

**UCHWAŁA NR 230/VI/2019
RADY MIASTA LUBLIN**

z dnia 26 kwietnia 2019 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej na lata 2019-2021 w zakresie
zdrowego odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych w Lublinie
„Jedz z głową”**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506), art. 7 ust. 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) - Rada Miasta Lublin uchwala, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się Program Polityki Zdrowotnej Gminy Lublin na lata 2019-2021 w zakresie zdrowego odżywiania dla dzieci klas I-III szkół podstawowych w Lublinie „Jedz z głową” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Lublin.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta Lublin

Jarosław Pakuła



**Program Polityki Zdrowotnej
Gminy Lublin
na lata 2019-2021**

w zakresie

**zdrowego odżywiania
dla dzieci klas I-III szkół podstawowych
w Lublinie**

„Jedz z głową”

Lublin 2019

Urząd Miasta Lublin
Wydział Zdrowia i Profilaktyki

Spis treści

Spis treści.....	2
Słowniczek.....	4
1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	5
1.1 Opis problemu zdrowotnego.....	5
1.2. Dane epidemiologiczne.....	7
1.3. Opis obecnego postępowania.....	21
2. Cele programu.....	24
2.1 Cel główny.....	24
2.2 Cele szczegółowe.....	24
2.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	24
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	26
3.1 Populacja docelowa.....	26
3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	28
3.3 Planowane interwencje.....	29
3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	29
3.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	32
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	33
4.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	33
4.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	40
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	41
5.1 Monitorowanie.....	41
5.2 Ewaluacja.....	42
6. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	44
6.1 Koszty jednostkowe.....	44

6.2 Koszty całkowite.....	45
6.3 Źródła finansowania.....	46
7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów.....	47
8. Bibliografia:.....	54

Słowniczek

Program – program polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.).

Kryteria włączenia – warunki, które konieczne należy spełnić, aby wziąć udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

Kryteria wyłączenia – warunki/zmienne, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

Organizator programu polityki zdrowotnej – Wydział Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin.

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

1.1 Opis problemu zdrowotnego

Zdrowa dieta pomaga chronić przed niedożywieniem we wszystkich jej aspektach, a także przed chorobami niezakaźnymi w tym cukrzycą, chorobami serca, udarem oraz nowotworem [1]. Brak aktywności fizycznej w połączeniu z niezdrową dietą stanowi globalne zagrożenie dla zdrowia. Zdrowe praktyki dietetyczne powinny rozpocząć się na wczesnym etapie życia. Pobór energii (kalorie) winien być zrównoważony z wydatkiem energetycznym. Całkowita zawartość tłuszczu według dowodów naukowych nie powinna przekroczyć 30% całkowitego poboru energii, w celu uniknięcia niezdrowego przybierania na wadze [2,3,4] ze zmianą spożycia tłuszczów nasyconych na tłuszcze nienasycone [4], oraz eliminacją tłuszczu trans [5]. Częścią zdrowej diety jest również ograniczenie spożycia cukrów do mniej niż 10% całkowitego poboru energii [3,6]. Zmniejszenie do mniej niż 5% całkowitego poboru przyczyni się dodatkowym korzyściom zdrowotnym [6]. W przypadku soli utrzymywanie jej spożycia poniżej 5 g dziennie pomoże w zapobieganiu nadciśnieniu tętniczemu, a także zmniejszy ryzyko chorób serca i udaru u osób dorosłych [7]. Państwa członkowskie WHO przystąpiły na ograniczenie spożycia soli na świecie o 30%, a także do powstrzymania wzrostu zachorowań na cukrzycę oraz otyłości u dorosłych, nastolatków i dzieci z nadwagą do 2025 roku [8,9,10]. Zwiększona produkcja przetworzonej żywności, szybka urbanizacja oraz zmieniający się styl życia doprowadziły do zmiany wzorców żywieniowych. Ludzie spożywają więcej produktów o wysokiej zawartości energii, tłuszczów, cukrów oraz soli, zapominając o spożyciu odpowiedniej porcji owoców, warzyw czy błonnika [1]. Skład zdrowej, zróżnicowanej oraz zbilansowanej diety będzie różny w zależności od:

- indywidualnych potrzeb - wiek, płeć, styl życia czy stopień aktywności fizycznej;
- kontekstu kulturowego;
- lokalnie dostępnej żywności;
- zwyczajów żywieniowych.
- Jednak podstawowe zasady dotyczące zdrowej diety pozostają niezmienne [1].

W pierwszych 2 latach życia dziecka optymalne odżywianie sprzyja zdrowemu wzrostowi i poprawia rozwój poznawczy. Przyczynia się to również do zmniejszenia ryzyka wystąpienia nadwagi lub otyłości, a także rozwijających się chorób niezakaźnych w późniejszym życiu [1].

Owoce i warzywa

WHO zaleca spożywanie co najmniej 400 g lub 5 porcji owoców i warzyw dziennie co przyczyni się zmniejszenia chorób z grupy NCD (non communicable disease – choroby niezakaźne), pomoże to zapewnić odpowiednie dzienne spożycie błonnika pokarmowego [3]. By poprawić spożycie owoców i warzyw WHO zaleca, aby posiłki zawsze zawierały warzywa, świeże owoce oraz warzywa stanowiły przekąski, wskazane jest spożywanie sezonowych owoców oraz warzyw, należy jeść różnorodne owoce oraz warzywa.

Tłuszcze

Zmniejszenie ilości całkowitego spożycia tłuszczów do mniej niż 30% całkowitego spożycia energii pomaga zapobiegać niezdrowemu zwiększeniu masy ciała u osób dorosłych [2,3,4]. Poprzez redukcję tłuszczów nasyconych do mniej niż 10% całkowitego spożycia energii i tłuszczów oraz tłuszczów trans do mniej niż 1%, a zastąpienie ich tłuszczami nienasyconymi zmniejsza ryzyko rozwoju chorób niezakaźnych - NCD (non communicable disease) [3,4].

