

PROGRAM ZAPOBIEGAJĄCY CHOROBYM CYWILIZACYJNYM W ASPEKCIE NADWAGI, OTYŁOŚCI I CUKRZYCY WŚRÓD MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

OKRES REALIZACJI PROGRAMU 2016-2020

Podstawa prawna realizacji programu

Art. 48 ust 1, Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych
(Dz.U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.)



Autorzy programu:
Samorząd
Województwa Opolskiego

I. Opis problemu zdrowotnego.

a. Problem zdrowotny

Nadwaga i otyłość

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych problemów związanych ze stylem życia jest nadmierna masa ciała. Nadwaga lub otyłość jest czynnikiem ryzyka w rozwoju wielu chorób przewlekłych, takich jak: choroby układu krążenia (zawał, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze), zmiany zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego, cukrzyca typu 2, nowotwory złośliwe, a w konsekwencji stanowi pośrednią przyczynę przedwczesnej niepełnosprawności oraz śmierci. Nowe badania naukowe i dane pochodzące z towarzystw ubezpieczeniowych pokazują, że ryzyko zdrowotne związane z nadmiarem tłuszczu wzrasta nawet przy stosunkowo małym wzroście masy ciała, a nie tylko przy wyraźnej otyłości¹. Otyłość i nadwaga to poważne problemy, które przyczyniają się do poważnego i ciągle narastającego obciążenia budżetu państwa. Mimo narastającego w społeczeństwie problemu, istnieje jednak duża szansa na zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości poprzez edukację, wzrost aktywności fizycznej oraz inne działania mające na celu dokonanie zmiany sposobu myślenia oraz stylu życia społeczeństwa.

W rezolucji Parlamentu Europejskiego „*W sprawie białej księgi na temat zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością*” (2007/2285(INI) z dnia 25 września 2008 r. stwierdzono, że nadwaga, otyłość i choroby związane z nieprawidłowym odżywianiem stanowią jedną z głównych przyczyn umieralności i chorób w Europie. Otyłość jest najczęściej występującą współczesną chorobą cywilizacyjną. Niepohamowany wzrost nadmiernej masy ciała, skłania do rozważania tego problemu w kategorii „epidemii”.

Z danych opublikowanych przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie wynika, że częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci w krajach europejskich, po 2000 roku wyniosła ponad 20%. W ostatnim trzdziestoleciu niepokojąca jest dynamika narastania otyłości u dzieci w Polsce (0-18). Wśród dziewcząt obserwuje się dziesięciokrotny wzrost otyłości (z 0,35% do 3,4%), natomiast u chłopców trzykrotny wzrost otyłości (z 1% do 2,8%)².

¹ WHO Expert Consultation, *Appropriate body mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*, „Lancet” 2004, vol. 363, s.157–163.

² Pod red. M. Olszanecka-Glinianowicz, *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%CC%81c%CC%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016 r.

Eksperti Instytutu Żywności i Żywienia ostrzegają, że bez podjęcia zdecydowanych działań zmierzających do powstrzymania rozwoju „epidemii” otyłości w Polsce, społeczeństwo czeka znaczący wzrost zachorowalności na cukrzycę, choroby krążenia, nowotwory oraz wiele innych poważnych dolegliwości i powikłań.

Z dorosłą populacją Polaków jest znacznie gorzej. Pod koniec 2014r. ponad 62% mężczyzn miało nadmierną masę ciała (w tym 44% nadwagę, a 18% zaliczono do grupy ludzi otyłych). W przypadku kobiet odsetek ten sięgał 46% (30% miało nadwagę, a kolejne 16% stanowiły kobiety otyłe). Ponadto w porównaniu z poprzednim badaniem masa ciała dorosłego mieszkańca Polski nadal wzrasta³.

Według opublikowanych prognoz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) epidemia otyłości będzie w najbliższych dekadach narastać w całej Europie, również w Polsce, a dotyczyć będzie głównie mężczyzn.

Nadwaga i otyłość jest skutkiem braku równowagi pomiędzy energią przyjmowaną z pożywienia i wydatkowaną. W kontekście przeciwdziałania nadwadze i otyłości ważna jest nie tylko ilość spożywanych kalorii ale również odpowiednio zbilansowana dieta, której podstawę stanowi piramida żywnościowa. Podczas I Narodowego Kongresu Żywnościowego w Warszawie eksperci przedstawili zmodyfikowaną (w stosunku do koncepcji z 2009 roku) wersję piramidy. Zmiana jest efektem wnikliwych obserwacji konsumpcyjnych zwyczajów Polaków i wpływu żywienia na zdrowie. Zdaniem dietetyków, powinniśmy znacznie częściej niż dotychczas uprawiać sport i sięgać po owoce i warzywa. Dlatego też aktywność i produkty roślinne przesunięto ku podstawie piramidy⁴.

Wzmoczone działania w zakresie promocji prawidłowego żywienia i aktywizacji ruchowej oraz leczenia nadwagi i otyłości zarówno wśród dzieci jak i dorosłych są niezbędne, ponieważ powikłania otyłości stanowią jedną z głównych przyczyn wszystkich zgonów, w tym również przedwczesnych. W tej grupie duże znaczenie mają schorzenia układu krążenia. Ryzyko wystąpienia zawału serca u kobiet z otyłością, jest trzykrotnie wyższe niż u kobiet z prawidłową masą ciała⁵. Osoby otyłe w młodym wieku, jak i osoby starsze częściej chorują na nadciśnienie tętnicze⁶. Otyłość zwiększa 3-7-krotnie ryzyko zachorowania na

³ *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 1.12.2015 r., s. 5.

⁴ <http://nauka.newsweek.pl/nowa-piramida-zdrowego-zywienia,artykuly,378359,1.html>, stan na dzień 25.04.2016 r.

⁵ M. Rosenbaum, R.L. Leibel, J. Hirsch, *Obesity*, "N Eng J Med" 1997, vol. 337, s. 396-407; H. B. Hubert, M. Feinleib, P.M. McNamara, et al., *Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study*, "Circulation" 1983, vol. 67, s. 968-77.

⁶ A. Aneja, F. El-Atat, S.I. McFarlane, et al. *Hypertension and obesity*, "Recent Prog Horm Res" 2004, vol. 59, s. 169-205.

cukrzycę typu 2, a u osób z BMI powyżej 35, ryzyko to jest 20-krotnie większe w stosunku do osób z prawidłową masą ciała⁷.

Do głównych przyczyn otyłości należą złe nawyki żywieniowe oraz niska aktywność fizyczna. Nieprawidłowe zachowania prozdrowotne dotyczą najczęściej całej rodziny. Zaledwie 10-13% przypadków otyłości trudnej w leczeniu dietetycznym stanowi skutek wyłącznie zaburzeń genetycznych i hormonalnych. U pozostałej grupy chorych, zdrowa dieta oraz odpowiednia aktywność fizyczna pozwala zachować prawidłową masę ciała. Dlatego też niezmiernie ważne jest wczesne zastosowanie działań edukacyjno-leczniczych, które korzystnie wpłyną na zdrowie dzieci z nadmierną masą ciała oraz członków ich rodzin. Bardzo istotne jest, aby profilaktyka oraz leczenie zostało włączone jak najwcześniej, tak by nie dopuścić do powikłań. Nie każde otyłe dziecko skazane jest na otyłość w dorosłym życiu, szczególnie, jeśli w rodzinie otyłość nie występowała. Jeśli jednak otyłość utrzymuje się przez cały okres dzieciństwa i dojrzewania, to ponad 30% chłopców i 40% dziewcząt jest zagrożonych otyłością w wieku dorosłym⁸. Destruktywny wpływ na komfort życia pacjenta z otyłością mają problemy natury psychologicznej: obniżone poczucie własnej wartości, wycofanie ze środowiska, izolacja często również depresja.

Otyłość jest często definiowana, jako stan anormalnej lub nadmiernej akumulacji tkanki tłuszczowej w organizmie, prowadzący do zaburzeń stanu zdrowia. Podstawowy powód to dodatni bilans energetyczny prowadzący do wzrostu masy ciała co oznacza, że kalorie konsumowane przewyższają kalorie wydawane. Po to, żeby pomóc ludziom poznać, czy masa ciała jest prawidłowa, używany jest prosty wskaźnik nazywany Indeksem Masy Ciała (BMI) czyli relacja pomiędzy masą ciała a jego wysokością. BMI jest przydatnym narzędziem powszechnie stosowanym przez lekarzy i innych specjalistów ochrony zdrowia, by określić stan niedowagi, nadwagi i otyłości.

Według WHO dla osób dorosłych BMI pomiędzy 18,5 a 24,9 jest określane zwykle jako prawidłowe. Nadwaga jest definiowana jako BMI pomiędzy 25 a 29,9, natomiast otyłość jako wartość BMI powyżej 30. W przypadku dzieci i młodzieży od 5 do 19 roku życia nadwagę uznaje się, gdy wskaźnik BMI >85 centyla, natomiast otyłość >97 centyla⁹.

Cukrzyca

Równie istotnym zagrożeniem, mającym wpływ na kondycję zdrowotną społeczeństwa

⁷ A. H. Mokdad, E. S. Ford, B. A. Bowman, *Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors*, "JAMA" 2001, vol.289, s. 76-79.

⁸ O. Stark, E. Atkins, O. H. Wolf, J. W. B. Douglas, *Longitudinal study of obesity in the national survey of health and development*, "Br Med J" 1981, vol. 283, s. 13-17.

⁹ E. Małecka-Tendera, P. Socha, *Otyłość u dzieci i młodzieży*, Warszawa 2011, s. 10-11.

jest cukrzyca, która często występuje jako powikłanie nadwagi i otyłości. Jak podaje Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) w Polsce choruje na cukrzycę około 3 mln osób, z których około 1 mln osób (29%) jeszcze nie została zdiagnozowana¹⁰. W tej grupie pacjentów nie podejmuje się żadnych działań terapeutycznych. Do rozpoznania choroby dochodzi najczęściej wtedy, gdy pojawiają się pierwsze powikłania. Stopień rozwoju cukrzycy jest już wtedy na tyle poważny, że prowadzi do dotkliwych konsekwencji zdrowotnych.

Cukrzyca należy do grupy chorób niezakaźnych, bardzo rozprzestrzenionych na świecie.

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje cukrzycę za jedno z najpoważniejszych zagrożeń naszego wieku. Według jej szacunków między 2005 a 2030 rokiem, liczba zgonów w ogólnej populacji podwoi się. IDF ocenia, że rocznie z powodu cukrzycy na świecie umiera 4,8 mln osób. W najbliższym okresie stanie się ona jedną z najczęstszych przyczyn przedwczesnej śmierci spowodowanej chorobami niezakaźnymi. Globalną epidemię zachorowań na cukrzycę, powoduje przede wszystkim:

- starzenie się społeczeństwa,
- niezdrowe odżywianie, wysokokaloryczna dieta,
- nadwaga,
- siedzący tryb życia, brak regularnej aktywności fizycznej,
- przewlekły stres.

Osoby, u których istnieje zwiększone ryzyko występowania cukrzycy to:

- osoby z nadwagą lub otyłe,
- u których we wcześniejszym badaniu stwierdzono nieprawidłową glikemię na czczo lub nietolerancję glukozy.

Stan wzmożonego wzrostu masy ciała mieszkańców województwa opolskiego nie jest problemem odizolowanym, dostrzega się podobną sytuację w całej Polsce. Tak wysoki odsetek ludzi z nadwagą i otyłością powoduje zagrożenie stanu zdrowia społeczności i pogorszenie jakości życia naszych mieszkańców. Konsekwencje wysokiej masy ciała, powodujące cukrzycę przyczyniają się do wydatkowania coraz większych środków finansowych na leczenie i łagodzenie skutków wysokiej absencji w szkole i w pracy.

Ponadto, przy ogólnych trendach panujących obecnie w świecie mody oraz „kultu ładnego ciała” obserwuje się coraz więcej współistniejących z nadwagą i otyłością zaburzeń o podłożu emocjonalnym, wywołanych między innymi nieakceptowaniem ze strony

¹⁰ Raport „Cukrzyca. Ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce”.

środowiska. Problem ten dotyczy w szczególności dzieci i młodzieży, powodując narastające problemy w rodzinie i w świecie rówieśników jak też w zdrowiu psychicznym.

b. Epidemiologia

Występowanie otyłości wiąże się z poważnymi następstwami zdrowotnymi i stanowi istotny problem w zakresie zdrowia publicznego. Wobec faktu, że zapobieganie chorobom cywilizacyjnym należy rozpocząć nie u osób dorosłych, a w wieku rozwojowym, szczególnego znaczenia nabiera problem występowania otyłości u dzieci i młodzieży, ponieważ może ona „utrzymać się” do wieku dorosłego. Udowodniono, że w stosunku do rówieśnika z prawidłową masą ciała dziecko otyłe w wieku 10–13 lat jest 6–7-krotnie bardziej zagrożone wystąpieniem otyłości w wieku dorosłym¹¹. Stwierdzono ponadto, że występowanie otyłości u młodzieży wiąże się ze zwiększoną zachorowalnością i śmiertelnością po 50 roku życia, niezależnie od masy ciała tych osób w wieku dorosłym¹². Poważne następstwa zdrowotne otyłości, a także szybki wzrost częstości jej występowania sprawiły, że określa się ją mianem epidemii¹³.

