

UCHWAŁA NR
RADY GMINY PAWŁOWICE

z dnia 2021 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr XVII/179/2020 Rady Gminy Pawłowice z dnia 2 czerwca 2020 r.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 713 ze zm.), art. 7 ust. 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.) po pozytywnym zaopiniowaniu przez Komisję Działalności Społecznej

Rada Gminy Pawłowice
uchwała

§ 1. Zmienia się załącznik do uchwały Rady Gminy Pawłowice Nr XVII/179/2020 z dnia 2 czerwca 2020 r.: Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. " Zdrowy Przedszkolak" na lata 2020 – 2025, który otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Pawłowice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**GMINA
PAWŁOWICE**



**Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci
w wieku przedszkolnym pn. "Zdrowy Przedszkolak"
na lata 2021 - 2025**

podstawa prawna opracowania programu polityki zdrowotnej: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.)

Pawłowice, 2021 r.

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

- I.1 Opis problemu zdrowotnego
- I.2 Dane epidemiologiczne
- I.3 Opis obecnego postępowania

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

- II.1 Cel główny
- II.2 Cele szczegółowe
- II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

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

- III.1 Populacja docelowa
- III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej
 - III.1 Planowane interwencje i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej
 - III.2 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

- IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów
- IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

- V.1 Monitorowanie
- V.2 Ewaluacja

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

- VI.1 Koszty jednostkowe
- VI.2 Koszty całkowite
- VI.3 Źródła finansowania

VII. Bibliografia

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Otyłość jest rezultatem niepożądanego przyrostu masy ciała, spowodowanego dodatnim bilansem energetycznym – spożywaniem większej ilości kalorii niż jest zużywane przez daną osobę. Ludzie otyli mają zwiększone ryzyko rozwoju wielu poważnych schorzeń, takich jak cukrzyca insulinozależna (typu 2), choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze i udary mózgu, choroby pęcherzyka żółciowego, niektóre rodzaje raka (raka endometrium, jajników, piersi, szyjki macicy, prostaty, jelita grubego, pęcherzyka żółciowego, trzustki, wątroby i nerek) oraz pojawienia się problemów psychospołecznych. Najczęściej stosowanym wskaźnikiem stanu odżywienia, pozwalającym określić występowanie otyłości, jest wskaźnika masy ciała (BMI Body Mass Index). BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \frac{\text{masa ciała kg}}{\text{wzrost m}^2}$). W przypadku osób dorosłych prawidłowy BMI mieści się w przedziale od 18,5 do 24,9. BMI równy bądź większy niż 25, ale mniejszy niż 30 wskazuje na nadwagę, zaś równy bądź wyższy niż 30 – na otyłość.

W większości krajów Europejskiego Regionu WHO otyłość jest dużo częstsza w środowiskach najuboższych, które charakteryzują się niższym dochodem, niższym poziomem wykształcenia i gorszym dostępem do opieki. Przypuszcza się, że otyłość jest z jednej strony wyrazem nierówności, a z drugiej strony dodatkowo ją pogłębia. Stanowi to swoiste błędne koło. Wybory dotyczące racjonalnego odżywiania się i aktywności fizycznej dokonywane przez ludzi (w szczególności tych, którzy znajdują się w niekorzystnej sytuacji życiowej) podlegają ograniczeniom strukturalnym, społecznym, organizacyjnym, finansowym i innym. Na przykład we Francji porcja owoców i warzyw dostarczająca 100 kilokalorii, ma około pięć razy wyższą wartość odżywczą niż równoważna pod względem energetycznym ilość innej żywności, ale jest także pięć razy droższa. Ludzie posiadający niskie dochody mają zwykle ograniczony dostęp do obiektów sportowych i klubów fitness, a okolice, w których mieszkają nie zawsze sprzyjają podejmowaniu aktywności fizycznej. Badania wskazują, że w szybko rozwijających się uboższych krajach występuje gwałtowny wzrost liczby przypadków otyłości. Najwięcej otyłych żyje natomiast w krajach zamożniejszych, które charakteryzują się większą przepaścią pomiędzy dochodami bogatych i biednych.

Przyczyny epidemii otyłości są złożone. Wiele zjawisk składa się na pojęcie tzw. „środowiska sprzyjającego otyłości”. Są to przede wszystkim takie czynniki jak polityka gospodarcza, struktura współczesnego społeczeństwa, rozwój społeczno-ekonomiczny (większa liczba

osób mieszkająca w miasteczkach i miastach, jeżdżąca samochodami, prowadząca siedzący tryb życia w pracy i w domu, kupująca żywność przetworzoną itd.) W Europejskim Regionie WHO dwie trzecie populacji mieszka w miastach i miasteczkach i liczba ta stale wzrasta. Stąd też winą za nadwagę i otyłość nie należy obarczać wyłącznie pojedynczych osób.

