

**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród
dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gieraltowice
na lata 2023-2026**

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

Gieraltowice, 2023

1. **Nazwa programu:**

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gierałtowiec na lata 2023-2026

2. **Okres realizacji programu:** 2023-2026

3. **Autor programu:**

CHILICO – Karolina Sobczyk

dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

dr hab. n. o zdrowiu Joanna Woźniak-Holecka

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację „Programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gierałtowiec na lata 2018-2022”, realizowanego na podstawie Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 17/2018 z dnia 1 lutego 2018 r.

5. **Dane kontaktowe:**

Gmina Gierałtowiec

ul. Ks. Roboty 48

Tel: (32) 30 11 314

E-mail: uzajac@gieraltowice.pl

6. **Data opracowania programu:** maj 2023 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	6
3. Opis obecnego postępowania	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	8
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	9
1. Cel główny	9
2. Cele szczegółowe:	9
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	9
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	10
1. Populacja docelowa.....	10
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	10
3. Planowane interwencje.....	10
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	14
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	15
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	16
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	16
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	16
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	18
1. Monitorowanie	18
2. Ewaluacja	18
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	19
1. Koszty jednostkowe:	19
2. Planowane koszty całkowite:	19
3. Źródło finansowania.....	19
Załączniki	21

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to poszerzają one swoją objętość (oba zjawiska występują w populacji dzieci równocześnie)¹. Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a powstawanie otyłości to zazwyczaj proces długotrwały, gdzie na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że tylko 5% otyłości jest warunkowana genetycznie, a w pozostałych przypadkach wynika ona z przyczyn pozagenowych, takich jak: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym oraz nawyki żywieniowe w późniejszym okresie².

Wyróżnia się dwa typy otyłości, cechujące się odmiennym ryzykiem powikłań i zapadalności na choroby cywilizacyjne. Typ brzuszny (androidalny, centralny, wisceralny, tzw. typ „jabłko”) charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy zaotrzewnowej i związany jest z większym ryzykiem rozwoju powikłań naczyniowo-sercowych oraz zespołu metabolicznego i niektórych nowotworów. Typ pośladkowo-udowy (gynoidalny, obwodowy, tzw. typ „gruszka”) wiąże się z lokalizacją tkanki tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków i występuje częściej u kobiet. Fizjologicznie, w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, dominuje obwodowy typ otłuszczenia, który wraz z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku typu centralnego³. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu ma związek z niekorzystnym profilem lipidowym i stężeniem lipoprotein, wyższym ciśnieniem tętniczym, miażdżycą, a także większą masą lewej komory serca. Krytycznym okresem dla rozwoju otłuszczenia ogólnego i kształtowania się rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie jest dojrzewanie. Szybkość i sposób redystrybucji tkanki tłuszczowej różni się w zależności od płci, u dziewcząt tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest głównie w dolnej połowie ciała (biodra, pośladki) i jej masa rośnie z wiekiem aż do zakończenia okresu

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

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

³ Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. Nutritional J 2007, 9: 345-356.

dojrzewania, natomiast u chłopców mamy do czynienia z bardziej centralnym typem otyłości (głównie górna połowa ciała: kark, ramiona, podbrzusze)⁴.

Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u dzieci uważa się m.in. występowanie otyłości u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)⁵, co ma związek z dietą realizowaną w gospodarstwie domowym oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców. Coraz częstsze występowanie otyłości wiąże się z przesunięciem czasu jej pojawienia się u młodszych grup wiekowych. Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród dzieci to m.in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat zapowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w wieku 12 lat zapowiada aż w 75% otyłość w wieku dojrzałym), nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, dodatkowo problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)⁶.

Ocena stopnia otyłości u dzieci i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej⁷. Nadwagę i otyłość w tej grupie wiekowej diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała) w oparciu o siatki centylowe, umożliwiające ocenę rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży od urodzenia do 19 lat. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w przypadku dzieci i młodzieży BMI pomiędzy 90-97 centylem oznacza nadwagę, a powyżej 97 centyla - otyłość, wg WHO u dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat nadwaga definiowana jest jako >85 centyla BMI a otyłość >97 centyla BMI⁸. Otyłość stwierdza się także na podstawie stopnia otyłości, gdzie w przypadku dzieci stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów⁹. Większość (90%)

⁴ Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.

⁵ Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician*. 2006; 52: 322–328.

⁶ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219.

⁷ Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69.

⁸ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%81c%81-Recommendacje.pdf>.

