zdrowych nawyków żywieniowych każde po ok. 60 min. skierowane do grupy dzieci w wieku

- przedszkolnym - max 25 os.; po stronie szkolącego leży zapewnienie wszelkich materiałów niezbędnych do przeprowadzenia szkolenia);
- Szkolenie behawioralne dla rodziców i personelu przedszkola (szkolenie z zakresu promocji zdrowych nawyków żywieniowych trwające ok. 45 min. skierowane dla grupy rodziców dzieci uczestniczących w programie oraz personelu przedszkola; materiały szkoleniowe w postaci wydruków niezbędne do przeprowadzenia szkolenia stanowią osobny koszt);
 - Opracowanie programu zajęć – moduł z zakresu promocji aktywności fizycznej (program 3 zajęć każde po ok. 60 min. skierowanych do grupy dzieci w wieku przedszkolnym - max 25 os. oraz program szkolenia ok. 45 min. skierowanego do grupy rodziców i personelu przedszkola);
 - Pakiet szkoleń z zakresu aktywności fizycznej dla dzieci (3 szkolenia z zakresu aktywności fizycznej każde po ok. 60 min. skierowane do grupy dzieci w wieku przedszkolnym - max 25 os.; po stronie szkolącego leży zapewnienie wszelkich materiałów niezbędnych do przeprowadzenia szkolenia);
 - Szkolenie z zakresu aktywności fizycznej dla rodziców i personelu przedszkola (szkolenie z zakresu aktywności fizycznej wśród przedszkolaków trwające ok. 45 min. skierowane dla grupy rodziców dzieci uczestniczących w programie oraz personelu przedszkola; materiały szkoleniowe w postaci wydruków niezbędne do przeprowadzenia szkolenia stanowią osobny koszt);
 - Maskotka/zabawka edukacyjna dla dzieci uczestniczących w programie (25 szt.);
 - Materiały szkoleniowe dla rodziców i personelu przedszkola (27 szt. – 25 rodziców oraz 2 opiekunów przedszkolnych; zestaw materiałów dla 1 osoby obejmuje 3 publikacje po 20 stron B5 wydruku kolorowego).

Tabela 2 Kalkulacja kosztu całkowitego przeprowadzenia programu dla grupy 25 dzieci (wraz z rodzicami i personelem) w trakcie realizacji Programu.

| Rodzaj kosztu | Liczba | Jednostka | Wartość kosztu dla grupy 25 dzieci objętych programem w trakcie jego realizacji |
|--|--------|-----------|---|
| Badanie antropometryczne | 2 | badanie | 837,50 |
| Opracowanie programu zajęć - moduł dietetyczny | 1 | program | 645,84 |
| Szkolenia dietetyczne dla dzieci | 3 | szkolenie | 820,00 |
| Szkolenie dietetyczne dla rodziców i personelu przedszkola | 1 | szkolenie | 225,00 |
| Opracowanie programu zajęć – moduł | 1 | program | 4138,00 |

| | | | |
|---|----|-----------|------------------|
| behawioralny | | | |
| Szkolenia behawioralne dla dzieci | 3 | szkolenie | 1880,25 |
| Szkolenie behawioralne dla rodziców i personelu przedszkola | 1 | szkolenie | 622,00 |
| Opracowanie programu zajęć – moduł z zakresu promocji aktywności fizycznej | 1 | program | 1779,33 |
| Szkolenia z zakresu aktywności fizycznej dla dzieci | 3 | szkolenie | 1807,50 |
| Szkolenie z zakresu aktywności fizycznej dla rodziców i personelu przedszkola | 1 | szkolenie | 539,17 |
| Maskotka/zabawka edukacyjna dla dzieci | 25 | Szt. | 1250,00 |
| Materiały szkoleniowe dla rodziców i opiekunów przedszkolnych | 27 | komplet | 1215,00 |
| Razem | | | 15 759,59 |

Źródło: opracowanie własne

Zakładając maksymalną wielkość grup przedszkolnych na poziomie 25 dzieci, koszt jednostkowy udziału jednego dziecka (wraz z rodzicem i personelem przedszkola) przez cały rok szkolny w programie wynosi w zaokrągleniu **630 zł**.

2 Koszty całkowite

Zakłada się, że w projekcie weźmie udział 7 960 dzieci w wieku 5-6 lat korzystających z wychowania przedszkolnego wraz z ich rodzicami oraz opiekunami przedszkolnymi.

W związku z powyższym koszty bezpośrednio programu wyniosą:

7960 os. x 630 zł = **5 014 800 zł**

Ujmując koszty pośrednie na poziomie 10% kosztów bezpośrednich, koszty całkowite programu wyniosą **5 516 280 zł**.

Tabela 3 Koszty bezpośrednie.

| Rok kalendarzowy | Rok szkolny | Liczba dzieci | Przewidziane interwencje (na potrzeby kalkulacji) | Koszt bezpośredni |
|--|--|---------------|--|---|
| 2019 | 2019 - 2020 | 2650 | Badania antropometryczne Opracowanie programów 3 różne szkolenia dla dzieci 1 szkolenie dla rodziców i personelu Materiały dla rodziców i dzieci | 1 184 020,00 |
| 2020 | | | 6 szkoleń dla dzieci 2 szkolenia dla dorosłych Badania antropometryczne | 1 673 968,00 |
| | 2021 | 2020 - 2021 | 2660 | |
| 2022 | | 2021 - 2022 | 2650 | 6 szkoleń dla dzieci 2 szkolenia dla dorosłych Badania antropometryczne |
| | Badania antropometryczne Opracowanie programów 3 różne szkolenia dla dzieci 1 szkolenie dla rodziców i personelu Materiały dla rodziców i dzieci | | | |
| 2022 | | | 6 szkoleń dla dzieci 2 szkolenia dla dorosłych Badania antropometryczne | 485 480,00 |
| Razem w latach 2019-2022 koszty bezpośrednie | | | | 5 014 800,00 |

Źródło: opracowanie własne

3 Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020. Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości **4 688 838,00 zł (85%)**. Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta. W związku ze zwiększeniem kwoty alokacji na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości **4 979 764,30 zł (85%)**. Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

VII. Bibliografia

1. Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej, praca zbiorowa pod redakcją Anny Oblacińskiej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013.

2. Nadmierna masa ciała – konteksty psychospołeczne i pedagogiczno-edukacyjne, Karina Leksy, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.
3. 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, zalecane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Rodzinnej, Przewodnicząca zespołu redaktorów: Magdalena Olszanecka-Glinianowicz.
4. Funkcjonowanie dziecka otyłego w szkole, Małgorzata Gajkowska - <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU2050>