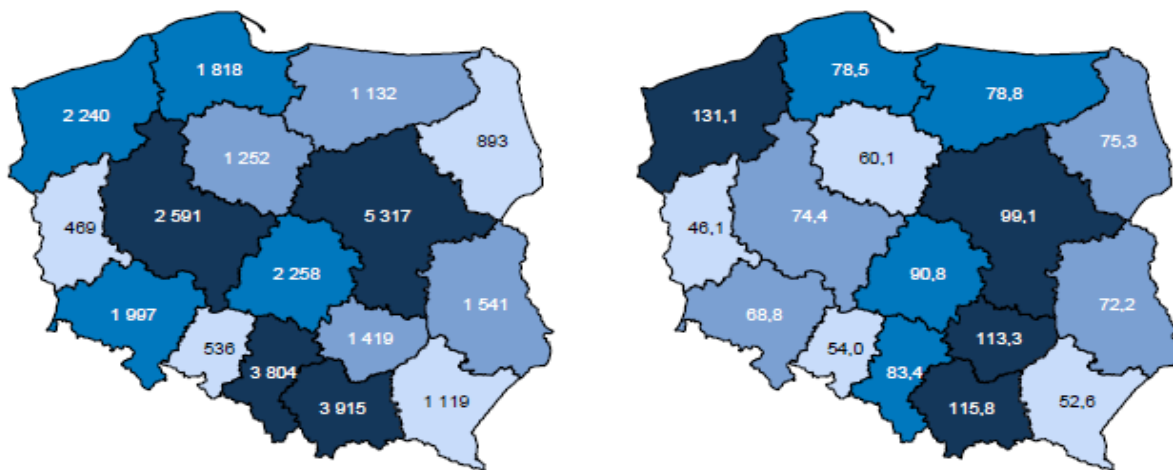
Z ankiety przeprowadzonej niedawno przez Europejskie Biuro WHO wynika, że zaledwie 30% chłopców i 37% dziewcząt w wieku od 13 do 15 lat spożywa owoce każdego dnia.

Program ograniczenia epidemii otyłości powinien obejmować dwie strategie. Pierwszą z nich jest promowanie zdrowego żywienia, co oznacza zmniejszenie spożycia tłuszczów i cukru oraz zwiększenie konsumpcji warzyw i owoców. Druga polega na zwiększeniu poziomu aktywności fizycznej. Żywność sprzyjająca racjonalnemu żywieniu łatwiej dostępna w sklepach, miejscach pracy i stołówkach szkolnych. Nie należy promować żywności i napojów wysokoenergetycznych. Należy ograniczyć ich dostępność oraz zastąpić je niskoenergetycznymi produktami o wysokiej wartości odżywczej. Wszystkim ludziom, a przede wszystkim dzieciom od najmłodszych lat należy ułatwiać i umożliwiać podejmowanie codziennej aktywności fizycznej (choćby poprzez wykorzystanie aktywnych metod przemieszczania się) poprzez wdrażanie programów realizowanych w szkołach i poza nią. Olbrzymią rolę w promowaniu zdrowego stylu życia pełnią media. Z zachęcania ludzi do zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej płyną ogromne korzyści, które wykraczają poza sferę zdrowia, obejmując inne dziedziny gospodarki i rozwoju krajów.

2. Dane epidemiologiczne

W Europie otyłość osiągnęła rozmiary epidemii. W ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci częstość występowania otyłości potroiła się. Dzieci w sposób szczególny są zagrożone otyłością. W Europejskim Regionie WHO nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym wieku dziecięcego. Obecnie około 20% dzieci ma nadmierną masę ciała, a jedna trzecia z nich to dzieci otyłe. U dzieci otyłych występuje znacznie wyższe ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, problemów ze snem, jak również problemów psychospołecznych. Najbardziej jednak niepokoi to, że najprawdopodobniej dzieci te pozostaną otyłe także po osiągnięciu dorosłości i będą miały zwiększone ryzyko zachorowania na choroby prowadzące do obniżenia jakości i długości ich życia. Ministerstwo Zdrowia Wielkiej Brytanii prognozuje, że jeśli aktualny trend utrzyma się, to do roku 2050 średnia długość życia mężczyzn zmniejszy się o pięć lat. W Polsce zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Otyłość” w roku 2016 wyniosła 32,3 tysiące przypadków, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 84,0.

Mapa 1. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględna i na 100 tys. ludności – Otyłość



Woj.	Udział kobiet [%]	Udział ludności miejskiej [%]	Grupy wiekowe				
			<18 [%]	18-44 [%]	44-54 [%]	54-64 [%]	65+ [%]
dolnośląskie	58,59	72,26	29,89	25,44	12,12	15,17	17,38
kujawsko-pomorskie	55,99	62,38	51,60	21,49	8,23	9,27	9,42
lubelskie	60,67	54,19	30,50	23,17	14,15	15,77	16,42
lubuskie	60,77	62,26	32,62	29,64	11,51	13,86	12,37
łódzkie	63,42	72,19	26,93	25,42	13,64	16,92	17,09
małopolskie	61,89	62,53	23,19	24,78	14,05	18,19	19,80
mazowieckie	62,10	69,66	25,73	23,96	13,05	18,19	19,07
opolskie	64,93	50,56	28,17	42,72	13,25	8,77	7,09
podkarpackie	56,57	46,74	55,59	18,50	7,69	10,37	7,86
podlaskie	63,27	66,29	36,62	26,09	13,44	11,20	12,65
pomorskie	60,89	69,97	37,07	26,73	11,61	13,31	11,28
śląskie	62,07	84,57	31,20	24,16	12,09	15,77	16,77
świętokrzyskie	64,34	52,71	26,64	22,90	13,46	19,45	17,55
warmińsko-mazurskie	58,13	59,01	51,33	23,06	9,54	8,57	7,51
wielkopolskie	60,67	64,69	21,03	29,53	14,28	17,64	17,52
zachodniopomorskie	58,62	73,48	21,61	25,40	12,32	19,46	21,21

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

W Polsce zgodnie z wynikami badania PITNUTS (2016 r.) ok. 10% dzieci w wieku 1-3 lat ma nadwagę/otyłość, a dodatkowo 18,4% jest zagrożone nadmierną masą ciała. Problem nadwagi i otyłości dotyczy też niemal co trzeciego 8-latkę (badanie COSI, 2016). U starszych dzieci

i młodzieży nie jest znacząco lepiej. Według danych uzyskanych z ogólnopolskiego badania przeprowadzonego przez Instytut Żywności i Żywienia wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów (10-16 lat) problem nadmiernej masy ciała dotyczył co piątego ucznia, przy czym częściej występował u chłopców niż u dziewcząt. Stwierdzono też, że wraz z wiekiem problem ten nieco malał chociaż nadal utrzymywał się na poziomie ok. 22% u gimnazjalistów i ok. 16% u gimnazjalistek.