⁹ Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2002; 1: 17.

wszystkich przypadków u dzieci cechuje otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych, takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół Cushinga lub chorób ośrodkowego układu nerwowego, np. ciężkiego uszkodzenia mózgu z brakiem aktywności ruchowej¹⁰.

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

2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Raport The International Obesity Task Force opracowany w roku 2008 wskazuje, że co piąte europejskie dziecko ma nadwagę lub jest otyłe, a co roku przybywa około 400 000 nowych przypadków nadwagi i otyłości dziecięcej¹¹. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że otyłych jest już 15 milionów dzieci i nastolatków (10% populacji) a nadwaga to najpowszechniej występujący problem zdrowotny wieku dziecięcego w Europejskim Regionie WHO¹².

W krajach Europy Zachodniej odsetek otyłych chłopców i dziewcząt w wieku 15 lat wynosi odpowiednio: 5,1% i 4,4% w Austrii, 5,2% i 5,8% w Belgii, 3,2% i 6,5% w Danii, 2,7% i 4% we Francji, 5,4% i 5,1% w Niemczech. W krajach Europy Południowej odsetki te są wyższe, na przykład w Grecji wynoszą 10,8% i 5,5%, a w Portugalii – 5,2% i 6,7%. Częstość nadwagi w populacji 15-latków w wymienionych krajach jest zdecydowanie wyższa niż występowanie otyłości. Największy odsetek nadwagi u dzieci występuje w Grecji, u 8,9% chłopców i u 16,4% dziewcząt¹³.

W 2019 r. w Polsce przeprowadzono 251 programów z zakresu nadwagi i otyłości, których działaniem objęto ok. 41 tys. osób, z czego w województwie śląskim liczba osób

¹⁰ Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit. str. 614.

¹¹ <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.6379&rep=rep1&type=pdf> (dostęp 15.05.2023).

¹² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (dostęp z dnia 15.05.2023).

¹³ Speiser P.W., Rudolf M.C., Anhalt H., et al.: Childhood obesity. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005, 90(3), 1871-1887.

objętych programem z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wyniosła w tym roku średnio 1 111 osób¹⁴. W zakresie rekomendacji odniesiono się do podejmowania inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie, upowszechniania w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz prowadzenia działalności informacyjno-edukacyjnej oraz podjęcia skutecznych działań z zakresu promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości, w szczególności wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży¹⁵.

Sytuacja w Polsce jest równie niepokojąca, nadwagę lub otyłość obserwuje się najczęściej już u 10-letnich chłopców (22,4%) oraz 9-letnich dziewczynek (22,4%). W grupie nastolatków w wieku 13-15 lat, nadwaga lub otyłość dotyczy 14,2-19,3% chłopców oraz 12,8-14,2% dziewczynek. Wśród starszej młodzieży (16-18 lat) odsetek osób z nadwagą lub otyłych jest niższy i wynosi – u chłopców od 13,6 do 18%, a wśród dziewcząt od 9,1 do 10,9%¹⁶. Jak wykazały badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Otyłości, problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ok. 12-14% dzieci w Polsce i wykazuje zróżnicowanie regionalne¹⁷. Wg danych Instytutu Żywności i Żywienia województwo śląskie zamieszkuje około 16,5% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą i otyłością i jest to w skali kraju poziom niski¹⁸.

Obecnie na fakt zwiększania się odsetków nadwagi i otyłości w polskim społeczeństwie, niebagatelny wpływa ma również trwająca pandemia COVID-19. Konieczność izolacji społecznej, ograniczenie kontaktów międzyludzkich, okresowy brak dostępu do infrastruktury obiektów sportowych i lasów, dodatkowo stres wynikający z lęku o przyszłość i konieczność nauki i pracy zdalnej, nie sprzyjają utrzymywaniu masy ciała w normie, zarówno u dzieci, jak i osób w podeszłym wieku.

¹⁴ MPZ na lata 2022-2026, http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf (dostęp 15.05.2023)

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ <http://www.medonet.pl/zdrowie/zaburzenia-odzywiania,epidemia-otylosci,artykul,1671854.html> (dostęp z dnia 15.05.2023).

¹⁷ Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011. Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej 2007.

¹⁸ <http://www.izz.waw.pl/pl/> (dostęp 15.05.2023).