¹¹ L. H. Epstein, *Family-based behavioural intervention for obese children*, „Int. J. Obes” 1996, vol. 20, s. 14–21.

¹² A. Must, P.F. Jacques, G.E. Dallal, C.J. Bajema, W.H. Dietz, *Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents*, “a follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. N. Engl. J. Med.” 1992, vol. 327, s. 1350–1355.

¹³ A. Obuchowicz, *Epidemiologia nadwagi i otyłości – narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży* *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, tom 1, nr 3, s. 9-12 oraz Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”, współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskim Unii Europejskiej.

Mapa nr 1. Występowanie (w%) nadmiernej masy ciała (nadwaga i otyłość) u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w różnych województwach. Dane na rok 2013.



Źródło: Informacja prasowa pobrana ze strony Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie, <http://www.izz.waw.pl>

Analizując zamieszczoną powyżej mapę można zauważyć, iż średnia dotycząca nadmiernej masy ciała dla całej Polski dla badanej grupy dzieci w wieku 7-16 lat wynosiła 22,3 %. Z powyższego wynika również, że w stosunku do średniej krajowej województwo opolskie charakteryzuje się większą liczbą dzieci, których dotyczy problem zwiększonej masy ciała - w 2013 roku region zajmował 4 miejsce w Polsce pod względem liczby dzieci posiadających nadmierną masę ciała. Stąd też należy podjąć działania mające na celu zahamowanie tak szybkiego tempa wzrostu liczby osób z nadwagą i otyłością w województwie opolskim. Inicjatywy związane z przeciwdziałaniem występowania otyłości i cukrzycy stanowią jeden z priorytetów zdrowotnych zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁴. Problemem społecznym stała się akceptacja nadwagi u dzieci. Problem ten jest lekceważony zarówno przez rodziców, jak i ośrodki kształcenia i wychowania dzieci, które traktują taki stan rzeczy, jako formę przejściową, trwając w przekonaniu, że dziecko „z tego wyrośnie”. Dlatego trudno jest określić dokładną liczbę osób cierpiących na nadwagę, której generalnie się nie leczy.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009, poz. 1126 ze zm.).

Również ilość osób otyłych jest niedoszacowana. Dziecko „zaledwie grube” - przy braku świadomości rodziców o skutkach nadmiernej wagi ciała nie jest leczone. Ma przeprowadzany bilans zdrowia w określonym wieku, który uwidacznia problem, niestety na tym epizodzie najczęściej przeciwdziałanie otyłości się kończy. Działania profilaktyczno-edukacyjne powinny odnosić największy skutek terapeutyczny właśnie w odniesieniu do dzieci. W wieku dziecięcym nadwaga jest też w najwyższym stopniu lekceważona – stąd też decyzja o objęciu jak największej populacji dzieci badaniami przesiewowymi i działaniami profilaktycznymi. Poniższe tabele przedstawiają stan liczebny w województwie opolskim osób leczonych na cukrzycę i otyłość. Zwrócić należy uwagę, że są to jedynie osoby korzystające z usług różnych poradni. Nie odzwierciadlają one rzeczywistej sytuacji w województwie, ponieważ ogromny odsetek osób, nieświadomych zagrożeń zdrowotnych, nie korzysta z usług poradni i nie są one uwidocznione w żadnej statystyce.

Tabela nr 1. Liczba osób leczonych z powodu cukrzycy i otyłości w wieku 6-18 lat i 45-65 lat w latach 2013 i 2014 w województwie opolskim.

I.p.	Grupa rozpoznań	Grupa wiekowa	Liczba pacjentów w 2013	Liczba pacjentów w 2014
1	Cukrzyca	6-18	242	289
		45-65	33 878	37 240
2	Otyłość	6-18	2 568	2 600
		45-65	929	1 253

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Tabela nr 2. Rozpowszechnienie cukrzycy i otyłości u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat w poszczególnych województwach w 2013r.

Województwo	Cukrzyca E10-E14							Otyłość E65-E68						
	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31.XII.)	z tego w wieku					Z kolumny 1 osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawoz.	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31.XII.)	z tego w wieku					Z kolumny 8 osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-18			0-2	3-4	5-9	10-14	15-18	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Dolnośląskie	1038	18	51	209	379	381	202	7533	239	624	1570	2866	2234	1341
Kujawsko-Pomorskie	962	12	40	182	358	370	242	8646	167	591	2012	3297	2579	1313
Lubelskie	968	22	42	217	353	334	184	6615	196	471	1431	2592	1925	1004
Lubuskie	360	8	29	66	116	141	64	4646	156	412	1138	1694	1246	683
Łódzkie	1001	16	37	219	351	378	211	8406	350	759	1885	2968	2444	1369
Małopolskie	1277	27	85	247	459	459	281	10647	262	743	2473	4165	3004	1755
Mazowieckie	1804	98	97	363	603	643	381	13892	431	1002	3053	5368	4038	2229
Opolskie	242	3	14	46	83	96	43	2568	64	171	494	1050	789	339
Podkarpackie	871	16	43	178	308	326	151	6840	217	704	1662	2529	1726	1171
Podlaskie	475	12	24	92	155	192	76	4735	133	300	871	1815	1616	846
Pomorskie	1036	21	60	222	368	365	220	5895	247	635	1354	1969	1690	883
Śląskie	1467	20	85	296	535	531	244	13066	454	1240	3041	4591	3740	1935
Świętokrzyskie	548	4	17	95	187	245	116	4945	156	331	1067	1914	1477	996
Warmińsko-Mazurskie	553	7	34	111	187	214	107	6151	242	495	1291	2251	1872	936
Wielkopolskie	919	11	42	196	305	365	152	6261	220	536	1324	2275	1906	1166
Zachodniopomorskie	778	14	39	181	249	295	140	5780	231	482	1291	1901	1875	1125
Polska	14299	309	739	2920	4996	5335	2814	116626	3765	9496	25957	43245	34161	19091

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania Mz-11 – roczne sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej.

Tabela nr 3. Dzieci i młodzież (0-18 lat) z rozpoznaną cukrzycą będące pod opieką lekarza POZ w poszczególnych przedziałach wiekowych z podziałem na powiaty województwa opolskiego w 2013r.

Powiat	Cukrzyca E10-E14							Otyłość E65-E68						
	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31.XII.)	z tego w wieku					Z kolumny 2 osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31.XII.)	z tego w wieku					Z kolumny 9 osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-18			0-2	3-4	5-9	10-14	15-18	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
brzeski	37	1	1	12	13	10	10	280	12	16	48	123	81	30
głubczycki	11	0	0	1	5	5	3	291	6	14	52	146	73	87
kędz.-kozielski	30	1	1	6	14	8	5	215	3	14	30	71	97	27
kluczborski	12	0	1	2	5	4	4	269	6	25	56	99	83	30
krapkowicki	19	0	3	3	6	7	4	67	0	1	15	22	29	8
namysłowski	15	0	0	3	7	5	0	100	9	14	14	33	30	20
nyski	35	1	2	4	7	21	4	291	2	29	58	105	97	39
oleski	18	0	1	4	2	11	3	88	0	6	24	32	26	5
opolski	20	0	1	5	6	8	3	467	9	13	99	226	120	41
prudnicki	0	0	0	0	0	0	0	65	0	7	20	24	14	7
strzelecki	16	0	1	3	10	2	1	267	8	17	46	105	91	30
m.Opole	29	0	3	3	8	15	6	168	9	15	32	64	48	15
RAZEM	242	3	14	46	83	96	43	2568	64	171	494	1050	789	339

Źródło: Opracowano na podstawie sprawozdania Mz-11 – roczne sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej.

Wskaźniki liczbowe osób dorosłych kształtują się nieco odmiennie niż u dzieci, jednakże problem intensywnego wzrostu odsetka ludzi z nadmierną masą ciała oraz cukrzycą jest taki sam.

W województwie opolskim z powodu cukrzycy pod opieką lekarza w 2013 roku pozostawało 33 878 osób powyżej 19 roku życia, w tym 7 507 leczonych insuliną, natomiast spośród dzieci i młodzieży do 18 roku życia 242 osoby. W strukturze leczonych na cukrzycę pacjenci powyżej 65 roku życia stanowią około 49 % (tabela nr 4).

Tabela nr 4. Rozpowszechnienie cukrzycy u osób powyżej 19 r.ż. w województwach w 2013 r.

Województwo	Cukrzyca E10-E14					Z kolumny 1 osoby, u których stwierdzono po raz pierwszy.
	Osoby, ze schorzeniem ogółem	w tym w wieku				
		19-34	35-54	55-64	65 i więcej	
0	1	2	3	4	5	6
Dolnośląskie	110753	3403	17966	36861	52523	12523
Kujawsko-Pomorskie	76306	3074	13223	25088	34921	9631
Lubelskie	88366	3098	14525	26796	43947	9674
Lubuskie	40613	1185	6750	13544	19134	3712
Łódzkie	108649	4008	20442	35884	48315	14973
Małopolskie	94881	3354	15679	28409	47439	13736
Mazowieckie	165871	6402	27171	52358	79940	22810
Opolskie	33878	851	5460	10960	16607	3359
Podkarpackie	59689	2259	11138	19175	27117	7111
Podlaskie	39831	1318	6798	11551	20164	3871
Pomorskie	72253	2690	13164	23544	32855	12207
Śląskie	144579	5373	27251	49136	62819	14755
Świętokrzyskie	47689	1505	8136	16068	21980	5532
Warmińsko-Mazurskie	53617	1957	9084	16901	25675	7769
Wielkopolskie	86429	2918	13520	26484	43507	9646
Zachodniopomorskie	69464	2513	11206	22505	33240	8099
Polska	1292868	45908	221513	415264	610183	159408

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania Mz-11 – Roczne sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej.

Wyraźne zwiększenie zachorowań na cukrzycę obserwujemy w wieku 55-64 lat. Okres w którym należy wzmocnić działania w kierunku rozwoju profilaktyki i edukacji społeczeństwa,

by móc skutecznie zapobiegać chorobie, musi zatem wystąpić dużo wcześniej. Mając na uwadze dane zawarte w powyższej tabeli ukierunkowano wsparcie na osoby w wieku 45-65 lat, co jest zgodne z dokumentami wdrożeniowymi *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020*.

Innym czynnikiem mającym wpływ na objęcie takiej grupy wiekowej działaniami profilaktycznymi jest obserwowany w naszym województwie rosnący wskaźnik liczby osób pozostających bez zatrudnienia w grupie wiekowej 50-65 lat. Brak środków finansowych może być przyczyną niewłaściwego odżywiania (dieta bogata w węglowodany i tłuszcze) oraz jednym z powodów zaprzestania realizacji zdrowego, aktywnego trybu życia (uczęszczania na pływalnię, siłownię lub inne kółka zainteresowań sportowych), powoduje również rezygnację z wykonywania badań profilaktycznych oraz lekceważenie działań prozdrowotnych. Błędy w odżywianiu, które mogą skutkować powstaniem cukrzycy, wynikające z niskiej świadomości społeczeństwa, są potęgowane słabą jakością informacji na temat wartości i składu dostępnych w handlu produktów spożywczych (zarówno w sprzedaży sklepowej, jak i dostępnych w lokalach gastronomicznych produktów żywnościowych). Podobny problem dotyczy zjawiska otyłości.

Liczba osób otyłych zarówno w przypadku dzieci jak i osób dorosłych nie jest dokładnie znana, gdyż osoby otyłe nie zgłaszają się do lekarza dopóki nie występują istotne wskazania lub współtowarzyszące choroby, które zmuszają do skorzystania z leczenia. Jeszcze mniej osób korzysta z pomocy specjalistów posiadając „zaledwie” nadwagę. Nieznaczny wzrost masy ciała – jeśli nie powoduje innych chorób jest traktowany jako stan nie wymagający żadnych interwencji medycznych. Jest to błędne myślenie, gdyż właśnie wtedy należy rozpocząć szeroko zakrojone działania profilaktyczno-edukacyjne oraz aktywizujące w celu niedopuszczenia do dalszego pogorszenia się stanu zdrowia.

Tabela nr 5. Liczba leczonych osób otyłych w wieku 45-65 lat w woj. opolskim.

I.p.	Powiaty w województwie opolskim	Liczba osób otyłych w wieku 45-65, rok 2013
1.	brzeski	72
2.	głubczycki	67
3.	kędzierzyńsko-kozielski	103
4.	kluczborski	38
5.	krapkowicki	30
6.	namysłowski	14
7.	nyski	339
8.	oleski	46
9.	opolski	55
10.	prudnicki	52
11.	strzelecki	28
12.	m. Opole	85
	razem	929

Źródło: Dane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Opolu.

Porównując dane zawarte w tabeli nr 1 można zaobserwować nieznaczny wzrost zachorowań na cukrzycę i otyłość, występujący na przestrzeni dwóch lat roku 2013 oraz 2014. Nie odzwierciedla on jednak rzeczywistej sytuacji zdrowotnej, a jedynie możliwości jakimi dysponuje NFZ – zwłaszcza jeśli chodzi o leczenie otyłości. Liczbowo - na tle całego kraju - województwo opolskie posiada najmniej osób chorujących na cukrzycę i otyłość, jednak jest to wynikiem, nie tyle dobrej kondycji zdrowotnej społeczeństwa, co możliwościami wynikającymi z kontraktu z NFZ oraz bardzo niską ogólną liczbą ludności w województwie.