Nie ma wątpliwości, że nadwaga i otyłość stanowi poważny problem. Przedstawione dane wskazują, że nadal istnieje ogromna potrzeba poszukiwania i realizacji skutecznych na globalną skalę działań, które pozwolą wyhamować niekorzystne trendy związane z problemem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży.

Utrzymujące się przez całe życie nawyki żywieniowe nabywane są w przede wszystkim w dzieciństwie.

3. Opis obecnego postępowania

Obecnie w Polsce działania na rzecz zapobiegania nadwadze i otyłości mają charakter inicjatyw doraźnych przy niedostatecznej koordynacji działań. Problem polega na braku środków finansowych przeznaczanych na walkę z nadwagą i otyłością. Również brak wiedzy ze strony społeczeństwa przyczynia się do narastania problemów związanych z otyłością i nadwagą. Kadra medyczna, z którą najczęściej kontakt mają rodzice dzieci przedszkolnych jest niedostatecznie przygotowana do poradnictwa dietetycznego, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje tych świadczeń.

Właściwe żywienie we wczesnym okresie życia ma ogromny wpływ na kondycję oraz rozwój fizyczny i psychiczny dziecka - pozwala osiągnąć genetycznie uwarunkowany potencjał wzrostowy oraz poziom inteligencji. Ponadto, może wpływać na zmniejszenie ryzyka wystąpienia niektórych chorób cywilizacyjnych. Rodzice o nadwadze dziecka często dowiadują się przy bilansie u lekarza, ale nie wiedzą co dalej zrobić i gdzie się udać. Często sami na własną rękę szukają pomocy aby nadwaga nie zmieniła się w otyłość. Porady w gabinetach dietetycznych nie należą do świadczeń gwarantowanych i ich koszty spoczywają na rodzicach.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 3-6 lat uczęszczających do przedszkoli na terenie gminy Pawłowice poprzez regularne wykonywanie pomiarów antropogenicznych, zmianę nawyków żywieniowych dzieci i rodziców oraz poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej na temat zasad zdrowego o dożywiania się. Zakłada się zmniejszenie o 5% odsetka dzieci z nadwagą i otyłością

w stosunku do odsetka zidentyfikowanego w trakcie badań przesiewowych wskutek podjętych działań.

2. Cele szczegółowe

- 2.1. przeszkolenie rodziców/opiekunów prawnych wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola w zakresie zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej,
- 2.2. podniesienie świadomości wszystkich dzieci w wieku 3-6 lat uczęszczających do przedszkoli na terenie gminy Pawłowice na temat zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej – poprzez pogadanki edukacyjne prowadzone w przedszkolach,
- 2.3. wyłonienie grupy dzieci z nadwagą i otyłością spośród dzieci uczęszczających do przedszkoli w wieku 3-6 lat poprzez wykonanie badań przesiewowych – 20%,
- 2.4. zmniejszenie masy ciała u dzieci z wartościami BMI \geq 91-98 centyla – nadwaga, BMI \geq 98 centyla - otyłość ,
- 2.5. zapewnienie wsparcia rodzicom dzieci, które mają wartość BMI \geq 91-98 centyla – nadwaga, BMI \geq 98 centyla – otyłość, poprzez objęcie ich opieką specjalistyczną wykwalifikowanego zespołu składającego się z lekarza pediatry, pielęgniarki, dietetyka i psychologa - 100 % z wyłonionej grupy dzieci z nadwagą i otyłością,.
- 2.6. zmotywowanie rodziców dzieci które mają wartość BMI \geq 91-98 centyla – nadwaga, BMI \geq 98 centyla – otyłość, do zmiany nawyków żywieniowych i wdrożenia aktywności fizycznej – 100%w wyłonionej grupy dzieci z nadwagą o otyłością.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 3.1. raz w roku dokonać przeszkolenia rodziców/opiekunów prawnych wszystkich dzieci uczęszczających do przedszkola w zakresie zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej,
- 3.2. przeprowadzić konkurs plastyczny sprawdzający wiedzę dzieci dotyczący zasad zdrowego żywienia. Organizacja Dnia zdrowia w przedszkolu podczas, którego dzieci przygotują na podstawie zdobytej wiedzy zdrowe posiłki i przekąski,
- 3.3. trzy razy w ciągu roku szkolnego prowadzenie badań przesiewowych pozwalających na wyłonienie grupy dzieci które mają wartość BMI \geq 91-98 centyla – nadwaga, BMI \geq 98 centyla,
- 3.4. co najmniej 3 razy w roku wykonywanie pomiarów antropogenicznych i porównanie ich z normami,
- 3.5. informacja zwrotna od specjalistów (pielęgniarka, lekarz, dietetyk, psycholog) o liczbie rodziców dzieci objętych działaniami,

3.6. raz w roku badania ankietowe wśród rodziców dzieci informujące o zaistniałych zmianach zachowań zdrowotnych, żywieniowych i w zakresie aktywności fizycznej.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

1. Populacja docelowa

W ramach realizowanego programu planowane jest objęcie interwencją wszystkich dzieci w wieku 3-6 lat uczęszczających do przedszkoli na terenie gminy Pawłowice. Zgodnie z danymi z ewidencji ludności Urzędu Gminy Pawłowice populacja dzieci w ww. wieku kształtuje się na poziomie ok. 900 dzieci rocznie. Łączna ilość dzieci, która mogłaby być objęta i włączona do programu w latach 2021-2025 przedstawia się następująco:

	2021		2022		2023		2024		2025	
	Rok urodzenia	Liczebność	Rok urodzenia	Liczebność	Rok urodzenia	Liczebność	Rok urodzenia	Liczebność	Rok urodzenia	Liczebność
3 latki	2017	238	2018	223	2019	230 *	2020	230 *	2021	230 *
4 latki	2016	213	2017	238	2018	223	2019	230 *	2020	230 *
5 latki	2015	206	2016	213	2017	238	2018	223	2019	230 *
6 latki	2014	221	2015	206	2016	213	2017	238	2018	223
Razem dzieci	878		880		904		921		913	

* liczba szacunkowa

W roku 2021 programem objęte zostaną dzieci w wieku 3-6 lat. Z danych wynika, że dzieci takich mamy ok. 878 z tego 70 % (gdyż nie wszystkie dzieci z tych roczników uczęszczają do przedszkoli oraz nie wszyscy rodzice wyrażą zgodę na udział dziecka w programie) co daje nam liczbę ok. 620 dzieci. Do programu interwencyjnego zakwalifikowanych zostanie 20% dzieci poddanych badaniom przesiewowym czyli ok. 124 dzieci . Będą to dzieci z wykrytymi czynnikami ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych. W kolejnych latach tylko dzieci 3 letnie zostaną objęte wszystkimi elementami programu natomiast dzieci w wieku 4- 6 lat będą miały monitorowaną wagę ciała, wykonywane pomiary BMI (dwa razy w roku na początku roku szkolnego i na koniec roku szkolnego), prowadzona będzie edukacja wśród dzieci i rodziców.

Łączna ilość dzieci które będą mogły skorzystać z programu wraz z podziałem na interwencję przedstawia się następująco:

Rok 2021

Dzieci 3- 6 lat

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	620
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	124
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	124
Edukacja dzieci	
I spotkanie	620
II spotkanie	620
III spotkanie	620
Edukacja rodziców	
I spotkanie	620
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami	
I konsultacja (na początku programu)	124
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	124
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	124

Rok 2022

Dzieci 3-letnie

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	161
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	32
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	32
Edukacja dzieci	
I spotkanie	161
II spotkanie	161
III spotkanie	161
Edukacja rodziców	
I spotkanie	161
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami	
I konsultacja (na początku programu)	32
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	32
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	32

Dzieci w wieku 4-6 lat

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci, na początku roku szkolnego)	462
II pomiar masy ciała(70 % dzieci, na zakończenie roku szkolnego)	462
Edukacja dzieci	
I spotkanie	462
II spotkanie	462
III spotkanie	462
Edukacja rodziców	
I spotkanie	462

Rok 2023

Dzieci 3-letnie

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	161
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	32
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	32
Edukacja dzieci	
I spotkanie	161
II spotkanie	161
III spotkanie	161
Edukacja rodziców	
I spotkanie	161
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami	
I konsultacja (na początku programu)	32
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	32
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	32

Dzieci w wieku 4-6 lat

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci, na początku roku szkolnego)	476
II pomiar masy ciała(70 % dzieci, na zakończenie roku szkolnego)	476
Edukacja dzieci	
I spotkanie	476
II spotkanie	476
III spotkanie	476
Edukacja rodziców	

I spotkanie	476
-------------	-----

Rok 2024
Dzieci 3-letnie

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	161
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	32
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	32
Edukacja dzieci	
I spotkanie	161
II spotkanie	161
III spotkanie	161
Edukacja rodziców	
I spotkanie	161
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami	
I konsultacja (na początku programu)	32
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	32
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	32

Dzieci w wieku 4-6 lat

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci, na początku roku szkolnego)	490
II pomiar masy ciała(70 % dzieci, na zakończenie roku szkolnego)	490
Edukacja dzieci	
I spotkanie	490
II spotkanie	490
III spotkanie	490
Edukacja rodziców	
I spotkanie	490

Rok 2025
Dzieci 3-letnie

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	161
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	32
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	32
Edukacja dzieci	

I spotkanie	161
II spotkanie	161
III spotkanie	161
Edukacja rodziców	
I spotkanie	161
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami	
I konsultacja (na początku programu)	32
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	32
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	32

Dzieci w wieku 4-6 lat

Zadanie	Liczba uczestników
Kontrola masy ciała	
I pomiar masy ciała (70 % dzieci, na początku roku szkolnego)	480
II pomiar masy ciała(70 % dzieci, na zakończenie roku szkolnego)	480
Edukacja dzieci	
I spotkanie	480
II spotkanie	480
III spotkanie	480
Edukacja rodziców	
I spotkanie	480

Poza dziećmi w wieku 3-6 lat uczęszczającymi do przedszkoli na terenie Gminy Pawłowice program zostanie skierowany również do rodziców. Zakłada się przeprowadzenie działań edukacyjnych wśród rodziców, bo dzieci i rodzice to społeczność, która jest ze sobą bardzo związana i ma na siebie duży wpływ. Zatem edukacja ma na celu zachęcanie całej rodziny do wspólnych działań na rzecz przeciwdziałania nadwadze i otyłości, wprowadzenie prawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań prozdrowotnych w tym uprawianie sportu. Rodzice otrzymają informację o stanie zdrowia dziecka, proponowanego dalszego postępowania oraz informację o możliwości włączenia dziecka do dalszego programu interwencyjnego. Zakłada się również przeprowadzenie podczas realizacji programu spotkań o charakterze edukacyjnym skierowanych do rodziców i dzieci.

Tematem spotkań będzie edukacja żywieniowa i aktywność fizyczna. Rodzice, którzy wyrażą zgodę na udział w programie będą odpowiedzialni za wprowadzenie zachowań zdrowotnych w życiu dziecka i rodziny.