Spożycie tłuszczu można zmniejszyć poprzez:

- a) zmianę sposobu gotowania – usuwać tłuste części mięsa, stosować olej roślinny zamiast zwierzęcego;
- b) zmianę techniki przyrządzania potraw – gotować, gotować na parze lub piec zamiast smażenia;
- c) unikać przetworzonej żywności zawierającej tłuszcze trans;
- d) ograniczyć spożywanie żywności zawierającej duże ilości tłuszczów nasyconych.

Sól, sól i potas

Większość ludzi spożywa zbyt dużo soli i za mało potasu. Wysokie spożycie soli i niedostateczne spożycie potasu (poniżej 3,5 g) przyczynia się do wysokiego ciśnienia krwi, co z kolei zwiększa ryzyko chorób serca i udaru mózgu [7,18].

Każdego roku można zapobiec 1,7 miliona zgonów, gdyby spożycie soli zostało zredukowane do zalecanego poziomu poniżej 5 g na dzień [19].

Ludzie bardzo często nie zdają sobie sprawy z ilości spożywanej soli. Większość soli pochodzi z przetworzonej żywności, np. gotowe posiłki, przetworzone mięsa – bekon, szynka, salami czy stony przekąski. Sól dodaje się również w procesie gotowania, np. kostka bulionowa, sos sojowy, sos rybny, lub przy stole – sól kuchenna.

Zmniejszyć spożycie soli można przez:

- nie dodawanie soli, pochodzącej z różnych źródeł w procesie przygotowywania jedzenia;
- brak soli na stole;
- ograniczenie spożywania słonych przekąsek.

Cukry

Spożywanie cukrów prostych powinno być zmniejszane przez cały cykl życia [6]. Dowody naukowe wskazują, że zarówno u osób dorosłych jak i u dzieci spożycie cukru powinno być zmniejszone do mniej niż 10% całkowitego poboru energii [3,6], zmniejszenie spożycia do mniej niż 5% niesie ze sobą dodatkowe korzyści zdrowotne [6]. Cukry proste to wszystkie cukry dodawane do żywności lub napojów przez producenta, kucharza lub konsumenta. Spożywanie cukrów prostych zwiększa ryzyko próchnicy, nadmiar kalorii z pokarmów i napojów bogatych w cukry proste przyczynia się do niezdrowego przybierania na wadze co doprowadza do nadwagi i otyłości.

Zużycie cukrów można zmniejszyć poprzez:

- jedzenie świeżych owoców i surowych warzyw jako przekąsek zamiast słodkich przekąsek;
- ograniczenie spożycia żywności oraz napojów zawierających duże ilości cukrów

1.2. Dane epidemiologiczne

Według raportu UNICEF Polska zajmuje dopiero 21 miejsce w rankingu dotyczącym warunków i jakości życia dzieci w krajach rozwiniętych. Rycina nr 1 przedstawia ranking 29 krajów rozwiniętych sporządzony w oparciu o dane dotyczące warunków i jakości życia dzieci. Pozycja każdego z krajów została ustalona na podstawie średniej z pięciu obszarów objętych badaniem. Jasnoniebieskie tło wskazuje miejsce w najwyższej z trzech części tabeli, niebieskie w środkowej części, a granatowe w ostatniej z trzech części tabeli.

		Warunki i jakość życia dzieci	Wymiar 1	Wymiar 2	Wymiar 3	Wymiar 4	Wymiar 5
		Ogólna średnia pozycja (dla wszystkich 5 wymiarów)	Warunki materialne	Zdrowie i bezpieczeństwo	Edukacja	Zachowania i ryzyka	Warunki mieszkaniowe i środowisko
			(miejsce)	(miejsce)	(miejsce)	(miejsce)	(miejsce)
1	Holandia	2.4	1	5	1	1	4
2	Norwegia	4.6	3	7	6	4	3
3	Islandia	5	4	1	10	3	7
4	Finlandia	5.4	2	3	4	12	6
5	Szwecja	6.2	5	2	11	5	8
6	Niemcy	9	11	12	3	6	13
7	Luksemburg	9.2	6	4	22	9	5
8	Szwajcaria	9.6	9	11	16	11	1
9	Belgia	11.2	13	13	2	14	14
10	Irlandia	11.6	17	15	17	7	2
11	Dania	11.8	12	23	7	2	15
12	Słowenia	12	8	6	5	21	20
13	Francja	12.8	10	10	15	13	16
14	Czechy	15.2	16	8	12	22	18
15	Portugalia	15.6	21	14	18	8	17
16	Wielka Brytania	15.8	14	16	24	15	10
17	Kanada	16.6	15	27	14	16	11
18	Austria	17	7	26	23	17	12
19	Hiszpania	17.6	24	9	26	20	9
20	Węgry	18.4	18	20	8	24	22
21	Polska	18.8	22	18	9	19	26
22	Włochy	19.2	23	17	25	10	21
23	Estonia	20.8	19	22	13	26	24
23	Słowacja	20.8	25	21	21	18	19
25	Grecja	23.4	20	19	28	25	25
26	Stany Zjednoczone	24.8	26	25	27	23	23
27	Litwa	25.2	27	24	19	29	27
28	Łotwa	26.4	28	28	20	28	28
29	Rumunia	28.6	29	29	29	27	29

Rycina 1. Tabela rankingowa dotycząca warunków i jakości życia dzieci

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

Pierwszy element analizy obejmował zakres w jakim u dzieci w danym kraju kształtowane są zdrowe oraz świadome nawyki żywieniowe oraz te dotyczące aktywności fizycznej. Został on zmierzony czterema odrębnymi wskaźnikami:

- % dzieci dotkniętych nadwagą - (mierzoną jako wskaźnik masy ciała (BMI) na podstawie podanego wzrostu i wagi);
- % dzieci codziennie spożywających śniadanie;
- % dzieci codziennie jedzących owoce;
- % dzieci aktywnych fizycznie - które deklarują, że codziennie poświęcają przynajmniej godzinę na ćwiczenia fizyczne.