Procesy depopulacji oraz starzenia się ludności stają się głównymi wyzwaniami rozwojowymi, rzutującymi na obecny oraz przyszły rozwój społeczno-gospodarczy województwa opolskiego. Charakteryzujące województwo opolskie najniższe wartości współczynników dzietności w kraju wraz z najwyższymi odsetkami emigrantów w odniesieniu do liczby ludności zameldowanej sprawiają, że Opolskie doświadcza nie tylko wzrostu udziału osób starszych w populacji ogółem, ale także istotnego spadku rzeczywistej liczby ludności regionu. W związku z tym powstał pilotażowy „Program Specjalnej Strefy Demograficznej w woj. opolskim do 2020 roku. Opolskie dla rodziny”¹⁵. Program SSD obejmuje zintegrowane i kompleksowe działania na rzecz odbudowy i wzmocnienia

¹⁵ Program przyjęty uchwałą Zarządu Województwa Opolskiego nr 5303/2014 z dnia 14.09.2014 roku. Więcej: <http://ssd.opolskie.pl>.

potencjału demograficznego naszego regionu, mające na celu przeciwdziałanie dalszemu wyludnianiu się województwa.

Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu.

Według danych Urzędu Statystycznego w Opolu na obszarze województwa opolskiego w dniu 31 grudnia 2014 r. zamieszkiwało ponad 1 milion osób, co stanowiło 2,6% ogółu ludności Polski (16 miejsce w kraju). Utrzymujący się od kilku lat ujemny przyrost naturalny oraz ujemne saldo migracji na pobyt stały spowodowały zmniejszenie się liczby ludności. W odniesieniu do 2013 r. odnotowano spadek o 3,6 tys. osób (tj. o 0,4%), a w relacji do 2010r. – o 16,4 tys. osób (tj. o 1,6%). Na koniec 2014 r. w strukturze wiekowej ludności województwa odsetek dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat wyniósł 17,2%. Ludność w wieku produkcyjnym stanowiła 64,3%, natomiast w wieku poprodukcyjnym 19,6% ogółu mieszkańców województwa. Szczegółowe dane dotyczące liczby ludności regionu według grup wieku w podziale na powiaty przedstawiono w tabeli nr 6.

Bezpośrednia grupa docelowa kwalifikująca się do objęcia Programem obejmuje dzieci od 6 do 18 roku życia oraz osoby w wieku 45-65 lat. Ukierunkowanie wsparcia na wskazanych odbiorców wynika z sytuacji epidemiologicznej regionu i odpowiada na potrzeby zdefiniowane w Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020¹⁶. Według danych GUS¹⁷ na 2014 rok, populacja w wieku 6-18 lat w woj. opolskim wynosiła 109 652 osób, zaś w wieku 45-64 lat – 287 583 osób.

Działania Programu zostaną skierowane do dzieci i młodzieży, gdyż przeciwdziałanie otyłości/nadwadze/cukrzycy ma w ich wypadku kluczowe znaczenie. Nadmierna masa ciała może być przyczyną chorób, których powikłania mogą doprowadzić do uszkodzenia ważnych układów i narządów, determinując stan zdrowia młodych osób na resztę życia.

Problem otyłości u dzieci i młodzieży narasta od kilkunastu lat, a rodzice często nie dostrzegają problemu. Pomiaru wysokości i masy ciała dokonuje się w ramach badań przesiewowych, aby zidentyfikować dzieci i młodzież z niedoborem lub nadmiarem wzrostu (nisko-, wysokorosłość) oraz wagi (niedowaga, nadwaga, otyłość). Każdy z otrzymanych wyników (waga, wzrost, BMI) należy nanieść na siatki centylowe odpowiednie dla płci

¹⁶ Dokument przyjęty Uchwałą nr 4487/2013 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 23 grudnia 2013 r.

¹⁷ <http://swaid.stat.gov.pl/Dashboards/Dane%20dla%20jednostki%20podzia%C5%82u%20terytorialnego.aspx>, stan na dzień 01.03.2016 r.

i wieku badanego dziecka.

Przy wyborze grupy docelowej wzięto pod uwagę, iż problemy i zachowania ryzykowne młodzieży oraz ich konsekwencje zdrowotne, rozwojowe, społeczne i ekonomiczne stanowią szczególnie ważne wyzwanie dla samorządów, rodziców, dla wychowawców i całej społeczności lokalnej¹⁸. Jednocześnie badania nad skutecznością programów profilaktycznych prowadzone na całym świecie wskazują jednoznacznie, że szanse na uzyskanie wymiernych efektów działań profilaktycznych są większe, gdy ich adresaci są młodsi¹⁹.

Ponadto, odbiorcami Programu będą osoby w wieku 45-65 lat, gdyż osoby dorosłe są w szczególności narażone na powstanie nadwagi (ze względu na zmiany hormonalne, zmniejszenie lub zaniechanie aktywności fizycznej). We wskazanej grupie zwiększa się również radykalnie ryzyko występowania cukrzycy (od 55 roku życia) oraz innych chorób uwarunkowanych nadmierną masą ciała (np. choroby układu krążenia). Występujące w tym wieku zachorowania często prowadzą do znacznej absencji zawodowej, przechodzenia na renty inwalidzkie, a także mogą być przyczyną wcześniejszego zgonu.

Obok wskazanych powyżej bezpośrednich odbiorców wsparcia, Program w obszarze działań informacyjno-edukacyjnych zostanie skierowany do ogółu mieszkańców województwa opolskiego, w tym opiekunów dzieci uczestniczących w Programie, nauczycieli, pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej / Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie.

¹⁸ Pod red. Sz. Grzelaka. *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży. Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych*, „Ośrodek Rozwoju Edukacji” Warszawa 2015, s. 19.

¹⁹ M. Silva, *The Effectiveness of School-based Sex Education Programs in the Promotion of Abstinent Behavior: a Meta-analysis*, “Health Educator Research” 2002, vol. 17, s. 471-481.

Tabela nr 6. Ludność według grup wieku w podziale na powiaty województwa opolskiego stan w dniu 31.12.2014 r.

WYSZCZEGÓLNIENIE	Ogółem	w wieku											
		0–2	3–6	7–12	13–15	16–18	19–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65 lat i więcej
WOJEWÓDZTWO	1000858	25479	37298	51165	27515	30972	75695	77294	159166	137570	150161	69616	158927
Powiat brzeski	91543	2481	4030	5187	2693	2933	7104	6925	14865	11732	13385	6463	13745
Powiat kluczborski	66977	1635	2379	3414	1951	2217	5474	5424	10593	9175	9923	4399	10393
Powiat namysłowski	42809	1129	1866	2384	1320	1483	3440	3373	6859	5374	6400	3018	6163
Powiat nyski	139967	3302	5194	7121	3974	4485	11186	10598	22145	17938	21078	10659	22287
Powiat prudnicki	56608	1446	2114	3055	1602	1815	4580	4483	8375	7527	8409	3887	9315
Powiat głubczycki	47262	1147	1764	2521	1316	1543	3739	3644	6938	6080	7247	3519	7804
Powiat kędzierzyńsko-kozielski	96715	2358	3400	4776	2557	2957	7024	7458	14549	13881	14736	6323	16696
Powiat krapkowicki	64850	1694	2222	3305	1719	2011	5049	4979	10259	9593	9824	4325	9870
Powiat oleski	65547	1748	2336	3330	1944	2087	5154	5065	9905	9325	9922	4397	10334
Powiat opolski	133203	3346	4796	6806	3696	4222	9801	10073	21474	20583	20458	8500	19448
Powiat strzelecki	75803	2066	2676	3732	2071	2301	5938	6282	11797	11028	11512	4698	11702
Miasto Opole	119574	3127	4521	5534	2672	2918	7206	8990	21407	15334	17267	9428	21170

Zródło: Urząd Statystyczny w Opolu, *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie opolskim w 2014 r., Opole 2015.*

Obecne postępowania w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki zdrowotnej ukierunkowane są na diagnostykę schorzeń, leczenie oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Badania laboratoryjne między innymi oznaczenie glukozy, jak również test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej, znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej, finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁰. Ponadto w trakcie leczenia osób przewlekle chorych z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej monitoruje proces leczenia poprzez wykonywanie niezbędnych dla tego celu badań diagnostycznych, spośród badań określonych dla podstawowej opieki zdrowotnej wykazem badań diagnostycznych zawartym w części IV załącznika Nr 1 do ww. Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Chorzy na cukrzycę mogą korzystać z poradni diabetologicznych dla dorosłych i dzieci.

W celu poprawy jakości opieki nad pacjentami z rozpoznaną cukrzycą, NFZ wprowadził w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej specjalny produkt kontraktowy w postaci kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą (KAOS).

Celem opieki w ramach KAOS – cukrzyca, nad wymienionymi grupami pacjentów, jest poprawa skuteczności leczenia cukrzycy, a tym samym zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu tej choroby i jej powikłań. Jest to pośrednia forma pomiędzy opieką szpitalną a świadczeniami poradni. Pacjent pozostaje tam pod opieką lekarzy posiadających specjalizację i wieloletnie doświadczenie w diabetologii, pielęgniarek z potwierdzonym stażem w tym zakresie oraz dietetyka. Pracownicy placówki są również przygotowani do prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie cukrzycy. KAOS stanowi formę opieki koordynowanej – w jej ramach świadczeniodawca zapewnia również konsultacje okulistyczne, kardiologiczne, neurologiczne, wynikające z ustalonego planu opieki, a także konsultacje chirurgiczne w przypadku zaistnienia takiej konieczności.

Poniższa tabela przedstawia liczbę udzielonych porad w zakresie specjalistycznego leczenia cukrzycy. Można na tej podstawie zaobserwować, iż w stosunku do ilości osób

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U 2013 poz. 1248 ze zm.).

chorych na cukrzycę, zabezpieczenie tego rodzaju świadczeń w województwie jest niewystarczające.

Tabela nr 7. Liczba porad udzielonych w poradniach diabetologicznych i w ramach KAOS osobom w wieku 6-18 i 46-65 w latach 2013 i 2014 w woj. opolskim.

l.p.	Poradnia	grupa wiekowa	liczba porad	
			2013	2014
1.	Poradnia diabetologiczna	6-18	716	803
2.	Poradnia diabetologiczna	46-65	16 698	17 111
3.	Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą	6-18	6	6
4.	Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą	46-65	2 859	2 642
	razem	6-18	722	809
	razem	46-65	19 557	19 753

Źródło: Dane otrzymane z NFZ OOW w Opolu.

Badania przesiewowe w kierunku chorób cywilizacyjnych (nadwagi i otyłości) będą wstępem do dalszej interdyscyplinarnej interwencji zaplanowanej w ramach Programu. W przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ działania takie, zarówno przesiewowe, jak i pogłębione nie są realizowane. Nie ma również dostępnego kompleksowego interdyscyplinarnego systemu leczenia otyłości u dzieci i młodzieży, który finansowany byłby w ramach środków publicznych, a zwłaszcza brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną. Na podstawie przedmiotowego rozporządzenia, u dzieci i młodzieży wykonywane są profilaktyczne badania lekarskie (bilans zdrowia). Procedury te obejmują m.in.: pomiary wysokości i masy ciała, określenie współczynnika masy ciała, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocenę zaburzeń układu ruchu, kwalifikacje do grup na zajęcia wychowania fizycznego i sportu szkolnego, określenie ewentualnych problemów zdrowotnych. Wśród zadań pielęgniarki lub higienistki szkolnej wskazano szeroko rozumianą opiekę nad dzieckiem oraz doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych, udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej w szkole.

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Choroby cywilizacyjne to jeden z największych obecnie problemów zdrowotnych społeczeństw państw wysoko rozwiniętych i krajów szybko rozwijających się, do grona, których zaliczana jest również Polska. Zjawiskami mającymi decydujący wpływ na wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne są niezmiennie: nieustający postęp technologiczny, stres, złe odżywianie, brak ruchu oraz coraz bardziej odczuwalne dla człowieka negatywne

skutki zanieczyszczenia środowiska naturalnego. Istotnymi zagadnieniami dotyczącymi chorób cywilizacyjnych są także kwestie prowadzenia odpowiedniej profilaktyki i edukacji społeczeństwa w zakresie unikania czynników ryzyka. Istotne jest podnoszenie świadomości na temat zasad prawidłowego żywienia z dostarczeniem narzędzi wzmacniających tę świadomość oraz służących wprowadzeniu prawidłowych nawyków żywieniowych, wykonywanie systematycznych badań i odpowiednio szybkie reagowanie na pojawienie się niepokojących objawów choroby.

Osoby otyłe wielokrotnie częściej chorują na cukrzycę. Powikłania nieleczonej otyłości mogą mieć katastrofalne skutki. Nadmierna masa ciała obciąża stawy, kręgosłup, powoduje wady postawy i stanowi przyczynę dolegliwości bólowych. Nie bez znaczenia zarówno u dzieci, jak i dorosłych jest złe samopoczucie psychiczne, brak akceptacji siebie i otoczenia, który ostatecznie prowadzi do izolacji, a nawet depresji. Osoby z nadwagą są wycofane z aktywności szkolnej lub aktywności w pracy. Uzmysłwienie pacjentom zagrożeń, jakie wynikają z nadmiernej masy stanowi ważną i niezbędną motywację do leczenia przez dłuższy okres czasu. Z uwagi na złożoność problemów, z jakimi boryka się pacjent z otyłością, niezbędna jest kompleksowość działań leczniczych całego zespołu medycznego.