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

Do programu przesiewowego zostaną zakwalifikowane wszystkie dzieci w wieku 3-6 lat uczęszczające do przedszkoli na terenie Gminy Pawłowice. Niezbędnym kryterium kwalifikacji będzie zgoda rodziców na przeprowadzenie badań przesiewowych. Badania przesiewowe będą realizowane na terenie przedszkoli do których uczęszczają dzieci. Przeprowadzenie badań w środowisku przedszkolnym daje duże szanse uzyskania wysokiego stopnia uczestnictwa dzieci w programie oraz łatwego dostępu rodziców – celem uzyskania zgody i zaangażowania ich w realizację programu.

Do programu interwencyjnego zaproszone zostaną wszystkie dzieci z wykrytymi zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości (założono że będzie to 20 % dzieci, które przystąpiły do programu). Terminy działań interwencyjnych zostaną dostosowane do rodziców i uczestników programu. Z programu wyłączone zostaną dzieci objęte już specjalistyczną opieką lekarską na skutek występujących zaburzeń układu endokrynologicznego oraz chorób metabolicznych oraz dzieci których rodzice nie wyrazili zgody na udział w programie.

Udział w programie jest bezpłatny i dobrowolny. Każdy uczestnik będzie mógł przerwać uczestnictwo w programie na każdym etapie, jeżeli wystąpi czynnik uniemożliwiający mu uczestnictwo bądź na pisemną prośbę rodzica. Każdy rodzic uczestnika programu zostanie przed przystąpieniem do programu poinformowany o źródłach finansowania, zasadach realizacji i warunkach uczestnictwa.

Dokumentacja powstała podczas realizacji programu będzie przechowywana przez podmiot realizujący program zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

3. Planowane interwencje i sposób udzielania świadczeń

1. Edukacja żywieniowa uczestników programu:

- **Edukacja rodziców** z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej na początku każdego roku szkolnego. Pogadanki będą odbywały się w przedszkolach i miały formę prelekcji ustnej, na której rodzice otrzymają niezbędne materiały edukacyjne związane z tematyką zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, utrzymania prawidłowej masy ciała. Edukacja ukierunkowana będzie na zwrócenie uwagi rodzica aby dziecko miało zbilansowany czas

spędzony przed ekranem telewizora, grach komputerowych w stosunku do aktywności fizycznej. Czas spędzony przed ekranami nie powinien przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci powyżej drugiego roku życia. Odradza się korzystanie z tv, gier komputerowych dzieciom poniżej drugiego roku życia.

- **Edukacja dzieci** z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się 3 – krotnie w trakcie trwania zajęć wychowawczych w przedszkolu w danym roku. Pogadanki będą połączone z działaniami takimi jak: zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek,

2. Wdrożenie grupowej aktywności fizycznej - wprowadzenie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Optymalny czas poświęcony na aktywność fizyczną powinien wynosić 60 minut. Aktywność ta powinna być podejmowana codziennie lub niemal codziennie. Szczególnie zalecane formy ruchu to: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie, ćwiczenia w wodzie. Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej osiągnęte będzie u dzieci do czwartego roku życia poprzez aktywną zabawę, spacer, korzystanie z roweru trójkołowego i po piątym do szóstego roku życia poprzez udział w zajęciach sportowych dwa, trzy razy w tygodniu.

3. Wdrożenie aktywności fizycznej u dzieci ze zdiagnozowaną nadwagą i otyłością – wprowadzenie ćwiczeń fizycznych co najmniej trzy razy w tygodniu adekwatnie do ich możliwości np. ćwiczenia na bieżni, rowerku treningowym, na тренаżerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie aerobik), pompki, przysiady, brzuszki, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy. Ćwiczenia powinny być wykonywane pod nadzorem wykwalifikowanej osoby.

4. Kontrola masy ciała dzieci w przedszkolu w przedziale wiekowym 3- 6 lat w oparciu o badania antropogeniczne w celu wyłonienia populacji zagrożonej nadwagą lub otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała w oparciu o siatki centylowe BMI. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu, wartość BMI \geq 91-98 centyla – oznaczać będzie nadwagę, a BMI \geq 98 centyla otyłość (zgodnie z zaleceniami NICE). Badania przeprowadzone zostaną w gabinetach pielęgniarek na terenie przedszkola z zachowaniem prawa do intymności. Dla dzieci 3 letnich będą wykonywane 3 pomiary. Pierwszy zawsze na początku programu w celu stwierdzenia czy dziecko ma nadwagę lub otyłość, drugi po 4 miesiącach wśród dzieci u których stwierdzono nieprawidłową wagę, a trzeci w celu kontroli wagi po wdrożeniu działań interwencyjnych. U dzieci 4-6 lat pomiary prawidłowości wagi będą się odbywały dwa razy w roku na początku roku szkolnego i na zakończenie po ok. 10 miesiącach w celu monitorowania wagi ciała, nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej.

5. Przeprowadzenie wywiadu rodzinnego w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących. Wywiad uwzględniał będzie takie aspekty jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstotliwość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety.

6. Wizyta u lekarza POZ w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dla dzieci u których stwierdzono BMI \geq 91 centyla. Lekarz podczas wizyty powinien rozważyć następujące kwestie: pomiar ciśnienia krwi, ból biodra lub kolana, niewielki wzrost liniowy, cechy dymorficzne, przerost migdałków, tkliwy ból brzucha lub hepatomegalia, stan skóry, niezstąpione jądro. Badania laboratoryjne mogą obejmować profil lipidowy, pomiar hemoglobiny glikowanej (HbA1c), badanie snu za pomocą pulsoksymetru (MoH NZ 2016) (finansowanie w ramach świadczeń gwarantowanych). Zalecenia do takiej kontroli otrzymają rodzice od realizatora programu wraz z prośbą o informację zwrotną w celu monitorowania sytuacji zdrowotnej dziecka.