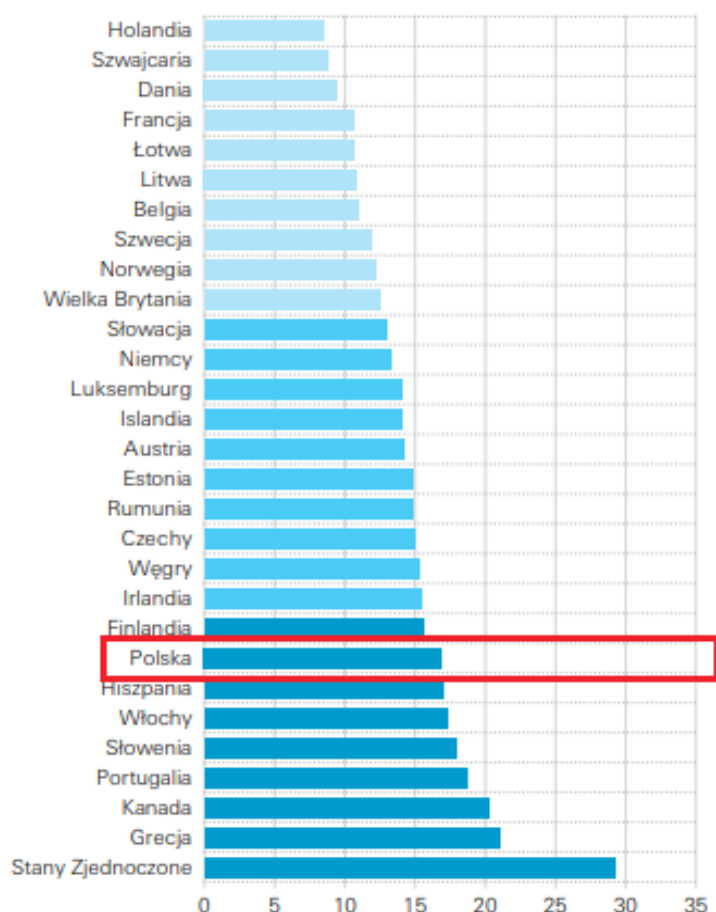
Mimo iż powyższe wskaźniki mają różne znaczenie są związane z jakością życia dzieci, a także z ich sytuacją zdrowotną w przyszłości. Dla przykładu regularne ćwiczenia wpływają na zdrowie psychiczne oraz fizyczne, ale również na profilaktykę i leczenie określonych problemów zdrowotnych, m.in. otyłości czy depresji. Wpływ niezdrowych nawyków żywieniowych we wczesnych latach zwiększy ryzyko wystąpienia w późniejszym okresie problemów zdrowotnych, m.in. cukrzycy, chorób serca czy nowotworów [11].

Rycina 2 dotyczy zachowań oraz ryzyk podejmowanych przez dzieci, przedstawia usytuowanie każdego państwa względem średniej dla wszystkich badanych krajów. Dzięki takiemu układowi możliwe jest wskazanie każdego z krajów powyżej lub poniżej średniej. Miarą jest odchylenie standardowe pokazujące na ile poszczególne wyniki odchylają się od średniej.



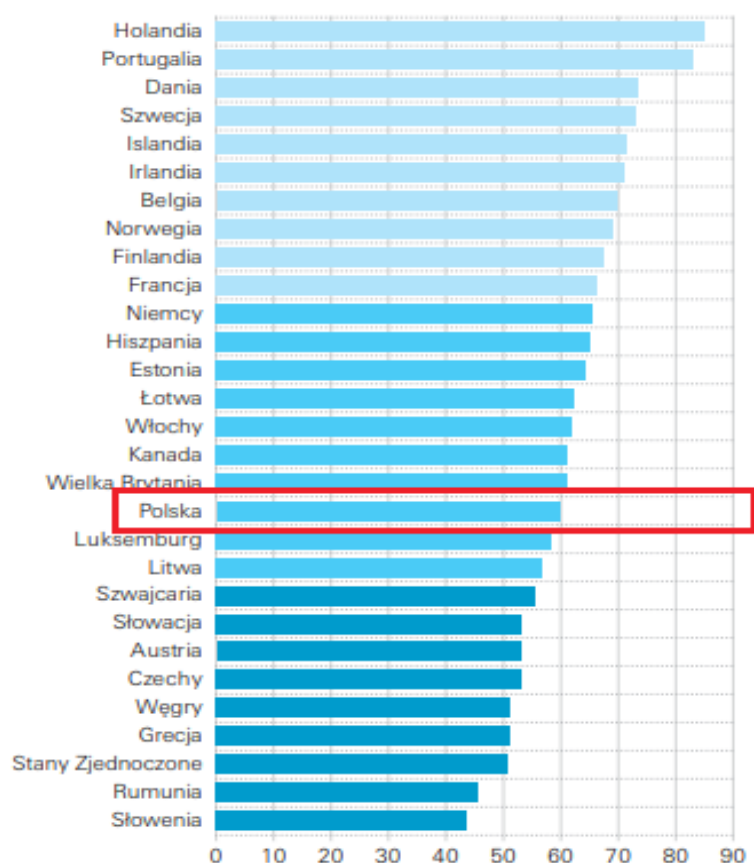
Rycina 2. Zachowania i ryzyka podejmowane przez dzieci

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013



Rycina 3. Nadwaga -% dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat dotkniętych nadwagą według BMI
 Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

Z raportu wynika, że poziom otyłości wśród dzieci sięgający powyżej 10%, dotyczy to wszystkich krajów z wyjątkiem Danii, Holandii i Szwajcarii, gdzie wskaźnik ten osiąga mniejsze wartości. Poziom otyłości wyższy niż 20% odnotowano w Kanadzie, Grecji i Stanach Zjednoczonych (Rycina 3).