Często dużym obciążeniem psychicznym dla dzieci i młodzieży, w podjęciu decyzji o leczeniu oraz utrzymaniu motywacji do leczenia, jest występująca otyłość u rodziców. Dlatego w zaplanowaną ścieżkę interwencji należy włączyć nie tylko elementy diety i aktywności fizycznej, lecz także psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze oraz wsparcie tworzenia grup samopomocowych. Należy dołożyć wszelkich starań, aby działaniami, w ramach Programu, objąć nie tylko uczestnika, ale również jego otoczenie, szczególnie w aspekcie informacyjno-edukacyjnym.

Promocja zdrowia stanowi proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem. Wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych (cukrzyca, nadwaga i otyłość) pozwoli na rozpoczęcie działań w zakresie edukacji zdrowotnej, poradnictwa dietetycznego i zachęci do podejmowania aktywności fizycznej. Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców Opolszczyzny będzie skutkowało zmniejszeniem zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę typu II i inne), a tym samym spowoduje zmniejszenie wydatków na opiekę zdrowotną związaną z leczeniem ww. chorób oraz zmniejszy skutki społeczne niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Działania profilaktyczne powinny obejmować zarówno populację zdrowych (profilaktyka

pierwotna), jak i populację cierpiących na nadwagę, otyłość i cukrzycę (profilaktyka wtórna). Nieodzowne w tym procesie jest podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka oraz zdrowego stylu życia w ramach inicjatyw informacyjno-edukacyjnych skierowanych do szerokiego grona odbiorców, w tym opiekunów dzieci oraz osób zajmujących się zawodowo wspieraniem dzieci i ich rodziny. Powyższe będzie gwarantem kontynuacji działań prozdrowotnych w środowisku lokalnym, po zakończeniu realizacji Programu.

Do promowania zdrowego sposobu żywienia i zwiększonego poziomu aktywności fizycznej, tak aby przeciwdziałać cukrzycy, nadwadze i otyłości, powinno włączyć się aktywnie wiele instytucji i grup społecznych, takich jak np. samorządy lokalne, specjaliści opieki zdrowotnej, przemysł spożywczy, środki masowego przekazu, konsumenci, OPS-y/PCPR-y, organizacje pozarządowe.

Profilaktyka z zakresu chorób cywilizacyjnych: nadwagi, otyłości, cukrzycy jest jednym z priorytetowych działań Samorządu Województwa Opolskiego w obszarze zdrowia. Wpisuje się w cel operacyjny 5.1 *Poprawa jakości i dostępności usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych* Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020r²¹ oraz celu operacyjnego 1.1.1 *Prowadzenie działań profilaktycznych zwłaszcza z zakresu chorób cywilizacyjnych, społecznych i zakaźnych* Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020²². Zakres Programu jest spójny z celem 1. Krajowych ram strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, którego efektem będzie *wzrost rozpowszechnienia zachowań prozdrowotnych wśród społeczeństwa oraz zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych* i służy realizacji narzędzia nr 2 *wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu*²³.

Regionalny Program Zdrowotny dotyczący profilaktyki chorób cywilizacyjnych będzie realizowany w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020*, osi priorytetowej VIII *Integracja społeczna*, działania 8.1 *Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych*²⁴.

²¹ Dokument przyjęty Uchwałą nr XXV/325/2012 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 28 grudnia 2012 r.

²² Dokument przyjęty Uchwałą nr 4487/2013 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 23 grudnia 2013 r.

²³ Dokument przedstawiający długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji.

²⁴ Dokument przyjęty Decyzją Komisji Europejskiej z 18.12.2014 r.

II Cele programu

a. Cel główny

Poprawa do 2020 roku stanu zdrowia mieszkańców Opolszczyzny, poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno – zdrowotnej oraz wdrożenie działań zapobiegających nadwadze, otyłości i cukrzycy.

b. Cele szczegółowe

- zwiększenie wykrywalności nadwagi, otyłości, cukrzycy wśród dzieci i dorosłych,
- zmniejszenie, głównie poprzez poprawę żywienia i wzrost aktywności fizycznej, częstotliwości występowania nadwagi i otyłości,
- zapobieganie i przeciwdziałanie bierności w zakresie podejmowania aktywności fizycznej (prowadzącej do dysfunkcji społecznych i fizycznych) związanej z otyłością, nadwagą, cukrzycą,
- upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy o zdrowym stylu życia, w tym znaczenia zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu nadwadze, otyłości, cukrzycy,
- wzmocnienie współpracy pomiędzy podmiotami w zakresie profilaktyki, leczenia skutków nadwagi, otyłości, cukrzycy zwłaszcza wykrytych wśród osób z rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych, w tym cukrzycy, otyłości i ich powikłań,
- zmniejszanie społecznych i zdrowotnych skutków nadwagi, otyłości i cukrzycy.

c. Oczekiwane efekty

- redukcja masy ciała osób objętych Programem,
- utrzymanie zredukowanej masy ciała osób objętych Programem,
- wzrost aktywności fizycznej osób objętych Programem,
- zmiana nawyków żywieniowych i dostosowanie diety do faktycznych potrzeb wynikających ze stanu zdrowia,
- zmiana nastawienia rodzin do potrzeby wprowadzenia aktywności fizycznej w działania zapobiegawcze oraz lecznicze nadwagi i otyłości.

d. Mierniki efektywności

- liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w Programie,

- liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w Programie,
- liczba wykonanych badań przesiewowych,
- liczba osób, u których wystąpiło obniżenie wskaźnika BMI, w wyniku realizacji Programu,
- liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie ilości centymetrów w obwodzie talii, w wyniku realizacji Programu,
- liczba osób, u których zanotowano co najmniej 3% spadek masy ciała,
- liczba osób, u których zanotowano co najmniej 5% spadek masy ciała,
- liczba osób kontynuujących działania po 6 miesiącach od zakończenia interwencji
- liczba osób kontynuujących działania po 12 miesiącach od zakończenia interwencji,
- liczba osób, które zwiększyły tygodniową dawkę aktywności fizycznej,
- liczba osób, u których zanotowano poprawę stylu życia,
- liczba osób, które skierowano do dalszego leczenia cukrzycy w ramach AOS,
- liczba pracowników OPS/PCPR, nauczycieli uczestniczących w szkoleniach.

W celu oceny efektów realizacji Programu stosowana jest metoda oceny sytuacji zdrowotnej uczestników na początku i końcu uczestnictwa w działaniach programowych.

III. Adresaci Programu (populacja Programu)

a. *Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym (...)* zostanie bezpośrednio skierowany do:

- dzieci w wieku od 6 do 18 lat,
- osób dorosłych w wieku od 45 do 65 lat.

Pogram zostanie skierowany do całej populacji osób w ww. wieku. Zakłada się, że realnie w badaniu przesiewowym weźmie udział 80% ze wskazanej populacji dzieci (tj. ok. 87 700 osób), głównie ze względu na konieczność uzyskania zgody rodziców (opiekunów prawnych) na uczestnictwo dziecka w Programie. W przypadku osób dorosłych udział w Programie szacuje się na poziomie 60% (tj. ok. 172 500 osób), gdyż dużo trudniej nakłonić je do badań profilaktycznych (z prowadzonych działań wynika, że ze względu na niską świadomość zdrowotną społeczeństwa, również niski jest udział osób dorosłych w działaniach profilaktycznych²⁵). Łącznie planuje się objąć badaniami przesiewowymi ok.

²⁵ Więcej na ten temat: *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.*

260 200 osób.

W obszarze działań informacyjno-edukacyjnych pośrednimi adresatami wsparcia będzie ogół mieszkańców województwa opolskiego, w tym rodziny dzieci uczestniczących w Programie, nauczyciele/pracownicy OPS/PCPR.

Do dalszych działań interwencyjnych zostaną zakwalifikowane osoby na podstawie badań przesiewowych. Będą to osoby ze zidentyfikowanymi czynnikami ryzyka, najbardziej narażone na rozwój chorób cywilizacyjnych, zakwalifikowane zgodnie z kryteriami określonymi na poziomie projektu. Powyższe kryteria określać będzie powołana przez beneficjenta Rada, która będzie odpowiadała za jakość merytoryczną realizowanych działań, między innymi zapewniając że będą one świadczone zgodnie z procedurami medycznymi. Ponadto w celu zabezpieczenia właściwej koordynacji realizacji Programu ww. Rady będą współpracować z Zarządem Województwa Opolskiego, na podstawie którego Program zdrowotny będzie realizowany.

b. Tryb zapraszania do Programu

W ramach rekrutacji adresatów Programu beneficjent może nawiązać współpracę m.in. z: poradniami POZ/AOS i innymi podmiotami leczniczymi, OPS-ami, miejskimi ośrodkami pomocy rodzinie, PCPR-ami, organizacjami pozarządowymi i parafiami. Dzieci w wieku szkolnym zostaną zrekrutowane do Programu głównie za pośrednictwem placówek edukacyjnych/oświatowych lub opcjonalnie za pośrednictwem koordynatorów Szkolnego Związku Sportowego. Osoby dorosłe samodzielnie zadeklarują chęć udziału w Programie. Na podjęcie decyzji o przystąpieniu do Programu będą miały wpływ m.in. prowadzone działania informacyjno-edukacyjne, kampanie i akcje propagujące korzyści z prowadzenia zdrowego stylu życia, potrzebę stosowania aktywności ruchowej i sportu, zasady utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej, sposoby przeciwdziałania nadwadze/ otyłości/ cukrzycy i związane z nimi zagrożenia i powikłania. Opcjonalnie zarówno osoby dorosłe, jak i dzieci będą mogły przebadać się pod kątem nadwagi/otyłości w mobilnych punktach organizowanych między innymi w ramach większych wydarzeń sportowych, rekreacyjnych i kulturalnych.

W ramach badań przesiewowych z grupy docelowej zostaną wyłonione osoby, które zostaną zakwalifikowane do kolejnego etapu postępowania na podstawie kryteriów określonych przez Radę. Jednocześnie osoba przystępująca do badań przesiewowych otrzyma Kartę uczestnika projektu, na której zapisane zostaną wyniki badań, wywiadu

rodzinnego i inne kluczowe kwestie (np. przesłanki stanowiące o statusie osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym). Na podstawie danych zawartych w dokumencie będzie możliwe podjęcie decyzji o wyborze zakresu interwencji dla uczestnika projektu. Istotne jest, aby w pierwszej kolejności wsparcie otrzymały osoby najbardziej narażone na rozwój chorób cywilizacyjnych – z czynnikami ryzyka wykrytymi zgodnie z kryteriami określonymi przez beneficjenta (Radę). Mając na względzie wyrównywanie szans w dostępie do usług zdrowotnych preferencyjnie z Programu będą mogły skorzystać osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

IV. Organizacja Programu

a) części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program będzie realizowany w oparciu o warunki określone w *Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Opolskiego na lata 2014-2020*, przez podmioty wybrane w ramach trybu konkursowego.. Konkursy będą ogłaszane na podstawie obowiązującego *Harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie* w trybie konkursowym dla *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020*²⁶.

Program zdrowotny kierowany jest do wszystkich mieszkańców Województwa Opolskiego, w szczególności w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych.

Za realizację projektów odpowiadają beneficjenci. Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W ramach każdego projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy, który będzie pełnił rolę lidera bądź partnera. Premiowana będzie współpraca z jednostkami: POZ, OPS, PCPR, organizacjami pozarządowymi.

Beneficjentami mogą zostać:

- podmioty działające w obszarze ochrony zdrowia - publiczne i prywatne,
- podmioty działające w obszarze pomocy i integracji społecznej,
- organizacje pozarządowe,
- podmioty ekonomii społecznej.

W ramach każdego projektu, zrealizowane zostaną wszystkie etapy zakładane w Programie.

Program zdrowotny realizowany będzie wieloetapowo i na kilku płaszczyznach, stąd też uczestnik programu zostanie objęty jego działaniami średnio przez okres około 2 lat.

Wielokierunkowe działania dotyczyć będą oceny stanu zdrowia, diety, motywacji i chęci

²⁶ Obowiązująca wersja dokumentu dostępna na stronie internetowej: www.rpo.opolskie.pl.

dokonania zmian w życiu, aktywności ruchowej oraz monitoringu osiągniętych efektów.

Części składowe Programu:

- działania organizacyjne,
- działania informacyjno-edukacyjne z elementami promocji aktywności fizycznej,
- etap I – badania przesiewowe, w tym również badanie stężenia glukozy we krwi/ test OGTT,
- etap II – multikomponentowa opieka nad osobą z nadwagą i otyłością.

Działania organizacyjne.

Projekty będą realizowane zgodnie z warunkami określonymi w ramach konkursu przez Instytucję Zarządzającą Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, tj. Zarząd Województwa Opolskiego.