3. Opis obecnego postępowania

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

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

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

Ponadto zakres programu jest zgodny z:

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025¹⁹, *cel operacyjny 1: profilaktyka nadwagi i otyłości*;
- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁰ – *priorytet 3: przeciwdziałanie występowaniu otyłości*.
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa śląskiego²¹ - *priorytet 3. wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym; priorytet 6. zmniejszenie dynamiki rozwoju chorób cywilizacyjnych, w szczególności chorób metabolicznych, cukrzycy, otyłości, alergii oraz rozwój kompleksowej opieki nad osobami z ww. schorzeniami*.

¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 po. 469].

²¹ Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej – województwo śląskie. Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 2016.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych zamieszkałych w Gminie Gierałtowiec poprzez regularne badania antropometryczne, zmianę nawyków żywieniowych dzieci i rodziców oraz poszerzanie wiedzy i świadomości zdrowotnej na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci.

2. Cele szczegółowe:

- 1) zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu racjonalnej diety wśród dzieci i rodziców w efekcie odbytych porad dietetycznych;
- 2) zwiększenie częstości stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej przez dzieci wśród dzieci i rodziców w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej;
- 3) poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości dzieci w klasach III szkół podstawowych w Gminie Gierałtowiec;
- 4) poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości rodziców/opiekunów prawnych dzieci w klasach III szkół podstawowych w Gminie Gierałtowiec.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- a) BMI skorygowane o wiek i płeć w postaci centylów (pomiar po zakończeniu interwencji, po 6 miesiącach oraz po roku od zakończenia programu).
- b) Liczba rodziców, u których zwiększyła się wiedza z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy z zakresu prawidłowego sposobu żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście).
- c) Liczba rodzin, w których zmieniono nawyki żywieniowe na zgodne z zasadami prawidłowego żywienia (liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi nawyków żywieniowych zgodnych z zasadami prawidłowego żywienia (ocena co najmniej dobra oznacza uzyskanie 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście).

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do ok. 460 dzieci z roczników 2014-2016 (tabela I) oraz co najmniej jednego rodzica/opiekuna prawnego każdego z dzieci (ok. 460 osób). W ramach badania przesiewowego planuje się objąć programem 100% populacji docelowej dzieci.

Tab. I. Populacja docelowa uczestników programu.

Rok trwania programu	2023/24	2024/25	2025/26	2013-2026
Rok urodzenia dziecka	2014	2015	2016	2014-2016
Liczba dzieci	150	140	168	458
Liczba rodziców/opiekunów	150	140	168	458

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

Program jest skierowany do dzieci uczęszczających do klas III szkoły podstawowej i ich rodziców/opiekunów prawnych którzy spełniają następujące kryteria:

- zameldowanie lub inny dokument potwierdzający fakt pozostawania mieszkańcem Gminy Gierałtowiec;
- rok urodzenia dziecka: 2014 w pierwszym roku trwania programu, 2015 w drugim roku trwania programu, 2016 w trzecim roku trwania programu;
- wyrażenie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych dziecka na udział w programie;
- brak uprzednich świadczeń z zakresu leczenia nadwagi i otyłości w ramach NFZ.

Wcześniejsze objęcie dziecka z nadwagą lub otyłością specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ stanowi kryterium wyłączenia z programu.

3. Planowane interwencje

1) Badanie przesiewowe całej populacji dzieci klas III Gminy Gierałtowiec w oparciu o badania antropometryczne, w celu wyłonienia populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Nadwaga lub otyłość będzie diagnozowana na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w oparciu o siatki centylowe. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$), BMI pomiędzy 90-97 centylem oznaczać będzie nadwagę, a powyżej 97 centyla – otyłość.

Badania zostaną przeprowadzone z zachowaniem prawa do intymności przez pielęgniarki środowiskowe/higienistki szkolne w szkołach na terenie Gminy;

2) Cykl 5 porad psychodietetycznych dla wyłonionych w pierwszym etapie osób, odbywających się w cyklu 2:4:6:8:10, realizowanych w placówkach POZ lub gabinetach dietetycznych, wyłonionych w drodze konkursu na realizatora programu, szacowana populacja wynosi ok. 10% całości (na pierwszej wizycie będzie przeprowadzony wywiad żywieniowy oraz dokonany pomiar masy ciała. W ciągu 1 tyg. od wizyty rodzice otrzymają jadłospis przygotowany dla dziecka. Po 2 miesiącach od pierwszej wizyty następuje pierwsza wizyta kontrolna, następna po 4, 6 i 8 miesiącach od pierwszej wizyty i ostatnia finansowana w programie po 10 miesiącach od 1 wizyty);

3) Pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich dzieci objętych 2-etapem badania, celem monitorowania wskaźników BMI wykonywane przez psychodietetyka w trakcie porady dietetycznej;

4) Dwukrotne pomiary populacji objętej interwencją dietetyczną, pół roku po zakończeniu programu i rok po zakończeniu, wykonywane przez higienistkę szkolną/pielęgniarkę środowiskową.