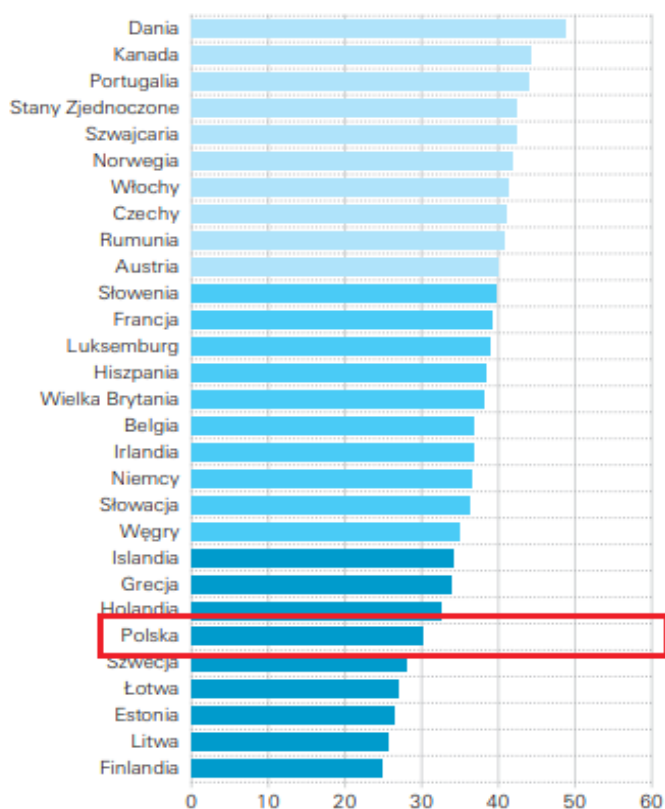


Rycina 4. Spożywanie śniadań - % dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat spożywających codziennie śniadanie

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

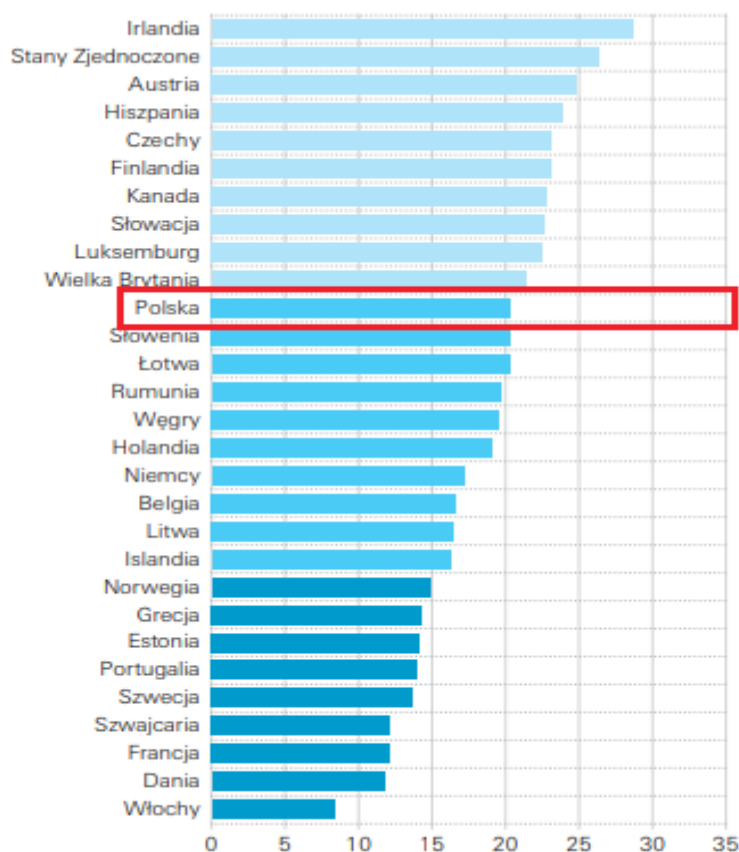
Ponad 50% dzieci każdego dnia spożywa śniadanie w każdym z 29 krajów z wyłączeniem Rumunii i Słowenii. Odsetek dzieci, które codziennie spożywają śniadanie przekracza 80% jedynie w Holandii i Portugalii (Rycina 4).

Jedynymi krajami, w których mniej niż 30% dzieci je owoce każdego dnia, są Finlandia oraz Szwecja, a także trzy kraje bałtyckie – Estonia, Łotwa i Litwa (Rycina 5)



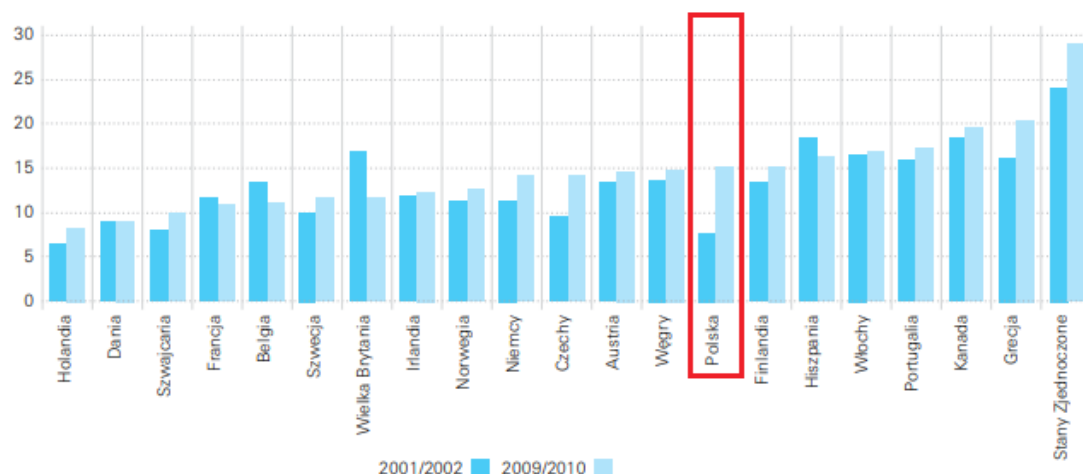
Rycina 5. Jedzenie owoców - % dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat jedzących codziennie owoce