Prawidłowa realizacja Programu zależy będzie od sprawnej koordynacji i zarządzania w poszczególnych projektach. Działania poprzedzające rozpoczęcie realizacji projektu dotyczyć będą przede wszystkim ustalania zasad i ram współpracy beneficjenta (lidera) z partnerami. Podczas realizacji Programu (poszczególnych projektów) będą to działania administracyjne związane z obsługą projektu, możliwe do realizacji w ramach katalogu kosztów pośrednich, zgodnie z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków*²⁷.

Jak już wspomniano powyżej beneficjent powoła Radę, która będzie odpowiadała za jakość merytoryczną realizowanych działań, między innymi zapewniając że będą one świadczone zgodnie z procedurami medycznymi. Skład Rady oraz zakres jej obowiązków zostaną określone przez beneficjenta we wniosku aplikacyjnym oraz regulaminie funkcjonowania Rady.

Do głównych zadań Rady będzie należało między innymi:

- określenie warunków kwalifikacji uczestników do II etapu Programu, w tym określenie kryteriów jakie zostaną zastosowane,
- opracowanie wzoru dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia badań przesiewowych, w tym Karty uczestnika projektu, z określonym zakresem pytań niezbędnych do przeprowadzenia wywiadu rodzinnego oraz umożliwiających kwalifikację uczestników do etapu II w oparciu o przyjęte kryteria,

²⁷ *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.*

- opracowanie wzoru indywidualnego programu uczestnika, dziennika zdrowia (w którym będą zapisywane zachowania żywieniowe, informacje z zakresu aktywności fizycznej, informacje o udzielonym wsparciu behawioralnych, w tym dane gromadzone w ramach monitoringu postępu prowadzonej interwencji), ankiety badającej satysfakcję uczestników Programu,
- nadzór merytoryczny nad realizowanymi w projekcie działaniami,
- stała współpraca z Zarządem Województwa Opolskiego.

Działania informacyjno-edukacyjne.

Nieodzownym elementem przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, do których skierowany jest Program, jest edukacja wspierająca kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia. W zakresie prowadzonych działań przekazane zostaną informacje dotyczące unikania czynników ryzyka, nakłanianie do systematycznych badań i szybkiego reagowania na niepokojące objawy, promowanie prawidłowego żywienia i trybu życia. Istotną będzie edukacja na temat zasad utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej.

W celu maksymalizacji efektów Programu działania informacyjno-edukacyjne realizowane będą na każdym jego etapie, przy wykorzystaniu najbardziej popularnych i dostosowanych do adresatów narzędzi. Działania edukacyjne mogą być realizowane np. na bazie spotkań integracyjnych, które skupiać będą mieszkańców regionu. Podobnie mogą być realizowane na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadarek edukacyjnych, warsztatów, w tym wspólnego gotowania, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia (np. prawidłowego żywienia, aktywności fizycznej), przeciwdziałania nadwadze /otyłości/cukrzycy, zasad utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej, w tym fizycznej mogą zostać rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, kościołach, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej, szkołach). Przedsięwzięcia mogą być prowadzone przy udziale podmiotów aktywizujących społeczeństwo (np. media, organizacje pozarządowe, placówki edukacyjne, kluby sportowe, koła animacji fizycznej itp.).

Działania informacyjno-edukacyjne zostaną skierowane do:

- ogółu mieszkańców województwa opolskiego,
- grup docelowych objętych działaniami poszczególnych etapów Programu (w przypadku dzieci działania skierowane zostaną również do całych rodzin (w tym rodziców/

opiekunów)²⁸,

- nauczycieli/pracowników OPS/PCPR (fakultatywnie, w zależności od zdiagnozowanych przez beneficjenta potrzeb).

Działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki Programu, w tym edukacja prozdrowotna, skierowana do jego odbiorców, będą prowadzone na zasadach określonych w *Wytycznych horyzontalnych w obszarze zdrowia*²⁹.

Elementem tego bloku będą również działania ukierunkowane na podjęcie aktywności fizycznej przez społeczność regionu realizowane pod hasłem „Edukacja na sportowo”. Głównym jej celem będzie zachęcenie do ćwiczeń całych rodzin, stąd też planuje się, aby zajęcia takie były prowadzone w miejscach związanych z rekreacją i przez osoby znane w świecie sportu. Działania kierowane będą do wszystkich mieszkańców województwa ze szczególnym uwzględnieniem osób w rodzinach, w których występują pierwsze symptomy nadwagi. Rekomendowane będą zajęcia rekreacyjno-sportowe posiadające ciekawą oprawę i charakter oraz będą dostosowane do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności. Aby wzmocnić atrakcyjność wyżej wymienionych zajęć będą one mogły być realizowane w miejscach ogólnodostępnych, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, np. w klubach sportowych lub na basenach, boiskach szkolnych i klubowych, świetlicach i salach gimnastycznych.

Zajęcia aktywności fizycznej w wybranych szkołach – centrach miejskich/osiedlowych prowadzone powinny być przez specjalistów od ruchu (animatorów/trenerów personalnych/nauczycieli wychowania fizycznego). Należy zaznaczyć, że aktywność fizyczna skierowana do dzieci w ich czasie wolnym, powinna być prowadzona w sposób atrakcyjny, w formie zabawy i dostosowana do danej grupy wiekowej.

Uzupełniająco, do bloku działań informacyjno-edukacyjnych, zaplanowano również ewentualną możliwość realizacji działań edukacyjnych (poradnictwo/szkolenia) dla nauczycieli i pracowników OPS i PCPR. Dzięki szkoleniom osoby pracujące z dziećmi i rodzinami znajdującymi się w trudnej sytuacji życiowej, zapoznają się z problematyką otyłości i jej konsekwencjami dla zdrowia człowieka, zasadami racjonalnego żywienia, korzyściami wynikającymi z aktywności fizycznej realizowanej na każdym etapie życia

²⁸ Zgodnie z tezą, iż *rodzina stanowi podstawową rolę w dostarczaniu wiedzy i wzorów, kształtowaniu umiejętności i zapewnieniu psychologicznego i materialnego wsparcia, które stanowią o potencjale istotnym dla kształtowania zdrowia* zob. R. Rasińska, *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej*, Poznań 2010, s. 33.

²⁹ *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.*

człowieka. Ważnym elementem działań będzie nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu wstępnego diagnozowania (obliczanie wskaźnika BMI) i rozpoznawania pierwszych symptomów nadwagi i cukrzycy oraz metod postępowania nauczyciela/pracownika OPS lub PCPR w takich przypadkach. W przypadku przedsięwzięć dla nauczycieli, będą oni mogli m.in. uzupełnić swoją wiedzę w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej, która powinna być realizowana na zajęciach wychowania fizycznego (wartością dodaną realizowanych przedsięwzięć może być przystąpienie szkół do Sieci Szkół Promujących Zdrowie).

Przedmiotowe działania edukacyjne zawierać będą między innymi następujące zagadnienia:

- wpływ żywienia na zdrowie,
- jakość i bezpieczeństwo żywności,
- sposoby oceny stanu odżywiania,
- cukrzyca, jako skutek nadwagi,
- potrzeba aktywności ruchowej oraz sposoby atrakcyjnego prowadzenia zajęć WF.

Zdobyta wiedza pozwoli również na kontynuowanie procesu i rozpowszechnianie działań profilaktycznych po zaprzestaniu realizacji Programu w środowisku szkolnym oraz wśród osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, które niejednokrotnie ze względów świadomościowych lub też finansowych nie podejmują żadnych działań, mających na celu wyeliminowanie czynników zagrażających ich zdrowiu.

Etap I Programu – badania przesiewowe.

W celu wykrycia na jak najwcześniejszym etapie nadwagi i otyłości u mieszkańców województwa założono, że w badaniach przesiewowych weźmie udział 80% populacji dzieci i młodzieży w wieku 6-18 lat, tj. ok. 87 700 osób oraz 60% populacji, dobrowolnie zgłaszających się osób dorosłych w wieku 45-65 lat, tj. ok. 172 500 osób. Ich celem będzie wyłonienie grupy osób najbardziej narażonych na powstanie chorób cywilizacyjnych.

Po przeprowadzeniu badań przesiewowych z grupy docelowej zostaną wyłonione osoby, które zostaną zakwalifikowane do kolejnego etapu postępowania na podstawie kryteriów określonych przez Radę. Istotne jest, aby w pierwszej kolejności wsparcie otrzymały osoby najbardziej narażone na otyłość, a w konsekwencji na rozwój cukrzycy. Ponadto preferencyjnie będą traktowane osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

W przypadku dzieci w wieku 6-18 lat badania będą wykonywane w środowisku szkolnym, z założeniem, że będą odbywały się one z zachowaniem prawa do intymności. Dzieci

i młodzież powinna być poddana badaniom pojedynczo w osobnych gabinetach³⁰. W przypadku dzieci niezbędna będzie zgoda jego opiekuna prawnego na wykonanie badań.

Dzięki działaniom informacyjnym osoby dorosłe będą mogły wziąć udział w Programie na zasadzie samodzielnego zgłoszenia i skorzystać z badań przesiewowych, wykonywanych np. w mobilnych punktach, organizowanych w ramach większych wydarzeń sportowych, rekreacyjnych lub kulturalnych.

W zakresie badania przesiewowego wykonane zostaną:

- u dzieci – wykonanie pomiaru masy i wysokości ciała oraz określenie wartości wskaźnika BMI w odniesieniu do siatki centylowej dla danego wieku,
- u dorosłych - wykonanie pomiaru masy i wysokości ciała oraz określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu talii,
- wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących (dane powinny zostać zebrane m.in. w zakresie nawyków żywieniowych, czynników socjalno-demograficznych, występowania chorób cywilizacyjnych w rodzinie, historii aktywności fizycznej w rodzinie).

Wszystkie osoby po badaniu przesiewowym objęte zostaną działaniami informacyjno-edukacyjnymi w zakresie uświadamiania zagrożeń wynikających z nadwagi i otyłości oraz zapoznane z zasadami zdrowego odżywiania (np. poprzez udostępnienie ulotki, pogadankę). W przypadku dzieci działania te zostaną skierowane również do ich rodzin. Ich celem będzie m.in. uświadomienie odbiorcom zagrożeń wynikających z prowadzenia niewłaściwego trybu życia oraz propagowanie potrzeby dbania o sylwetkę, zarówno pod kątem zdrowotnym, jak i estetycznym.

Dla osób o prawidłowej masie ciała Program ograniczy się do wykonania badania przesiewowego, wywiadu rodzinnego oraz uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych. Rodziny będą również zachęcane do udziału w działaniach „Edukacji na sportowo”.

Badanie stężenia glukozy we krwi.

W wyniku badań przesiewowych osoby wykazujące nadwagę lub będące w grupie ryzyka z powodu innego czynnika będą kierowane na badanie w kierunku wykrycia cukrzycy.

³⁰ Na przykład zgodnie z zaleceniami zawartymi w: B. Woynarowska, A. Oblacińska (red.), *Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Materiały metodyczne dla pielęgniarek szkolnych oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka 2007.

Z danych przedstawionych przez WHO, wynika że około 64% mężczyzn ma nadmierną masę ciała, a w przypadku kobiet odsetek ten sięga około 49%.

Z danych zaczerpniętych z Instytutu Żywności i Żywienia, umieszczonych w diagnozie Programu, wynika że w województwie opolskim około 23% dzieci posiada nadmierną masę ciała.

Do badania zostaną skierowane osoby z grupy ryzyka, tj. osoby dorosłe o wskaźniku BMI wg WHO powyżej 25 oraz dzieci powyżej 10 roku życia mające BMI powyżej 95 centyla, szczególnie jeśli cukrzyca występuje w rodzinie lub są oznaki insulinooporności.

W przypadku dorosłych wykonane zostanie oznaczenie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej, a u dzieci - test tolerancji glukozy (OGTT).

Następnie – biorąc pod uwagę wyniki badań przesiewu, danych przekazanych w wywiadzie rodzinnym oraz sytuacji socjalno-bytowej - na bazie Karty uczestnika projektu oraz kryteriów opracowanych przez Radę dokonana zostanie kwalifikacja poszczególnych osób do udziału w określonych interwencjach Etapu II. Informacja o zakwalifikowaniu osoby do poszczególnych działań zostanie przekazana zainteresowanemu za pośrednictwem wybranych przez beneficjenta i dogodnych dla uczestnika form komunikacji.

Osoby z podwyższonym poziomem glukozy będą kierowane do poradni AOS, w celu wykonania dalszych badań i potwierdzenia diagnozy. Osoby takie będą mogły wejść do programu pod warunkiem braku przeciwwskazań do uczestnictwa.