5) Edukacja żywieniowa adresatów programu:

- cykl wykładów/szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 3 miesiące, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych dla grup około 60-osobowych, w szkołach posadowionych na terenie Gminy. Szkolenia będą miały formę prelekcji ustnej opartej o prezentację multimedialną upowszechniających wiedzę na temat zdrowego żywienia, zapobiegania nadwadze i otyłości, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, utrzymywania wysokiego poziomu motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała;
- cykl wykładów/szkoleń całej populacji dzieci z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące, realizowanych w formie godziny wychowawczej lub dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, szkolenia będą miały charakter warsztatowy (np. zabawy ruchowe, komponowanie prawidłowych posiłków, zdrowe alternatywy przekąsek itp.);
- realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranym podmiocie leczniczym, szkołach podstawowych oraz Urzędzie Gminy Gierałtowice, a także za

pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek (kształtowanie prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczność podejmowania regularnej aktywności fizycznej, zapobieganie nadwadze i otyłości, kształtowanie motywacji w procesie redukcji nadmiernej i utrzymywaniu prawidłowej masy ciała).

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Instytucje kształtujące politykę zdrowotną wyraźnie wskazują na konieczność działań interwencyjnych związanych z zagrożeniem otyłością. Podobne zalecenia rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwracając uwagę na fakt, że nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym w Europejskim Regionie WHO. Dzięki upowszechnieniu aktywnego, zdrowego stylu życia oraz przedsięwzięć mających na celu redukcję i kontrolę masy ciała, możemy uzyskać zmniejszenie zachorowalności na choroby przewlekłe, inwalidztwa oraz niższą liczbę przedwczesnych zgonów z powodu powikłań otyłości²². Profilaktykę otyłości rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

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

W redukcji masy ciała istotne jest zarówno odpowiednio zbilansowana dieta, jak i wzmożona aktywność fizyczna, dodatkowo nieodzowne jest wsparcie społeczne i psychologiczne. Najskuteczniejsze efekty w profilaktyce nadwagi, otyłości przynoszą

²² Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, <http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Oty%C5%82os%C5%81c%C5%81-Rekomendacje.pdf>, stan na dzień 19.04.2016r. (dostęp z dnia 15.05.2023).

skorelowane ze sobą działania ujęte w kompleksowym programie. Zgodnie z rekomendacjami WHO²³ do najważniejszych elementów należy zaliczyć: wsparcie w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania nadmiernego przyrostu masy ciała. Zaplanowane w programie działania zostały skomponowane jako kompleksowy zakres pomocy. Na poziomie europejskim podobne zalecenia zawiera EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020²⁴. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością zalecane przez Konsultanta Medycyny Rodzinnej²⁵, również podkreślają wagę kształtowania właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie.

Niezbędnym elementem postępowania jest wsparcie psychologiczne mające na celu wzmacnianie motywacji do zmiany zachowań żywieniowych, stosowanie strategii terapeutycznej w procesie redukcji masy ciała, zapobieganie zaburzeniom żywieniowym itp.²⁶. Każdorazowo program redukcji masy ciała powinien być skoordynowany wraz z edukacją zdrowotną, w tym żywieniową. Działania edukacyjne pełnią kluczową rolę w każdej strategii profilaktyki zdrowotnej. Ich celem jest podniesienie świadomości zdrowotnej i wykształcenie odpowiednich zachowań profilaktycznych i nawyków żywieniowych u osób starszych, dzieci i młodzieży, jak również wśród ich rodziców.

Dzieci, u których zdiagnozowano otyłość prostą lub wtórną, należy kierować do leczenia specjalistycznego, które powinien prowadzić zespół terapeutyczny złożony z lekarza pediatry, dietetyka, psychodietetyka lub psychologa, edukatora zdrowia oraz rehabilitanta (fizjoterapeuty). Program leczenia powinien cechować się kompleksowością i być nastawiony na uzyskanie trwałych zmian trybu życia i sposobu żywienia dziecka, a często też całej jego rodziny. Stosowane zalecenia (zwłaszcza dietetyczne) muszą być ściśle zależne od wieku dziecka, stopnia otyłości, występowania innych chorób, w tym powikłań otyłości, należy pamiętać o utrzymywaniu wysokiego poziomu motywacji pacjenta do zmiany²⁷. W populacji dzieci nie stosuje się restrykcyjnych diet redukcyjnych, a rekomenduje się stopniową zmianę

²³ Europejska Karta Walki z Otyłością podpisana podczas Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością (15-17.11.2006 r.).