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013



Rycina 6. Aktywność fizyczna - % dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat, które deklarują, że codziennie poświęcają przynajmniej godzinę na intensywne ćwiczenia fizyczne
 Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych. Analiza porównawcza, 2013

Jedynym krajem, gdzie mniej niż 10% dzieci deklaruje aktywność fizyczną przez co najmniej godzinę dziennie są Włochy. Irlandia oraz Stany Zjednoczone są jedynymi krajami, gdzie ponad 25% dzieci deklaruje codzienną godzinna aktywność fizyczną (Rycina 6)



Rycina 7. Zmiany pomiędzy latami 2001/2002 a 2009/2010 w odsetkach młodych ludzi w wieku 11,13, 15 lat którzy mają nadwagę

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

W 17 z 21 krajów wzrósł w ciągu dekady odsetek dzieci z nadwagą. Najwyższy wzrost został zaobserwowany w Polsce, gdzie procent dzieci z nadwagą podwoił się. Jedynie Belgia, Francja, Hiszpania i Wielka Brytania odnotowały spadek procentowy dzieci z nadwagą. Najwyższy odsetek dzieci z nadwagą zarówno na początku jak i na końcu dekady miały Stany Zjednoczone – odsetek sięgał niemal 30% w latach 2009-2010 (Rycina 7).

W raporcie powstałym przy współpracy WHO i Imperial College London (październik 2017) opublikowano dane dotyczące zjawiska otyłości oraz nadwagi wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat. Dane ukazują zmiany wskaźnika BMI na przestrzeni lat 1975-2016. Według danych z raportu liczba otyłych dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat na przestrzeni czterech dekad wzrosła **10-krotnie**. W roku 1975 odsetek otyłych dzieci i młodzieży był na poziomie poniżej 1% (11 milionów), w roku 2016 sięgał on już 6% wśród dziewczynek oraz 8% wśród chłopców (124 miliony). Obecnie raport mówi o **213 milionach** dzieci z nadwagą [12,13]. W świetle danych średnie BMI w 1975 roku wśród dzieci w wieku 5-19 lat wynosiło około 17 kg/m², w bogatych anglojęzycznych krajach sięgało ponad 19 kg/m². Na przestrzeni lat zanotowano wzrost wskaźnika o 0,32 kg/m² na dekadę wśród dziewczynek i o 0,40 kg/m² na dekadę wśród chłopców. W 2016 roku średnie BMI wynosiło około 18,6% [12,13].

W przypadku Europy najwięcej otyłych chłopców jest w Grecji – 16,7% a dziewczynek na Malcie – 11,6%. Najmniejszy odsetek otyłych dzieci w wieku 5-19 lat znajduje się w Mołdawii

3,2% dziewczynek oraz 5,0% chłopców. Polska ze średnim BMI na poziomie 19,3 kg/m² plasuje się na 103 miejscu na świecie.

państwo	średnie BMI [kg/m ²]		Miejsce w światowym rankingu (1 miejsce-najwyższy wskaźnik BMI)	
	1975 rok	2016 rok	1975 rok	2016 rok
Samoa	18,7	24,3	44	1
Samoa Amerykańska	21,2	23,6	1	6
USA	19,3	21,6	12	17
Grecja	18,5	21,0	57	29
Malta	19,0	20,6	31	37
Włochy	19,3	20,1	15	65
Hiszpania	18,6	20,0	48	68
Kanada	18,8	19,9	37	69
Niemcy	18,8	19,9	41	72
Portugalia	18,8	19,8	40	78
Słowenia	18,1	19,8	80	79
Belgia	19,0	19,7	27	83
Cypr	18,1	19,7	84	84
Austria	17,9	19,6	102	86
Chorwacja	17,9	19,5	99	91
Szwajcaria	18,6	19,5	47	95
Francja	18,1	19,5	83	96
Norwegia	18,8	19,3	42	102
Polska	17,8	19,3	108	103
Szwecja	18,5	19,2	53	110
Ukraina	18,2	19,1	77	115
Holandia	18,6	19,0	49	119
Słowacja	17,7	18,7	110	143
Moldawia	18,0	18,7	93	141

Rycina 8. Zmiany BMI dzieci w wieku 5-19 lat na przestrzeni 1975-2016r. w wybranych państwach.

Źródło: <https://dietetycy.org.pl/ogolnoswiatowe-dane-o-otylosci-wsrod-dzieci/>
(dostęp:28.07.2018)

Pomimo podejmowanych działań oraz wdrażania ogólnopolskich programów liczba dzieci z nadwagą oraz otyłością stale rośnie. Problem ten był tematem kontroli NIK. Kontrolą objęto 10 jednostek samorządu terytorialnego, a także 20 szkół podstawowych z następujących województw: **lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego** oraz **kujawsko-pomorskiego** (Rycina 9).