Etap II Multikomponentowa opieka nad osobą z nadwagą i otyłością

Działania skierowane do osób posiadających nadmierną masę ciała będą się odbywały poprzez udział w multidyscyplinarnej opiece, w skład której będą wchodziły 3 komponenty: dietetyczny, aktywności fizycznej oraz interwencji behawioralnych mających na celu zmianę zachowań żywieniowych uczestnika³¹. W tym czasie do uczestników zostaną również skierowane działania informacyjno-edukacyjne. Kompleksowe wsparcie będzie służyć zmianie postaw i stylu życia, opierających się na redukcji spożywanych kalorii, ograniczaniu tzw. siedzącego trybu życia, wzroście aktywności fizycznej. Interwencje, w tym długookresowe, prowadzone będą przez multidyscyplinarny zespół. W jego skład będą wchodzić specjaliści z różnych dziedzin ukierunkowanych na leczenie, profilaktykę zdrowotną, wsparcia osób z nadwagą, otyłością, cukrzycą m.in.: lekarz, dietetyk,

³¹ Polskie Towarzystwo Dietetyki, *Standardy leczenia dietetycznego otyłości prostej u osób dorosłych*. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki, "The Official Journal of the Polish Society of Dietetics" 2015, vol. 8, s. 8.

pielęgniarka, psycholog/ terapeuta, w tym behawioralny, fizjoterapeuta, specjalista aktywności fizycznej/wychowania fizycznego. Programy mające na celu redukcję masy ciała u dzieci i młodzieży będą aktywnie angażować rodziców, opiekunów i całe rodziny. Rodziny będą brać udział w zmianie postaw prozdrowotnych swoich dzieci, w tym dotyczących nawyków żywieniowych i aktywności fizycznych. U osób dorosłych z nadmierną masą ciała będą ustalane indywidualne i realistyczne cele leczenia. Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała. Wszystkie osoby z nadmierną masą ciała będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych, przy czym wskazana jest aktywność fizyczna tygodniowo na poziomie 150 do 420 minut lub więcej, a dla osób otyłych dzienna na poziomie 60-90 min.

Komponent aktywności fizycznej, będzie miał na celu zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają zmniejszyć masę ciała oraz rozwinąć potrzebę podejmowania aktywności fizycznej. Będzie on realizowany poprzez umiejętny dobór ćwiczeń, umożliwiających kontrolę masy ciała oraz zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej. Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak również kontynuowane w warunkach domowych. Rekomendowane będą zajęcia ogólnousprawniające np. na basenie, na sali gimnastycznej, na świeżym powietrzu oraz ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi. Formy aktywności fizycznej zostaną dobrane zgodnie z preferencjami i możliwościami uczestników. Zajęcia zostaną przeprowadzone w grupach o podobnych możliwościach fizycznych oraz w zbliżonym wieku. Ponadto istotnym elementem prowadzonych działań będzie zachęcenie uczestników do aktywności fizycznej, która na stałe wpisze się w zakres codziennej aktywności życiowej, tj. jazda na rowerze, szybki chód, nadzorowane programy ćwiczeń. Jest to kluczowe przede wszystkim dla rozwoju dzieci. Przesłaniem i celem tego komponentu będzie propagowanie uprawiania sportu bądź aktywności rekreacyjnej, jako jednego z najważniejszych czynników determinujących prawidłową masę ciała. Zalecane będzie ograniczenie biernych aktywności, w tym przede wszystkim oglądania TV i korzystania z komputera. Interwencja może być realizowana w formie zajęć grupowych lub indywidualnych.

W obliczu silnej konkurencji ze strony środków masowego przekazu, podjęte działania powinny być atrakcyjne i ciekawe— dlatego do ich organizacji mogą zostać zaangażowani np. animatorzy aktywności fizycznej lub znane twarze ze świata sportu. Beneficjent może również zastosować nowoczesne urządzenia, technologie oraz możliwości jakie niesie ze

sobą internet. Między innymi do rejestracji aktywności fizycznej można wykorzystać urządzenia monitorujące, w które mogą zostać wyposażone osoby zakwalifikowane do etapu II (np. krokomierze³²). Takim osobom wyznaczone powinny zostaćienne cele w zakresie aktywności fizycznej. W przyszłości będą mogły one samodzielnie korzystać z tego typu sposobów monitorowania własnej aktywności, gdyż obecnie są już one w standardowym wyposażeniu telefonów komórkowych. Pomiary aktywności fizycznej można wprowadzić do baz danych typu Narodowe Centrum Badań Kondycji Fizycznej Polaków (www.ncbkf.pl) lub do programu Indares (www.indares.com). Oba programy stwarzają możliwość rejestrowania i regularnego monitorowania aktywności fizycznej (np. w postaci dziennej liczby kroków) oraz innych parametrów związanych z aktywnością fizyczną, w tym również BMI, zarówno przez uczestnika jak i osobę nadzorującą.

Komponent dietetyczny będzie realizowany m.in. poprzez warsztaty (np. w formie wspólnego gotowania, które odbędzie się z zaangażowaniem całych rodzin). Powyższe będzie sprzyjało powstaniu grup wzajemnie się motywujących i wspierających w środowiskach lokalnych, które będą mogły funkcjonować również po zakończeniu realizacji projektów.

Zastosowane będą również indywidualne, grupowe lub z wykorzystaniem technik audiowizualnych konsultacje z dietetykiem, których głównym zadaniem będzie dobranie strategii dietetycznej mającej na celu redukcję masy ciała. Do zadań dietetyka będzie należało dobranie właściwej diety do indywidualnych predyspozycji uczestnika i stanu jego zdrowia oraz ocena efektów jej stosowania, poprzez kontrolę sposobu żywienia. Celom tym będzie służył przekazany pacjentowi dziennik zdrowia, w którym będzie on notował rodzaj i ilość spożywanych produktów oraz zmiany w planie diety. Dietetyk będzie prowadził systematyczną kontrolę sposobu żywienia uczestników, jak również wspomagał ich w prowadzeniu samokontroli wobec stosowanej dietoterapii, odczucia głodu i sytości. Osobom dorosłym będą rekomendowane diety o obniżonej kaloryczności w odniesieniu do indywidualnie ustalonego zapotrzebowania (dzienny deficyt kaloryczny powinien wynosić od 500 do 800 kcal). Dietoterapia otyłości powinna trwać nie krócej niż 3 miesiące, a spotkania kontrolne nie powinny być rzadsze niż raz w miesiącu.

Komponent psychologiczny to kolejny ważny element wsparcia multikomponentowej interwencji, pozwalający uczestnikom na dokonanie zmiany w prowadzeniu

³² W kosztorysie nie wskazano kosztu urządzenia, ponieważ będzie ono wykorzystywane w projekcie alternatywnie. Jeżeli beneficjent zdecyduje się na jego zastosowanie, będzie musiał wyodrębnić na ten cel środki w ramach alokacji przewidzianej na projekt.

dotychczasowego trybu życia oraz umacnianie motywacji do działania³³. Dbłość o zdrowie psychiczne może wspierać długoterminowe leczenie oraz chronić pacjentów przed negatywnymi konsekwencjami przedłużających się emocjonalnych wahań i poczucia pacjenta diabetologicznego³⁴. W zależności od indywidualnych potrzeb możliwa będzie konsultacja psychologiczna i objęcie osób dorosłych terapią behawioralno - poznawczą lub programem terapii grupowej. W terapii dzieci do udziału w warsztacie terapeutycznym mogą również zostać zaproszeni pozostali członkowie rodziny. Celem wspólnego warsztatu będzie omówienie postaw rodzicielskich/rodzinnych wzmacniających motywację dziecka, podnoszące ich poczucie wartości oraz pozytywnie wpływające na kontakty z otoczeniem. Zakres interwencji behawioralnych będzie obejmować między innymi aspekty dotyczące samokontroli, ustalania celów, nagród za osiągnięte cele i sposobu rozwiązywania problemów.

Realizowane w powyższym komponencie spotkania będą dotyczyły między innymi następujących zagadnień:

- powstanie lub wzmocnienie motywacji do podjęcia działań mających na celu zmniejszenie masy ciała,
- wzmocnienia poczucia własnej wartości, wzrost samoakceptacji,
- zwiększenie kompetencji interpersonalnych.

Interwencje w ramach etapu II będą dopasowane do potrzeb uczestników, między innymi wynikających z wieku, a w przypadku dzieci również etapu ich rozwoju. Działania będą realizowane w dogodnych terminach, w miejscach łatwo dostępnych i dających poczucie nieskrępowania, np. w ramach lokalnych klubów. Intensywność, rodzaj i czas trwania realizowanych form wsparcia będzie dostosowana do indywidualnych potrzeb uczestników, z zachowaniem minimalnych wymagań gwarantujących osiągnięcie zaplanowanych efektów. Osoby otyłe, zdefiniowane zgodnie z przyjętymi w Programie kryteriami, zostaną objęte zintensyfikowaną ścieżką interwencji. Osobom dorosłym, które początkowo uzyskają spadek masy ciała zostanie rekomendowane przyjęcie określonych strategii, dopasowanych indywidualnie, w celu zminimalizowania ryzyka ponownego przybrania na wadze.

Programy multikomponentowe będą efektywne dzięki realizacji wsparcia z uwzględnieniem następujących czynników:

³³ L.M. Jaremka, M.E. Lindgren, J.K. Kiecolt-Glaser, *Synergistic relationships among stress, depression, and troubled relationships: insights from psychoneuroimmunology*, „Depress Anxiety” 2013, vol. 30, s. 288-296.

³⁴ S. Folkman, J.T. Moskowitz, *Positive affect and the other side of coping*, *Am. „Psychol”* 2000, vol. 55, s. 647-654.

- będą skupiać się na zmianach postaw, stylu życia i prozdrowotnych zachowań zapobiegających przybieraniu na wadze w przyszłości,
- będą obejmować kilka sesji (np. trwających od kilku tygodni, do kilku miesięcy, realizowanych w formule 3-miesięcznych lub pojedynczych sesji, w ramach których z częstotliwością raz na tydzień lub dwa tygodnie dokonywany będzie pomiar masy ciała),
- mieć jasno zdefiniowane cele co do osiągnięcia spadku masy ciała (w ciągu pierwszych kilku tygodni, na koniec interwencji oraz 6 i 12 miesięcy po jej zakończeniu),
- mieć jasno zdefiniowane cele żywieniowe (spożycie określonej ilości kalorii lub specyficzna redukcja w przyjmowaniu energii),
- zapewnić prowadzenie aktywności fizycznej z uwzględnieniem dodatkowo występujących schorzeń,
- być dostosowane do potrzeb, specyfiki różnych grup odbiorców (np. odpowiednio dla dzieci i dorosłych, dla kobiet i mężczyzn),
- traktować uczestników z szacunkiem, bez podejścia oceniającego.

W czasie trwania interwencji postępy działań będą monitorowane przez multidyscyplinarny zespół specjalistów, w ramach dziennika zdrowia. Przykładowo kontrola pacjentów powinna odbywać się co 2 tygodnie w okresie 3 miesięcznym i w przypadku indywidualnego dla każdego pacjenta planu programu (2 tygodnie po jego rozpoczęciu) umożliwi ona jego ewentualną modyfikację. Jeżeli po 3 miesiącach interwencji, zmianie stylu życia, nie nastąpi spadek masy ciała (mniej niż 1%) lub nie zostanie zaobserwowane zmniejszenie obwodu talii uczestnik zostanie skierowany na pogłębioną diagnostykę w celu zbadania obecności chorób współtowarzyszących, w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków NFZ. Z osobami, które omijają poszczególne sesje, zostanie nawiązany kontakt w celu ustalenia przyczyn ich nieobecności i przywrócenia ich zaangażowania w działania. Po zakończeniu interwencji uczestnicy zostaną zmonitorowani po 6 i 12 miesiącach w zakresie zmiany masy ciała, obwodu talii oraz wskaźników BMI.

W zależności od wyniku pomiarów, w przypadku stwierdzenia braku oczekiwanej poprawy osoba może zostać skierowana do specjalisty z dziedziny bariatryi – finansowanego z NFZ. W przypadku obniżenia wskaźnika BMI, zmniejszenia obwodu talii – udzielony zostanie instruktaż odnośnie dalszego postępowania i zalecenia do domu.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Program zakłada włączenie do badania przesiewowego 80% dzieci w wieku 6-18 lat oraz 60% populacji osób dorosłych w wieku 45-65 lat z obszaru województwa opolskiego.

W ramach badań przesiewowych stosowane będą głównie kryteria definiowane jako:

- w przypadku dzieci
 - ⇒ nadwaga: wskaźnik BMI>85 centyla; otyłość wskaźnik BMI>97 centyla
- w przypadku dorosłych
 - ⇒ nadwaga: wskaźnik BMI 25-29,9; otyłość wskaźnik BMI>30
 - ⇒ obwód talii >80 cm (kobiety) oraz >94 (mężczyźni)

Do etapu II zostaną zakwalifikowane osoby z nadwagą i otyłością, najbardziej narażone na rozwój powiązanych z nimi chorób. Między innymi w pierwszej kolejności do programu zostaną zakwalifikowani uczestnicy posiadający w rodzinie osoby chore na cukrzycę i/lub otyłość oraz osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Na zakwalifikowanie do programu mogą mieć również wpływ inne informacje wskazane w wywiadzie rodzinnym.

W przypadku zdiagnozowania cukrzycy, uczestnicy zostaną skierowani bezzwłocznie do lekarza specjalisty w AOS, w celu ustalenia dalszego postępowania diagnostycznego oraz wykluczenia przeciwwskazania do uczestnictwa w programie.