²⁴ EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 24.02.2014.

²⁵ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

²⁶ Waller G et al., Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, A Comprehensive Treatment Guid, Cambridge University Press 2011, Redaktor naukowy wydania polskiego: M. Gałuszko-Węgielnik

²⁷ <http://pediatria.mp.pl/zywienie/73883,otylosc-i-zespol-metaboliczny-u-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp z dnia 15.05.2023)

nawyków żywieniowych, poprawę jakości spożywanych produktów i ewentualnie ograniczanie podaży energii w diecie (dieta normoenergetyczna)²⁸.

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

Wzrost częstości zachorowań na otyłość powoduje zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 10 krajach Europy Zachodniej wykazały, że koszt opieki zdrowotnej związanej z otyłością wynosi 10,4 bilionów euro. W zależności od kraju koszty te wynosiły od 0,09% do 0,61% produktu krajowego brutto. Zachorowania na otyłość powodują również zwiększenie tzw. kosztów pośrednich obejmujących utratę produktywności chorych, koszty zwolnień lekarskich, rent, przedwczesnych emerytur, opieki sprawowanej nad chorymi przez bliskich i przedwczesną śmiertelność²⁹.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Porady dietetyczne będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym lub gabinecie dietetycznym. Przeprowadzona akcja edukacyjna obejmie wykłady z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej w odniesieniu do prewencji nadwagi i otyłości w wieku młodzieńczym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy porad żywieniowych. O kwalifikacji do 2 etapu programu będzie decydować wynik pomiarów antropometrycznych oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie.

²⁸ Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego...op. cit.

²⁹ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), Zasady postępowania... op. cit.

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

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

- w przypadku ukończenia pełnego cyklu programu:
 - zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała dziecka, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości;
 - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 5);
 - kończy udział dziecka w programie.
- w przypadku nie ukończenia pełnego cyklu programu, zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie (zwiększone ryzyko powikłań otyłości, konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne nadmiernej masy ciała w wieku młodzieńczym).

Organizator zapewnia monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do 2 etapu programu: po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2023);
- 2) uchwalenie programu przez Radę Gminy Gierałtowiec (II-III kwartał 2023);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów, spełniających kryteria wskazane w dalszej części projektu (II-III kwartał 2023);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu do III kwartał 2023;
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2023-2026):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - porady;
 - akcja edukacyjna;
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (II kwartał 2026):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów;
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2027).

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

Koordinatorem programu będzie Gmina Gierałtowiec. W programie wezmą udział podmioty wykonujące działalność leczniczą lub przedsiębiorcy prowadzący działalność gospodarczą, którzy zobowiążą się na dzień rozpoczęcia realizacji programu zatrudnić wskazanych poniżej specjalistów:

- Dietetyk i psycholog (ew. psychodietetyk) - Porady dietetyczne zawierające elementy porady o charakterze interwencji behawioralno-poznawczej będą realizowane przez dietetyka oraz psychologa lub psychodietetyka. Dietetyk musi spełniać następujące kryteria: ukończone studia wyższe na kierunku Dietetyka lub Technologia żywienia i żywienia (w stopniu przynajmniej studiów licencjackich). Psycholog musi spełniać następujące kryteria: ukończone studia wyższe na kierunku psychologia.

- Pielęgniarka środowiskowa/higienistka szkolna - pomiarów antropometrycznych w ramach programu będzie dokonywać posiadająca kwalifikacje określone w art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2022 poz. 2561 z późn. zm.).
- Lekarze lub specjaliści dietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia - szkolenia edukacyjne będą realizowane przez lekarzy lub specjalistów dietetyki, psychodietetyki, zdrowia publicznego lub promocji zdrowia, posiadających niezbędną wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1, 2 i 3), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w Programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 849 z późn. zm.], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 666 z późn. zm.], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 866 z późn. zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które ukończyły program prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, będących pod obserwacją w ciągu 6-ciu miesięcy i 1 roku od zakończenia programu przeprowadzona całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które nie ukończyły pełnego cyklu interwencji prowadzona kwartalnie, corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu (załączniki 2, 3);
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 5);
- analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu.