Rycina 9. Kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego

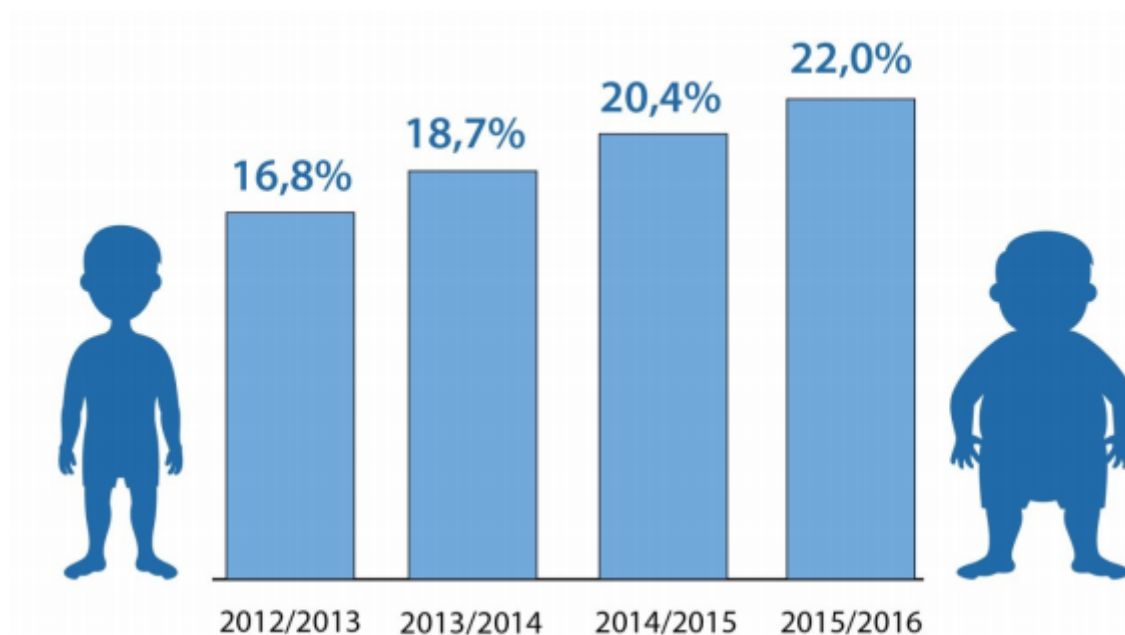
Źródło: Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017

Celem podjętej kontroli było sprawdzenie, czy szkoły publiczne prawidłowo wdrażają zasady zdrowego żywienia. Podczas trwania kontroli uzyskano oraz przeanalizowano wyniki BMI łącznie u 10 778 uczniów. W każdej kontrolowanej szkole przeprowadzono również badania ankietowe w których wzięło udział 316 nauczycieli oraz 2 290 rodziców. Wojewódzka Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Krakowie na zlecenie NIK przeprowadziła badania jadłospisów wraz z oceną kaloryczności, wartości odżywczej oraz urozmaicenia posiłków uczniów.

Inspektorzy sanitarni w kontrolowanych szkołach przeprowadzili kontrole na zlecenie NIK w zakresie następujących obszarów:

- warunków żywienia uczniów, w tym stanu sanitarnego kuchni i jadalni, zapewnienia higieny przygotowywania i podawania posiłków;

- oceny asortymentu proponowanego w sklepikach szkolnych;
- bezpieczeństwa przygotowywanego posiłku na podstawie badania mikrobiologicznego pobranych próbek [15].
- W obszarze I – Rozpoznanie potrzeb w zakresie żywienia dzieci stwierdzono, że w 19 z 20 kontrolowanych gmin nie zbierało informacji o liczbie uczniów z nieprawidłową masą ciała. Natomiast w 9 z 20 kontrolowanych szkół dyrekcja nie otrzymywała i nie występowała o zbiorcze wyniki badań przesiewowych [15].



Rycina 10. Odsetek dzieci z zaburzeniami masy ciała w badanej w danym roku szkolnym populacji uczniów. W latach szkolnych 2012/2013-2015/2016 badaniami objęto łącznie 10 778 uczniów w kraju.

Źródło: Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017

W ciągu czterech lat odsetek uczniów z zaburzeniami masy ciała zwiększył się o ponad 5 punktów procentowych z poziomu 16,8% w roku 2012/2013 do poziomu 22,0% w roku 2015/2016 [15]

W obszarze II – Realizacja programów żywieniowych - stwierdzono, że wszystkie skontrolowane szkoły uczestniczyły w podstawowych programach żywieniowych. Nawyk codziennego spożywania mleka i jego przetworów miało jedynie 56,7% uczniów, a codziennie spożywanie owoców deklarowało 53% uczniów szkół podstawowych. Placówki szkolne nie urozmaicały produktów mlecznych oraz owoców i warzyw, które przekazywały uczniom. Ci z

kolei nie spożywali otrzymanych produktów na terenie szkoły, tylko zabierali do domów. Dostawy artykułów spożywczych realizowane były z użyciem samochodów, które nie zapewniały prawidłowej temperatury do przechowywania (w 2 z 20 kontrolowanych szkół) [15].

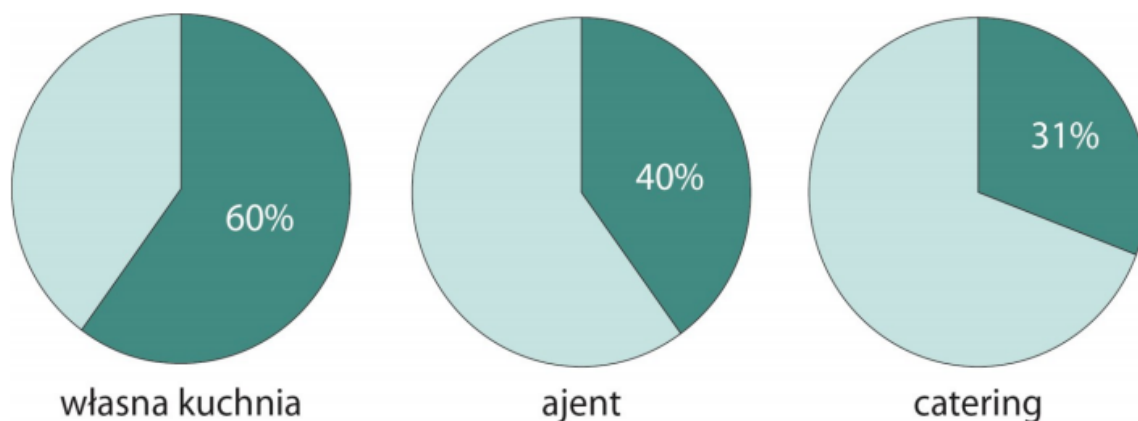
W obszarze III – Organizacja żywienia w szkole - stwierdzono, że obiady serwowane uczniom w szkole nie spełniały obowiązujących norm żywienia – zbyt duża zawartość białka, węglowodanów oraz tłuszczu. W przypadku substancji mogących powodować alergie informacje były nieprawidłowo podawane. W sytuacji rezygnacji placówki ze szkolnej stołówki cena obiadu wzrosła nawet o 2,5-krotnie. Przerwy obiadowe były zbyt krótkie lub zbyt wczesne – w jednej z kontrolowanych placówek obiady były wydawane od godziny 9:20, w kolejnej od 10:10. Tak wczesne godziny wpływają negatywnie na wyrobienie nawyku spożywania posiłków o odpowiednich porach, może to również zaburzać prawidłowe przerwy pomiędzy posiłkami [15].