Zakończenie udziału w Programie dla osób z nadwagą i otyłością nastąpi po upływie około 2 lat.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu

Realizowane w Programie świadczenia są bezpłatne i dobrowolne. Zasadą przystąpienia do Programu osoby niepełnoletniej, będzie pisemna zgoda rodzica lub opiekuna. Przeprowadzenie badań przesiewowych w środowisku lokalnym zwiększy zgłaszalność do udziału w planowanej interwencji. Realizacja badań przesiewowych w środowisku szkolnym da szansę na uzyskanie wysokiego stopnia uczestnictwa uczniów w Programie oraz ułatwi kontakt z ich rodzicami, w celu zaangażowania ich w realizację poszczególnych działań. Ponadto, szkoła jako miejsce, gdzie odbywają się różnego rodzaju spotkania oraz imprezy okolicznościowe, będzie odpowiednim miejscem realizacji zadań związanych z profilaktyką i edukacją. Dzięki działaniom informacyjnym osoby dorosłe będą mogły wziąć udział w Programie na zasadzie samodzielnego zgłoszenia i skorzystać z badań przesiewowych, wykonywanych np. w mobilnych punktach, organizowanych w ramach większych wydarzeń sportowych, rekreacyjnych lub kulturalnych. Działania tego typu będą mogły również odbywać się w innych, lokalnych, ogólnodostępnych miejscach spotkań.

e. Sposób powiązania Programu ze świadczeniami zdrowotnymi

Działania w zakresie identyfikacji nadwagi, otyłości i cukrzycy nie są w wystarczającym stopniu finansowane przez NFZ. Program, poprzez realizację badań przesiewowych, oferuje możliwość skorzystania z interwencji wszystkim osobom zamieszkującym województwo opolskie. W ramach świadczeń finansowanych z budżetu Państwa nie jest dostępny również kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym zwłaszcza brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

Zaplanowane w Programie interwencje będą stanowić uzupełnienie świadczeń zdrowotnych oferowanych w ramach NFZ - osoby, u których stwierdzone zostanie podwyższone stężenie glukozy we krwi zostaną skierowane, celem ustalenia dalszego postępowania diagnostycznego lub leczniczego, do AOS, a osoby otyłe, u których nie nastąpi spadek masy ciała - do poradni bariatrycznej.

f. Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymanych świadczeń zdrowotnych przez uczestników Programu.

Osoby objęte programem, które ze względu na wyniki badań przesiewowych i po wzięciu pod uwagę kryteriów określonych przez Radę, nie zakwalifikują się do kolejnego etapu będą mogły wziąć udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych. Osoby, u których stwierdzone zostanie podwyższone stężenie glukozy we krwi zostaną skierowane do AOS, celem ustalenia dalszego postępowania diagnostycznego/leczniczego oraz ewentualnego uzyskania zgody na dalsze uczestnictwo w Programie.

Dla osób zakwalifikowanych do dalszej interwencji przewidywany jest ok. 2 letni okres udziału w programie, realizowany pod opieką multidyscyplinarnego zespołu specjalistów.

Po zakończeniu interwencji pacjenci zostaną zmonitorowani po 6 i 12 miesiącach (w tym obliczenie BMI). Na zakończenie udziału w Programie, dla każdego uczestnika przewidziano wizytę podsumowującą, która oceni efekty interwencji oraz wskaże dalsze kierunki postępowania prozdrowotnego. W uzasadnionych przypadkach, leczenie specjalistyczne będzie kontynuowane przez AOS (bariatra, diabetolog) i finansowane ze środków NFZ.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Beneficjentami projektu zostaną podmioty, które zagwarantują bezpieczeństwo planowanych interwencji, pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak

również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w tym w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej. Interwencje będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie. Nad bezpieczeństwem podejmowanych działań będzie czuwać Rada powołana przez każdego beneficjenta. Prowadzone w Programie badania będą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

h. Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji Programu.

Podmioty zaangażowane w realizację projektu (w roli lidera lub partnera) powinny posiadać kompetencje oraz zasoby kadrowe i infrastrukturę, które zapewnią efektywną realizację Programu. Najwłaściwsze byłyby kompetencje w zakresie leczenia chorób metabolicznych, nadwagi i otyłości, jednakże ze względu na małą liczbę podmiotów o takiej specyfice dopuszcza się zatrudnienie na czas trwania projektu osób, które posiadają przygotowanie niezbędne do realizacji działań przewidzianych w Programie. Podmioty powinny dysponować odpowiednim zapleczem do realizacji programu, warunkującym uzyskanie założonych celów i wskaźników programu. Beneficjent musi dobrać niezbędne kadry do realizacji zadań przewidzianych w Programie. W skład multidyscyplinarnego zespołu m. in. musi wchodzić personel wyspecjalizowany w dziedzinach ukierunkowanych na leczenie, profilaktykę zdrowotną, wsparcia osób z nadwagą i otyłością, (np. z doświadczeniem w prowadzeniu długofalowych interwencji u osób z nadmierną masą ciała). W celu świadczenia kompleksowej usługi zespół ten skupiać może: lekarzy, w tym pediatrę, psychologa/terapeutę, dietetyka lub innego specjalistę z zakresu prawidłowego żywienia w odniesieniu do różnych grup wiekowych, specjalistę aktywności fizycznej, fizjoterapeutę.

W celu objęcia badaniami przesiewowymi populację dzieci i młodzieży w wieku 6-18 lat konieczne będzie nawiązanie współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, by za ich pośrednictwem umożliwiono realizację badań w szkołach różnego szczebla z obszaru, na którym będzie realizowany projekt. Konieczne jest również zawiązanie współpracy pomiędzy beneficjentem, oraz innymi instytucjami, w tym np. organizacjami pozarządowymi oraz lekarzami, którzy zostaną zatrudnieni na czas trwania projektu. Za właściwy dobór kadry odpowiadać będzie beneficjent projektu.

i. Dowody skuteczności planowanych działań.

1. Badanie przesiewowe w kierunku identyfikacji i oceny nadwagi i otyłości:

- u dorosłych zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Dietetyki zastosowano wskaźnik BMI oraz odwód talii³⁵,
 - u dzieci zgodnie z wytycznymi WHO zastosowano wskaźnik BMI, przy czym wynik obliczony na podstawie standardowego wzoru powinien zostać odniesiony do norm właściwych dla wieku i płci zawartych w siatkach centylowych³⁶.
2. Badanie w kierunku wykrycia cukrzycy w przypadku określonych grup ryzyka potwierdzają:
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (u osób dorosłych badanie przesiewowe należy przeprowadzać za pomocą oznaczania glikemii na czczo lub testu tolerancji (OGTT), u dzieci powyżej 10. roku życia (lub młodszych, gdy okres dojrzewania już się rozpoczął), cechujących się BMI powyżej 95. centyla, zaleca się wykonywanie testu OGTT)³⁷,
 - American Diabetes Association (rekomendują jako najlepsze badanie przesiewowe - stężenie glukozy na czczo)³⁸,
 - Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Rodzinnej, zgodnie z którymi każde dziecko z BMI > 85 centyla powinno być monitorowane pod względem powikłań współistniejących z nadwagą i otyłością. U takiego dziecka należy kontrolować ciśnienie tętnicze krwi oraz raz na dwa lata wykonać oznaczenia stężeń w surowicy glukozy, profilu lipidowego, a także aktywności aminotransferaz³⁹.
3. Skuteczność interwencji wskazanych w ramach etapu II potwierdzają:
- a) w przypadku dzieci i młodzieży:
- Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Rodzinnej, zgodnie z którymi w zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa również kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie⁴⁰.

³⁵ Polskie Towarzystwo Dietetyki, *Standardy leczenia dietetycznego otyłości prostej u osób dorosłych. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki*, „Dietetyka” 2015, vol 8, stan na dzień 16.03.2016 http://ptd.org.pl/sites/default/files/standardy_ptd_otylosc_2015.pdf.

³⁶ Pod red. M. Olszanecka-Glinianowicz, *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza ...*

³⁷ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Kliniczna*.

³⁸ *Screening for diabetes*, „Diabetes Care” 2002, vol. 25, supl. A, s.21–24.

³⁹ Pod red. M. Olszanecka-Glinianowicz, *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza*

⁴⁰ Tamże.

- rekomendacje WHO⁴¹ w zakresie aktywności fizycznej – dla grupy wiekowej 6-18 lat - 60 minut dziennie aktywności o intensywności umiarkowanej do intensywnej,
 - b) w przypadku osób dorosłych
- rekomendacje WHO⁴² w zakresie aktywności fizycznej – dla grupy wiekowej 18-64 lat - 150 minut tygodniowo aktywności o intensywności umiarkowanej lub co najmniej 75 minut tygodniowo aktywności o intensywności intensywnej lub w równoważnym połączeniu aktywności o średnio i energicznej intensywności,
- Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Rodzinnej wskazują formy aktywności fizycznej rekomendowane dla osób otyłych tj.: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie, nordic walking oraz ćwiczenia oporowe⁴³.

Europejskie Stowarzyszenie Badań nad Otyłością (EASO) rekomenduje walkę otyłością, również poprzez tzw. „modyfikację zachowań” która pomaga pacjentowi modyfikować zarówno samoocenę, jak i zrozumieć myśli i przekonania dotyczące regulacji masy ciała, otyłości i jej konsekwencji; ukierunkowuje zachowania, które są potrzebne, aby osiągnąć sukces w redukcji i utrzymaniu zredukowanej masy ciała⁴⁴. Ponadto Forum Zaburzeń Metabolicznych opublikowało artykuł zwracający uwagę iż „(...) przyczyny otyłości, jak i jej skutki mają zróżnicowany charakter. Otyłość, oprócz wielu powikłań o charakterze fizjologicznym, często prowadzi do różnych trudności w funkcjonowaniu społecznym oraz psychologicznym danej jednostki. W licznych badaniach naukowych dowiedziono, że osoby otyłe mają obniżoną samoocenę, negatywny obraz własnej osoby, obniżone poczucie własnej skuteczności i wpływu na zmianę danej sytuacji oraz często cierpią na zaburzenia nastroju, które mogą prowadzić nawet do depresji⁴⁵”. Praca z osobą otyłą powinna zatem polegać na współpracy specjalistów reprezentujących różne dziedziny nauki, w tym także psychologii. W odniesieniu do powyższych rekomendacji w programie zaproponowano podejście behawioralno-poznawcze, które łączy ze sobą dwa rodzaje technik. Techniki

⁴¹ World Health Organization Global recommendations on physical activity for health, Geneva Switzerland, 2010.

⁴² Tamże.

⁴³ Pod red. M. Olszanecka-Glinianowicz, *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza...*

⁴⁴ C.Tsigos, V. Hainer, A. Basdevant, N.Finer, M.Fried, E. Mathus-Vliegen, D. Micic, M. Maislos, G. Roman, Y. Schutz, H. Toplak, B. Zahorska-Markiewicz, For the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity, <https://journals.viamedica.pl/eoizpm/article/download/26009/20819>.

⁴⁵ A. Juruć, P. Bogdański, *Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych”, 2010.

behawioralne koncentrujące się na wzmacnianiu prawidłowych nawyków żywieniowych, a także na wypracowaniu rutyny związanej z aktywnością fizyczną oraz podtrzymywania motywacji. Podejście poznawcze związane jest z pracą w zakresie zmiany nieprawidłowych schematów poznawczych, sposobów myślenia na temat jedzenia, diety i stylu życia pozwalając wzmacniać efektywność podjętych działań w zakresie redukcji nadwagi oraz wzmacnianiu efektów terapii odchudzającej poprzez podtrzymywanie motywacji.

Należy podkreślić, że najskuteczniejsze efekty w profilaktyce nadwagi, otyłości i bardzo często powiązanej z nimi cukrzycy przynoszą skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Jednocześnie opublikowany przez WHO raport dotyczący problemów cukrzycy w skali globalnej⁴⁶ podkreśla takie kwestie jak konieczność wczesnego diagnozowania cukrzycy oraz wprowadzanie do świadomości społecznej metod minimalizowania negatywnych skutków cukrzycy. Zgodnie z raportem do najważniejszych elementów należy zaliczyć wsparcie w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania nadmiernego przyrostu masy ciała. Wychodząc naprzeciw rekomendacjom WHO zaplanowane w programie działania zostały skomponowane jako kompleksowy zakres pomocy.

W redukcji masy ciała istotne jest zarówno odpowiednio zbilansowana dieta, jak i wzmożona aktywność fizyczna. Jednocześnie w proces wychodzenia z nadwagi czy otyłości bardzo często nieodzowne jest wsparcie psychologiczne. Szeroko zakrojone działania są powszechne w wielopłaszczyznowych programach, których celem jest przeciwdziałanie nadwadze i otyłości. Między innymi o podejściu takim mowa w *Europejskiej Karcie Walki z Otyłością*⁴⁷, przyjęto je w *Narodowym Programie Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności fizycznej na lata 2007-2011 POL-Health*⁴⁸, a także będzie w dalszym ciągu kontynuowane w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020*⁴⁹.

Zaplanowana w Programie interwencja opiera się na postulatach europejskich, a także na założeniach realizowanych w ogólnokrajowych programach walki z nadwagą i otyłością.

⁴⁶ Global report on diabetes, World Health Organization, France 2016.

⁴⁷ Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).

⁴⁸ Program opracowany we współpracy z WHO i Komisją Europejską zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia.

⁴⁹ Program w trakcie zatwierdzania.

V Koszty

a. Koszty jednostkowe.