7. Konsultacja dietetyczna dla wyłonionych w pierwszym etapie uczestników z nieprawidłową wagą ciała. Spotkanie odbywać się będzie w gabinetach dietetycznych lub przedszkolu. W spotkaniu uczestniczyć będą także rodzice dzieci. Podczas spotkania przeprowadzony zostanie wywiad żywieniowy, poruszone zostaną kwestie troski rodzica o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, kondycja psychiczna dziecka, sen oraz zażywanie leków w tym suplementów oraz dokonany zostanie pomiar masy ciała. Do dwóch tygodni od wizyty rodzice otrzymają jadłospis. Po 4 miesiącach od pierwszej wizyty przeprowadzona zostanie wizyta kontrolna i wydane zostaną dalsze zalecenia co do dalszego postępowania w zakresie żywienia. Po 10 miesiącach odbędzie się wizyta podsumowująca program i rodzic otrzyma dalsze zalecenia dotyczące żywienia i informacje czy dziecko będzie potrzebowało dalszej opieki dietetycznej.

8. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

U wszystkich dzieci objętych programem wykonane zostanie badanie przesiewowe oraz rodzice otrzymają informację o stanie zdrowia dziecka oraz proponowanym dalszym postępowaniu prozdrowotnym. Będzie to zakończenie interwencji dla ok. 80 % dzieci, u których nie zostaną wykryte zaburzenia zdrowotne.

Dla ok. 20 % dzieci planuje się dalszą interwencję polegającą na kontroli lekarskiej, wizytach u dietetyka, w razie potrzeby u psychologa dietetycznego oraz kontroli przez pielęgniarki. Dzieci objęte programem interwencyjnym będą cały czas pod kontrolą pielęgniarki, która będzie dokonywała pomiarów antropogenicznych w celu monitorowania

stanu zdrowia dziecka. Ponadto pielęgniarki będą w stałym kontakcie z rodzicami służąc pomocą i wsparciem przy wdrażaniu zdrowych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej. Na zakończenie programu dzieci otrzymają zalecenia co do dalszego postępowania w celu obniżenia nadmiernej masy ciała oraz możliwości podjęcia leczenia w przypadkach tego wymagających.

Organizator dopuszcza możliwość zakończenia programu na każdym etapie na życzenie rodzica dziecka.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

a) Wyłonienie realizatora programu nastąpi poprzez ogłoszenie konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej. Konkurs zostanie ogłoszony na stronie internetowej www.pawlowice.pl i tablicy ogłoszeń urzędu gminy.

b) Rodzaj działalności realizatora programu winien odpowiadać rodzajowi działań zaplanowanych w ramach programu. Czynności polegające na wykonaniu badań antropogenicznych prowadzone będą w gabinetach zlokalizowanych na terenie przedszkoli, do których uczęszczają dzieci. Spotkania edukacyjne dla rodziców i dzieci zostaną wygłoszone w przedszkolach na terenie gminy. Konsultacje z dietetykiem będą się odbywały w gabinecie dietetycznym lub placówce przedszkolnej zlokalizowanych na terenie Gminy Pawłowice. Wizyta u lekarza POZ odbywać się będzie w gabinetach lekarskich zlokalizowanych na terenie Gminy Pawłowice chyba, że dziecko zadeklarowane jest do lekarza pediatry w innej gminie.

Pielęgniarka/higienistka – posiadanie wykształcenia medycznego średnie lub wyższe i co najmniej 5 letni staż pracy w zawodzie oraz doświadczenie w pracy z dziećmi w środowisku szkolnym lub przedszkolnym.

Dietetyk – osoba posiadająca wykształcenie wyższe na kierunku Dietetyka lub Technologia żywienia, studia podyplomowe na kierunku Dietetyka lub pokrewne.

Lekarz POZ – lekarz pediatra lub kształcący się w zakresie pediatrii z doświadczeniem w zakresie chorób metabolicznych.

c) Prowadzenie akcji informacyjno – promocyjnej na temat programu polityki zdrowotnej w lokalnej prasie i na stronie internetowej www.pawlowice.pl, stronach internetowych przedszkoli.

d) Przeprowadzenie spotkań edukacyjnych dla rodziców i dzieci z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej. Dla rodziców zostanie zorganizowane jedno spotkanie na początku każdego roku szkolnego w formie prelekcji ustnej upowszechniające wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności

fizycznej, utrzymania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymaniu prawidłowej masy ciała. Dla dzieci przewidziano 3 spotkania w ciągu roku szkolnego z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej odbywające się z częstotliwością co kilka miesięcy w celu utrwalenia zdobytej wiedzy i nawyków. Spotkania będą miały formę pogadarek połączone z zabawami ruchowymi, nauką komponowania zdrowych posiłków, zdrowych alternatywnych przekąsek itp.

e) Przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wyłonienia populacji zagrożonej nadwagą lub otyłością wśród dzieci w wieku 3-6 lat. Planowane jest przeprowadzenie badań przesiewowych w grupie ok. 70 % dzieci kwalifikujących się do programu . Dzieci z nieprawidłową wagą ciała zostaną zakwalifikowane do dalszego etapu programu – zakłada się że będzie to ok. 20% dzieci, które wezmą udział w badaniach przesiewowych. Przed rozpoczęciem badań rodzice otrzymają pełną informację na temat programu oraz zostaną poproszeni o wyrażenie zgody na udział w programie. Wyrażenie zgody będzie warunkiem koniecznym do włączenia dziecka do programu. Każdy rodzic otrzyma informację zwrotną o stanie zdrowia dziecka oraz zaleceniami co do dalszego postępowania w ramach programu.