Kontrola na zlecenie NIK przeprowadzona przez inspektorów WSSE w Krakowie dotycząca środków spożywczych wykorzystywanych do produkcji posiłków wykazała, że:

- średnia zawartość białka ogółem w produktach wynosiła od 169% do 462%
- tłuszczów od 90% do 333% zapotrzebowania dla żywionej grupy uczniów (EAR - Estimated Average Requirement).

We wszystkich szkołach, gdzie dokonano pełnej oceny żywienia przez inspektorów Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej stwierdzono zawyżoną zawartość węglowodanów – od 136% do 300% normy (RDA - Recommended Daily Amount). W 12 z 14 jadłospisów stwierdzono nadmierną podaż sodu, a w przypadku ośmiu dopuszczalna norma została przekroczona ponad trzykrotnie [15].

Rycina 11. Odsetek dzieci spożywających obiady w szkole



Źródło: Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017

W przypadku warunków sanitarnych w kuchni i jadalni w 4 z 20 skontrolowanych szkół inspektorzy stwierdzili nieprawidłowości polegające na:

- niewłaściwym stanie sanitarnym pomieszczeń produkcyjnych - brudne blaty robocze, niedomyte podłogi, popękane ściany i sufity;
- brakach w dokumentacji;
- brakach próbek kontrolnych żywności;
- przechowywaniu na blatach produkcyjnych przedmiotów niezwiązanych z działalnością gastronomiczną – spinaczy, telefonów komórkowych [15].

W jednej kontrolowanej placówce stwierdzono przekroczenie na badanej powierzchni ogólnej liczby drobnoustrojów – co świadczy o nieskutecznym myciu tego sprzętu.

W przypadku sklepików szkolnych kontrole asortymentu sprzedawanego wykazały, że w 5 z 17 przypadków był on niezgodny z wymogami zawartymi w przepisach rozporządzenia w sprawie żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży [15].

W 6 na 20 skontrolowanych szkół uczniowie nie mieli zapewnionego dostępu do wody pitnej. Pozostałe szkoły zapewniały uczniom bezpłatnie wodę lub kompot w stołówce. W 3 placówkach zamontowano „poidelka” z których korzystają uczniowie bez konieczności posiadania kubka [15].

W obszarze IV – Działalność edukacyjna - stwierdzono, że działania edukacyjne dotyczące zdrowego żywienia realizowane są przede wszystkim przez placówki oświatowe. W placówkach szkolnych prowadzone są zajęcia o tematyce zdrowego odżywiania w formie

zajęć praktycznych, np. wspólne przygotowywanie śniadania, prelekcji prowadzonych przez pielęgniarki lub dietetyków przeznaczone zarówno dla uczniów jak i rodziców oraz konkursy. Działania edukacyjne były prowadzone zarówno w związku z uczestnictwem w programach żywieniowych jak i wynikały z realizacji podstawy programowej [15].



Rycina 12. Występowanie w % nadmiernej masy ciała (nadwaga i otyłość) u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w podziale na województwa (dane za 2013r.)

Źródło: Internet

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia w województwie lubelskim zamieszkuje 24,6% dzieci w wieku szkolnym mających problemy z nadwagą lub otyłością. W skali kraju jest to wynik wysoki, średnia dla Polski wynosi 22,3%. W pozostałych województwach sytuacja przedstawia się w następujący sposób: w województwie mazowieckim 32%, łódzkim 29,8%, zachodniopomorskim 23,9% oraz dolnośląskim i opolskim 23,8%, śląskim 16,5%, świętokrzyskim 18%, małopolskim 18,3%, pomorskim 19%, wielkopolskim 19,8%, kujawsko-

pomorskim 20,3%, podlaskim 20,5% oraz warmińsko-mazurskim 21,4%, lubuskim 23,0%, podkarpackim 21,5 [16].

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa lubelskiego, w 2014 roku w województwie odnotowano 261 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość dzieci (4,12% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych do grupy chorób metabolicznych). Współczynnik hospitalizacji wynosił ok. 67,16/100 tys. mieszkańców (3 miejsce wśród wszystkich województw).

1.3. Opis obecnego postępowania

Opublikowano nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży określające grupy środków spożywczych dopuszczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty. W dokumencie określone są wymagania jakie powinny spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego w placówkach oświatowych. Rozporządzenie wprowadza 20 grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom oraz młodzieży w placówce szkolnej. Wśród dopuszczonych produktów znalazły się m.in. drożdżówki, pieczywo z wyłączeniem pieczywa produkowanego z ciasta głęboko mrożonego. Ze słodczy dostępna będzie czekolada o zawartości miazgi kakaowej min 70%, a także bezcukrowe gumy do żucia. Grupa produktów dopuszczona do sprzedaży będzie musiała spełniać dodatkowe wymagania, czyli nie zawierać więcej niż:

- 15 g cukru w 100 g/ml produktu gotowego do spożycia;
- 15 g tłuszczu w 100 g/ml produktu gotowego do spożycia;
- 0,4 g sodu/1 g soli w 100 g/ml produktu gotowego do spożycia, a w przypadku pieczywa półcukierniczego i cukierniczego – nie więcej niż 0,45 g sodu/1,2 g soli w 100 g/ml produktu.