Ceny jednostkowe, na podstawie których wyliczono całościowy koszt Programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia oraz średnich cen badań, które realizują laboratoria medyczne na terenie województwa opolskiego. W Programie wystąpią również koszty związane z organizacją przedsięwzięcia – tzw. koszty pośrednie oraz koszty działań informacyjno-edukacyjnych. Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w *Wytycznych horyzontalnych w zakresie kwalifikowalności*⁵⁰.

Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 4 500 000 euro (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maks. 9,5%) oraz wkładu własnego beneficjenta (min. 5,5%). Zgodnie z Planem działania w sektorze zdrowia na rok 2015 w ramach Regionalnego *Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020* całościowa alokacja na program wynosi **22 605 353 PLN** (wg kursu euro przyjętego dla przedmiotowego Planu działania)⁵¹.

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Opolskiego na lata 2014-2020. Ścieżka interwencji w ramach etapu II dla poszczególnej osoby zostanie dostosowana do jej indywidualnych potrzeb. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet odpowiadający na zdiagnozowane deficyty.

Kosztorys

Działania informacyjno- edukacyjne

Działania realizowane na wszystkich etapach Programu= **4 965 329 PLN**⁵²

w tym np. kampanie medialne, spotkania, pikniki, pogadanki edukacyjne, warsztaty,

⁵⁰ *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków ...*

⁵¹ Przedstawiono całościowy kosztorys Programu dla województwa, który będzie realizowany od 2016 do 2020 roku. Kwota alokacji w euro, wynikająca z Programu jest stała. Całościowy koszt Regionalnego Programu Zdrowotnego wskazany w PLN jest szacunkowy, będzie on ponownie przeliczany na etapie harmonogramu naborów wniosków o dofinansowanie, ogłoszenia o konkursie i podpisywaniu umów.

⁵² Wartość szacunkowa. Na etapie ogłoszenia o konkursie zostanie wskazany procent wartości projektu, jaki beneficjenci będą mogli przeznaczyć na działania informacyjno-edukacyjne.

poradnictwo/szkolenia, ewentualne wykorzystanie nowoczesnych narzędzi przekazu podnoszących świadomość oraz służących wprowadzeniu prawidłowych nawyków żywieniowych, w tym działania realizowane w ramach:

- „Edukacji na sportowo” = **300 000,00 PLN**

Działania organizacyjne (koszty pośrednie) = 2 948 524 PLN

Działania administracyjne związane z obsługą projektu. Katalog kosztów oraz ich wysokość musi być zgodna z *Wytycznymi horyzontalnymi w zakresie kwalifikowalności*. Wysokość kosztów szacunkowa. Ostatecznie będzie uzależniona od wartości poszczególnych projektów. Wysokość kosztów pośrednich regulują przedmiotowe wytyczne⁵³.

Etap I badania przesiewowe

Przeprowadzenie badań przesiewowych wraz ze wstępną klasyfikacją do dalszego etapu

Programu = koszt jednostkowy uśredniony **20 PLN/osoba**

Badania przesiewowe w kierunku cukrzycy = koszt jednostkowy uśredniony **10PLN/osoba**

Etap II Multikomponentowa opieka nad osobą z nadwagą i otyłością

Tabela nr 8. Podstawowe koszty etapu II

I.p.	Działania	Koszt jednostkowy – średnia wartość
1.	Warsztat edukacyjno dietetyczny	80 PLN
2.	Działania związane z rozwojem osobowości – (warsztaty behawioralno-poznawcze)	100 PLN
3.	Aktywność fizyczna grupowa	20 PLN
4.	Aktywność fizyczna indywidualna	80 PLN
5.	Badanie składu masy ciała	20 PLN
6.	Konsultacje indywidualne (np. fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk)	50 PLN
7.	Monitoring w zakresie indywidualnego wsparcia w ramach programu zwalczania nadwagi i otyłości (po 6 miesiącach i po 12 miesiącach od zakończenia udziału w interwencji)	80 PLN

Źródło: Opracowanie własne.

⁵³ Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków...

Źródła finansowania.

Program będzie finansowany ze środków i na zasadach określonych dla *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020*.

Na jego realizację przeznaczono środki Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 4 500 000 euro (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maks. 9,5%) oraz wkładu własnego beneficjenta (min. 5,5%).

Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Prowadzenie skoordynowanych działań w zakresie profilaktyki przewlekłych chorób poprzez zapobieganie nadwadze, otyłości oraz cukrzycy przyniesie wymierne korzyści finansowe w dalszej perspektywie czasowej. Między innymi dzięki upowszechnieniu aktywnego, zdrowego stylu życia oraz przedsięwzięć mających na celu redukcję i kontrolę masy ciała możemy w województwie uzyskać zmniejszenie zachorowalności na przewlekłe choroby, inwalidztwa oraz mniejszą liczbę przedwczesnych zgonów. Proponowane w ramach Programu działania – ich zakres, zastosowane instrumenty, sposób realizacji oraz czynności informacyjne i edukacyjne pozwalają na objęcie nim w sposób kompleksowy istotną dla Opolszczyzny grupę docelową. Dorośli/dzieci, w tym również osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem, niejednokrotnie ze względów świadomościowych lub finansowych nie podejmują działań mających na celu wyeliminowanie zagrożeń dla zdrowia (tj. np. nadwaga/otyłość). Uczestnicy Programu zostaną objęci opieką równocześnie przez różnych specjalistów, co znacznie wzmocni efektywność świadczonych w Programie usług. Bardzo ważnym aspektem tego procesu jest również zidentyfikowanie na szeroką skalę osób z nadwagą, chorych lub zagrożonych otyłością/cukrzycą i zaoferowanie im kompleksowej pomocy w zapobieganiu/leczeniu objawów w ramach poszczególnych etapów Programu lub działań informacyjno-edukacyjnych. Podejmowane w ramach Programu działania są uzupełnieniem usług finansowanych przez NFZ. Między innymi niska aktywność fizyczna i zaniedbania w zakresie wychowania fizycznego realizowanego w szkole powodują, że duży odsetek dzieci i młodzieży powinien uczestniczyć w zajęciach kompensacyjno-rehabilitacyjnych. Niestety w województwie opolskim stale mamy do czynienia z długim oczekiwaniem w kolejce na realizację świadczeń finansowanych z NFZ w tym obszarze. Obecnie czas oczekiwania na przyjęcie do rehabilitanta, w przypadku dzieci i młodzieży, wynosi około 8 miesięcy.

Atutem proponowanego Programu jest wprowadzenie elementów edukacyjno-informacyjnych budujących samoświadomość osób potencjalnie zagrożonych rozwinięciem

chorób cywilizacyjnych, szczególnie w zakresie aktywności fizycznej oraz diety (konsultacje i praktyczne działania warsztatowe pozwolą na rozwinięcie świadomości z zakresie podstaw zdrowego żywienia).

Zakres poszczególnych etapów pozwoli na zmniejszenie kosztów społecznych, ekonomicznych w obrębie dwóch grup wiekowych stanowiących istotny element obecnego i przyszłego rynku pracy. Ponadto działania Programu zapobiegą ewentualnym przyszłym nakładom finansowym publicznego systemu ochrony zdrowia m.in. na rzecz długoterminowej opieki, leczenia przewlekłych schorzeń, powikłań zdrowotnych wynikających m.in. z otyłości oraz cukrzycy. Możliwe jest to dzięki planowanemu zakresowi Programu, który uwzględnia wczesną identyfikację osób zagrożonych lub chorych, działania profilaktyczne, usługi medyczne, informację i edukację budujące i utrwalające pozytywne postawy i nawyki dla prowadzenia zdrowego stylu życia. Co ważniejsze w szerszym, niż akceptowalny przez NFZ zakresie. Prowadzenie skoordynowanych działań w zakresie profilaktyki nadwagi/otyłości/cukrzycy realizowane w ramach współpracy różnego rodzaju podmiotów przyczyni się do obniżenia kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Samorząd Województwa Opolskiego widząc wyraźne braki w realizacji skoordynowanych działań mających na celu przeciwdziałanie postępującemu w społeczeństwie zjawisku otyłości i nadwadze, finansowanych ze środków NFZ, dostrzegł pilną potrzebę wdrożenia Regionalnego Programu Zdrowotnego w tym obszarze. Tym samym, w trosce o kondycję zdrowotną mieszkańców regionu oraz w związku z tym, że NFZ nie finansuje zadań związanych z edukacją i działaniami profilaktycznymi związanymi z redukowaniem nadwagi i otyłości postanowiono działanie takie umieścić w *Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Opolskiego na lata 2014-2020*. Koszty realizacji projektu zostały skalkulowane w oparciu o informacje przekazane przez podmioty medyczne realizujące podobne projekty oraz w niektórych przypadkach o ceny wolnorynkowe.

VI Monitorowanie i ewaluacja

Ocena Programu obejmować będzie między innymi ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w Programie oraz ocenę jego skuteczności (polegającą na porównaniu stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym). Ewaluacja zostanie przeprowadzona na poziomie Programu a nie na poziomie realizacji poszczególnych projektów⁵⁴. Będzie ona opierać się m.in. na informacjach pozyskanych

⁵⁴ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020*, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Ponadto beneficjenci będą zobowiązani do przeprowadzenia ankiet informujących o poziomie zadowolenia adresatów Programu objętych realizacją danego projektu, co będzie stanowiło element oceny realizacji Programu na jego zakończenie. System ten oparty będzie również na danych pochodzących ze statystyki publicznej. Zarząd Województwa Opolskiego będzie koordynować postęp realizacji Programu w oparciu o informacje przedstawione przez beneficjentów, w tym Rad funkcjonujących w ramach prowadzonych projektów.

a. ocena zgłaszalności do Programu.

Ocena zgłaszalności do Programu (etap I) będzie monitorowana i oceniana na podstawie dokumentu potwierdzającego udział osoby w pierwszej - bezpośredniej formie wsparcia np. badaniu przesiewowym. W oparciu o obowiązki sprawozdawcze nałożone na beneficjenta w umowie o dofinansowanie projektu, beneficjent wypracuje ze swoimi partnerami system wewnętrznego monitorowania projektu, który będzie służył między innymi ocenie zgłaszalności do Programu.

W ramach etapu I efektywność zgłoszeń szacowana jest na około 80% populacji dzieci i 60% populacji osób dorosłych zamieszkujących województwo opolskie w odniesieniu do grup wiekowych kwalifikujących się do udziału w Programie.

Zgłaszalność do dalszego etapu Programu będzie monitorowana w oparciu o bezpośredni kontakt z wytypowanymi rodzicami/uczniami/osobami dorosłymi oraz dzięki wsparciu pracowników szkół, w szczególności nauczycieli.

Beneficjenci w zakresie monitorowania Programu gromadzić będą m.in. dane dotyczące:

- liczby zrekrutowanych uczestników,
- procentu uczestników którzy zakończyli udział w Programie,
- procentu osób kontynuujących działania po 6 i 12 miesiącach od zakończenia interwencji,
- procentu uczestników, u których zanotowano spadek masy ciała i/lub zmniejszenie talii,

Ponadto w stosunku do uczestników etapu II monitorowaniu będą podlegały:

- procentowe zmiany masy ciała, wskaźników BMI oraz talii w przypadku osób dorosłych

- procent uczestników, którzy dokonali zmiany w nawykach żywieniowych, siedzącym trybie życia oraz w zakresie samooceny.

Monitoring będzie prowadzony po 6 i 12 miesiącach od zakończenia udziału danej osoby w interwencji. Wskazane jest również monitorowanie przyczyn braku uczestnictwa osób w Programie (dotyczy osób które zostały zaproszone do uczestnictwa, i z niego nie skorzystały w celu zdiagnozowania istniejących barier.

b. ocena jakości świadczeń.

Ze względu na bardzo duży odsetek populacji objętej badaniami przesiewowymi oraz w związku z krótkim czasem oddziaływania na danego uczestnika - w I etapie Programu nie planuje się oceny jakości świadczeń, lecz weryfikację realizowanych działań na podstawie zgłaszalności do Programu.

Ocena jakości świadczeń przeprowadzona zostanie na dalszym etapie Programu i wykonana na podstawie ankiet dotyczących zadowolenia świadczeniobiorców, wypełnianych przez uczestników po zakończeniu udziału w interwencji.

W ramach oceny jakości Programu przewidziany jest regularny nadzór merytoryczny beneficjenta nad realizowanymi działaniami. W tym celu beneficjent powoła Radę, która będzie odpowiadała za jakość merytoryczną prowadzonych interwencji. Do oceny jakości będą brane pod uwagę spostrzeżenia personelu realizującego Program.

c. ocena efektywności Programu

Ocena efektywności Programu zostanie przeprowadzona na podstawie analizy i porównania stanu pierwotnego z końcowym w zakresie zmniejszenia się liczby osób posiadających nadmierną masę ciała.

Głównym miernikiem efektywności interwencji będzie poprawa BMI u osób włączonych do Programu. Dodatkowo o jego skuteczności będzie świadczyło zmniejszenie obwodu talii oraz zwiększenie poziomu aktywności fizycznej.

Szczegółowe podsumowanie wyników interwencji (dokonane na bazie mierników zdefiniowanych w Programie), w tym rozliczenie finansowe oraz ocena efektywności realizowanych działań przedstawione zostanie przez beneficjenta w ramach nałożonych obowiązków sprawozdawczych, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie projektu.

VII Okres realizacji Programu

Realizacja Programu będzie trwała od 2016 do 2020 roku.