2. Ewaluacja

- cząstkowa – oszacowanie liczby dzieci z nadwagą i otyłością w Gminie Gierałtowiec, coroczna analiza liczby osób biorących udział w programie, coroczna analiza wyników ankiety ewaluacyjnej dot. wiedzy obiorców edukacji zdrowotnej; monitorowanie przyczyn rezygnacji pojedynczych osób z programu (załącznik 1); coroczna analiza efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów (załącznik 4);
- końcowa – ocena stopnia realizacji programu (odsetek objęcia cyklem porad psychodietetycznych), ocena poprawy wskaźnika BMI (przesunięcie się w dół skali centylowej właściwej dla wieku i wzrostu), poprawa diety i aktywności fizycznej, poprawa samooceny zdrowia, identyfikacja ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, natomiast rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej, w oparciu o dane statystyczne dot. odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz liczbą przypadków powikłań otyłości.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe:

- A. **10zł** (dzieci bez nadwagi/otyłości**) – edukacja zdrowotna* (10zł)
- B. **264zł** (dzieci z nadwagą/otyłością) - edukacja zdrowotna (10zł), poradnictwo psychodietetyczne z przykładowym jadłospisem i poradą psychologiczną, w tym min. 5 wizyt w cyklu miesięcznym: 2-4-6-8-10 (5x50zł), pomiary antropometryczne pół roku i rok po zakończeniu programu (2x2zł=4zł),

** pomiary antropometryczne klasy III są rutynowo przeprowadzane w ramach bilansów zdrowia dziecka, będących świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez NFZ

* w kosztach jednostkowych dot. edukacji zdrowotnej dzieci uwzględniono edukację zdrowotną rodziców

2. Planowane koszty całkowite:

Lp.	Rok realizacji	2023/2024	2024/2025	2025/2026
1	Liczba całkowita	150	140	168
2	Rok urodzenia dzieci	2014	2015	2016
3	Szacunkowa liczba dzieci bez nadwagi/otyłości (90% z poz. 1)	135	126	151
4	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci bez nadwagi/otyłości (10zł x poz. 3) (zł)	1 350	1 260	1 510
5	Szacunkowa liczba dzieci z nadwagą/otyłością (10%* z poz. 1)	15	14	17
6	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z nadwagą/otyłością (264zł x poz. 5) (zł)	3 960	3 696	4 488
7	Koszt całkowity (poz. 4 + poz. 6) (zł)	5 310	4 956	5 998

*liczba dzieci w poszczególnych rocznikach została pozyskana z GUS (<https://bdl.stat.gov.pl>)

3. Źródło finansowania

Program finansowany z budżetu Gminy Gierałtowiec.

Załączniki

Załącznik 1

Karta udziału dziecka w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gierałtowiec na lata 2023-2026” (wzór)

Część A

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

II. Dane dziecka/uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / /
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)

III. Zgoda na udział dziecka w programie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na udział mojego dziecka w programie wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Część B

Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

Przyczyna rezygnacji	Podpis rodzica/opiekuna

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej
w Gminie Gierałtowice na lata 2023-2026

Załącznik 2

Wzór prowadzonej elektronicznie dokumentacji uczestnika „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gierałtowice na lata 2023-2026” (wzór)

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Wiek (w latach)	1 pomiar BMI (na początku programu)	2 pomiar BMI (po 6 miesiącach od zakończenia programu)	3 pomiar BMI (po roku od zakończenia programu)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Załącznik 3

Sprawozdanie kwartalne/roczne* realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gierałtowiec na lata 2023-2026” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Gmina Gierałtowiec
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców	Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach	Liczba wykonanych interwencji wśród dzieci	Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach

II. Interwencje profilaktyczne

Liczba udzielonych porad psychodietetycznych	Liczba pomiarów antropometrycznych	Liczba osób które zrezygnowały z uczestnictwa w programie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik 4

Ankieta oceny efektywności programu w opinii rodziców/opiekunów „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gierałtowiec na lata 2023-2026” (wzór)

1. Poprawa sposobu żywienia dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

2. Poprawa aktywności fizycznej dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

3. Poprawa samooceny dziecka po programie

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkoły podstawowej w Gminie Gierałtowiec na lata 2023-2026”

I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty:

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

II. Ocena porady psychodietetycznej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychodietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji nt. prawidłowego sposobu żywienia dziecku?					

III. Ocena warunków panujących w gabinecie:

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

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--