f) Dzieci zakwalifikowane do dalszej części programu (z nieprawidłową wagą ciała) zostaną skierowane do lekarza POZ, gdzie przeprowadzone zostaną analizy czynników ryzyka chorób metabolicznych, wykonane zostaną niezbędne badania laboratoryjne, a w przypadku rozpoznania zaburzeń klinicznych dzieci skierowane zostaną na leczenie w specjalistycznych poradniach.

g) Konsultacje dietetyczne w celu dokonania analizy zachowań zdrowotnych, doboru odpowiedniej diety, wprowadzenia prawidłowych zachowań żywieniowych. Zaplanowano , że dzieci które mają nieprawidłową wagę ciała będą mogły skorzystać z konsultacji dietetyka. W ramach programu odbędą się 3 konsultacje z dietetykiem. Na pierwszym spotkaniu przeprowadzony zostanie wywiad żywieniowy, poruszone zostaną kwestie troski rodzica o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, kondycja psychiczna dziecka, sen oraz zażywanie leków w tym suplementów oraz dokonany zostanie pomiar masy ciała. Do dwóch tygodni od wizyty rodzice otrzymają jadłospis. Po czterech miesiącach od pierwszej wizyty przeprowadzona zostanie wizyta kontrolna podczas której dziecko będzie poddane pomiarom i wydane zostaną dalsze zalecenia co do dalszego postępowania w zakresie żywienia. Po 10 miesiącach odbędzie się wizyta podsumowująca program i rodzic otrzyma dalsze zalecenia dotyczące żywienia i informacje czy dziecko będzie potrzebowało dalszej opieki dietetycznej.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie się odbywało poprzez dokonywanie oceny zgłaszalności do programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do liczby uczestników jaką założono, że weźmie udział w programie. Oceny tej dokonywać będzie się na podstawie raportów rocznych składanych przez realizatora programu. Monitorowana będzie również liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych poszczególnych badań przesiewowych, liczba uczestników badań edukacyjnych. Zmiana tych parametrów w poszczególnych latach programu, porównywana z liczebnością populacji docelowej stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań edukacyjnych i promocyjnych. Monitorowany będzie również BMI uczestników programu. Spadek wskaźnika BMI na zakończenie programu w stosunku do wagi na początku będzie miarą sukcesu zaplanowanych działań. Każdy rodzic dziecka biorącego udział w programie będzie poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji z działań podejmowanych w ramach programu. Ankieta będzie miała charakter dobrowolny i anonimowy. Ankiety zostaną przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą podniesieniu jakości realizowanego programu i zwiększeniu poziomu zadowolenia uczestników.

2. Ewaluacja

Ewaluacja dokonywana będzie po zakończeniu programu polityki zdrowotnej na podstawie następujących kryteriów:

- a) porównanie liczby dzieci, które przystąpiły do programu z liczbą dzieci z populacji docelowej,
- b) porównanie wyników pomiarów BMI u dzieci objętych programem, na podstawie pomiarów wykonanych na początku programu i jego zmiana w czasie trwania programu,
- c) określenie liczby dzieci z nadwagą i otyłością u dzieci objętych programem, na podstawie pomiarów wykonywanych przez realizatora,
- d) liczba dzieci u których nastąpił spadek masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg i wskaźniku BMI na podstawie danych uzyskanych od realizatora,
- e) liczba dzieci biorących udział w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie wyników testów przeprowadzonych przez realizatora.
- f) liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat zasad zdrowego żywienia na podstawie wyników ankiet uzyskanych od realizatora,

g) liczba rodzin, która zwiększyła swoją aktywność fizyczną, na podstawie wyników ankiet uzyskanych od realizatora,

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Pomiar masy ciała 5 zł./dziecko

Edukacja żywieniowa dzieci 5 zł./dziecko

Edukacja żywieniowa rodziców/opiekunów 5 zł./ osoba

Konsultacja dietetyczna 50 zł. / spotkanie

Materiały edukacyjne 1000,00 zł./rok

Wizyta u lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, badania laboratoryjne w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ.

2. Koszty całkowite

Rok 2021

Dzieci 3- 6 lat

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	620 dzieci x 5,00 zł.	3100,00
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	124 dzieci x 5,00 zł.	620,00
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	124 dzieci x 5,00 zł.	620,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	620 dzieci x 5,00 zł.	3100,00
II spotkanie	620 dzieci x 5,00 zł.	3100,00
III spotkanie	620 dzieci x 5,00 zł.	3100,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	620 rodziców x 5,00zł.	3100,00
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami		
I konsultacja (na początku programu)	124 dzieci x 50,00	6200,00
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	124 dzieci x 50,00	6200,00
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	124 dzieci x 50,00	6200,00
Materiały edukacyjne		1000,00
RAZEM		36340,00

Rok 2022

Dzieci 3-letnie

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	32 dzieci x 5,00 zł.	160,00
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	32 dzieci x 5,00 zł.	160,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
II spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
III spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	161 rodziców x 5,00 zł.	805,00
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami		
I konsultacja (na początku programu)	32 dzieci x 50,00	1600,00
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	32 dzieci x 50,00	1600,00
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	32 dzieci x 50,00	1600,00
Materiały edukacyjne		500,00
RAZEM		9645,00

Dzieci w wieku 4-6 lat

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci, na początku roku szkolnego)	462 dzieci x 5,00 zł.	2310,00
II pomiar masy ciała (70 % dzieci, na zakończenie roku szkolnego)	462 dzieci x 5,00 zł.	2310,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	462 dzieci x 5,00 zł.	2310,00
II spotkanie	462 dzieci x 5,00 zł.	2310,00
III spotkanie	462 dzieci x 5,00 zł.	2310,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	462 dzieci x 5,00 zł.	2310,00
Materiały edukacyjne		500,00
RAZEM		14360,00

Rok 2023

Dzieci 3-letnie

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	32 dzieci x 5,00 zł.	160,00
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	32 dzieci x 5,00 zł.	160,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
II spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
III spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	161 rodziców x 5,00 zł.	805,00
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami		
I konsultacja (na początku programu)	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
Materiały edukacyjne		500,00
RAZEM		9645,00

Dzieci w wieku 4-6 lat

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci, na początku roku szkolnego)	476 dzieci x 5,00 zł.	2380,00
II pomiar masy ciała (70 % dzieci, na zakończenie roku szkolnego)	476 dzieci x 5,00 zł.	2380,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	476 dzieci x 5,00 zł.	2380,00
II spotkanie	476 dzieci x 5,00 zł.	2380,00
III spotkanie	476 dzieci x 5,00 zł.	2380,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	476 rodziców x 5,00zł.	2380,00
Materiały edukacyjne		500,00
RAZEM		14780,00

Rok 2024

Dzieci 3-letnie

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	32 dzieci x 5,00 zł.	160,00
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	32 dzieci x 5,00 zł.	160,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
II spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
III spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	161 rodziców x 5,00 zł.	805,00
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami		
I konsultacja (na początku programu)	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
Materiały edukacyjne		500,00
RAZEM		9645,00

Dzieci w wieku 4-6 lat

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci, na początku roku szkolnego)	490 dzieci x 5,00 zł.	2450,00
II pomiar masy ciała (70 % dzieci, na zakończenie roku szkolnego)	490 dzieci x 5,00 zł.	2450,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	490 dzieci x 5,00 zł.	2450,00
II spotkanie	490 dzieci x 5,00 zł.	2450,00
III spotkanie	490 dzieci x 5,00 zł.	2450,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	490 rodziców x 5,00 zł.	2450,00
Materiały edukacyjne		500,00
RAZEM		15200,00

Rok 2025

Dzieci 3-letnie

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci)	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
II pomiar masy ciała (20 % po 4 miesiącach)	32 dzieci x 5,00 zł.	160,00
III pomiar masy ciała (20 % po 10 miesiącach)	32 dzieci x 5,00 zł.	160,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
II spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
III spotkanie	161 dzieci x 5,00 zł.	805,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	161 rodziców x 5,00 zł.	805,00
Konsultacja dietetyczna dzieci z rodzicami		
I konsultacja (na początku programu)	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
II konsultacja (po 4 miesiącach – kontrolna)	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
III konsultacja 10 miesiącach – podsumowująca	32 dzieci x 50,00 zł.	1600,00
Materiały edukacyjne		500,00
RAZEM		9645,00

Dzieci w wieku 4-6 lat

Zadanie	Liczba uczestników	Kwota
Kontrola masy ciała		
I pomiar masy ciała (70 % dzieci, na początku roku szkolnego)	480 dzieci x 5,00 zł.	2400,00
II pomiar masy ciała (70 % dzieci, na zakończenie roku szkolnego)	480 dzieci x 5,00 zł.	2400,00
Edukacja dzieci		
I spotkanie	480 dzieci x 5,00 zł.	2400,00
II spotkanie	480 dzieci x 5,00 zł.	2400,00
III spotkanie	480 dzieci x 5,00 zł.	2400,00
Edukacja rodziców		
I spotkanie	480 rodziców x 5,00 zł.	2400,00
Materiały edukacyjne		500,00
RAZEM		14900,00

Łączny koszt programu w latach 2021-2025 kształtuje się następująco:

ROK	2021	2022	2023	2024	2025	SUMA
Kwota	36 340,00	24 005,00	24 425,00	24 845,00	24 545,00	134 160,00

3. Źródła finansowania

Całkowite koszty związane z realizacją programu będą zależne od kosztów przedstawionych przez Realizatorów, którzy zostaną wyłonieni w procedurze konkursowej. Na koszt całkowity będzie miała wpływ liczba uczestników programu.

Program finansowany będzie z budżetu gminy oraz z NFZ, jeżeli gmina uzyska dofinansowanie bądź z innych dostępnych źródeł.

Niniejszy program jest planowany do realizacji w latach 2021 – 2025, jednakże możliwa będzie jego kontynuacja w kolejnych latach, jeżeli możliwości finansowe jednostki samorządu pozwolą na jego dalszą kontynuację, a ocena efektywności programu będzie pozytywna.

VII. Bibliografia

1. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa śląskiego
2. Artykuł: Zapobieganie nadwadze i otyłości u dzieci – co możemy zrobić? - mgr inż. Anna Taraszewska
3. Artykuł: Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży - mgr inż. Anna Taraszewska
4. Otyłość u dzieci i młodzieży Poradnik dla rodziców – dr n. med. Alicja Karney, dr hab. n. med. Anna Oblacińska, dr n. reh. Lesław Kluba, mgr Dorota Świątkowska
5. Dane z Instytutu Żywności i Żywienia - <http://www.izz.waw.pl>
6. Nauki inżynierskie i technologie – Marta Witkowska i Tomasz Lesiów

UZASADNIENIE

Program zapobiegania nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym pn. " Zdrowy Przedszkolak" na lata 2020 – 2025 planowano rozpocząć od września 2020 r. Niestety z uwagi na pandemię i obawy, że dzieci przedszkolne zostaną w domach nie rozpoczęto realizacji w 2020 r. Z perspektywy czasu można zakładać, że dzieci w wieku przedszkolnym będą uczęszczały do przedszkoli, w związku z tym w grudniu 2020 r. został ogłoszony konkurs ofert na realizację tego zadania. Realizacja programu rozpocznie się w 2021r. w związku z tym należy zmienić załącznik do uchwały z 2 czerwca 2020r.