Tab.1. Wykaz 20 grup produktów dopuszczonych do sprzedaży

Lp	Lista grup środków spożywczych
1	pieczywo, z wyłączeniem pieczywa produkowanego z ciasta głęboko mrożonego

2	pieczywo półcukiernicze i cukiernicze, z wyłączeniem pieczywa produkowanego z ciasta głęboko mrożonego
3	kanapki
4	sałatki i surówki
5	mleko
6	napoje zastępujące mleko, takie jak napój: sojowy, ryżowy, owsiany, kukurydziany, gryczany, orzechowy, jaglany, kokosowy lub migdałowy
7	produkty mleczne, takie jak: jogurt, kefir, maślanka, mleko zsiadłe, mleko acidofilne, mleko smakowe, serwatka, ser twarogowy, serek homogenizowany lub produkty zastępujące produkty mleczne na bazie soi, ryżu, owsa, orzechów lub migdałów
8	zbożowe produkty śniadaniowe oraz inne produkty zbożowe
9	warzywa
10	owoce
11	suszone warzywa i owoce, orzechy oraz nasiona bez dodatku cukrów, substancji słodzących zdefiniowanych w przepisach unijnych oraz bez dodatku soli
12	soki owocowe, warzywne, owocowo-warzywne
13	przeciery, musy owocowe, warzywne oraz owocowo-warzywne bez dodatku cukrów i soli
14	koktajle owocowe, warzywne oraz owocowo-warzywne na bazie mleka, napojów zastępujących mleko, o których mowa w pkt 6, produktów mlecznych lub produktów zastępujących produkty mleczne, o których mowa w pkt 7, bez dodatku cukrów i substancji słodzących, o których mowa w przepisach unijnych
15	naturalna woda mineralna nisko- lub średniozmineralizowana, woda źródlana i woda stołowa
16	napoje przygotowywane na miejscu, które nie mogą zawierać więcej niż 10 g cukrów w 250 ml produktu gotowego do spożycia
17	napoje bez dodatku cukrów i substancji słodzących zdefiniowanych w przepisach unijnych
18	bezcukrowe gumy do żucia
19	czekolada gorzka o zawartości minimum 70% miazgi kakaowej
20	inne

Źródło: Opracowanie własne

Środki spożywcze przeznaczone do zbiorowego żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach oświaty będą dobierane według następujących reguł:

1. Środki spożywcze muszą spełniać odpowiednie wymagania dla danej grupy wiekowej, wynikające z aktualnych norm żywienia dla populacji polskiej;
2. Na całodienne żywienie mają składać się środki spożywcze pochodzące z różnych grup środków spożywczych;
3. Posiłki (śniadanie, obiad, kolacja) mają zawierać produkty z następujących grup środków spożywczych: produkty zbożowe lub ziemniaki, warzywa lub owoce, mleko lub produkty mleczne, mięso, ryby, jaja, orzechy, nasiona roślin strączkowych i inne nasiona oraz tłuszcze;
4. Zupy, sosy oraz potrawy mają być sporządzane z naturalnych składników, bez użycia koncentratów spożywczych, z wyłączeniem koncentratów z naturalnych składników;
5. Od poniedziałku do piątku należy podawać nie więcej niż dwie porcje potrawy smażonej, przy czym do smażenia jest używany olej roślinny rafinowany o zawartości kwasów jednonienasyconych powyżej 50% i zawartości kwasów wielonienasyconych poniżej 40%;
6. Napoje przygotowywane na miejscu mogą zawierać nie więcej niż 10 g cukrów w 250 ml produktu gotowego do spożycia;
7. Każdego dnia należy podawać
 - co najmniej dwie porcje mleka lub produktów mlecznych
 - co najmniej jedną porcję z grupy mięso, jaja, orzechy, nasiona roślin strączkowych
 - warzywa lub owoce w każdym posiłku
 - co najmniej jedną porcję produktów zbożowych w śniadaniu, obiedzie oraz kolacji.
8. W żywieniu całodziennym należy podawać przynajmniej pięć porcji warzyw lub owoców;
9. Co najmniej raz w tygodniu należy podawać porcję ryby [17].

W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 została opisana lista zadań służących realizacji celu operacyjnego numer 1: *Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*. Wykaz zadań można znaleźć pod adresem: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/>

2. Cele programu

2.1 Cel główny

Zmniejszenie wskaźnika BMI o co najmniej 2 punkty w czasie trwania programu u 25% dzieci uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych w Lublinie, w latach 2019-2021, dzięki poprawie stanu odżywiania.

2.2 Cele szczegółowe

- diagnoza potrzeb zdrowotnych badanej populacji dzieci uczęszczających do klas I szkół podstawowych na terenie Lublina na podstawie wyników pomiarów antropometrycznych w latach 2019-2021;
- wdrożenie do programu każdego roku min. 60% uczniów klasy I szkół podstawowych w Lublinie w latach 2019-2021;
- realizacja działań edukacyjnych w ramach programu każdego roku u min. 50% rodziców uczniów klas I szkół podstawowych w latach 2019-2021;
- zwiększenie wiedzy u co najmniej 30% uczniów klas I szkół podstawowych, ich rodziców/opiekunów oraz nauczycieli i pracowników kuchni/stołówek w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu w latach 2019-2021;
- zwiększenie wiedzy u co najmniej 75% pracowników przygotowujących posiłki dla uczniów poprzez objęcie ich edukacją w latach 2019-2021;
- obniżenie wartości wskaźnika BMI o 2 punkty na zakończenie programu w stosunku do wyników na początku programu u 25% populacji uczniów objętej programem.

2.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

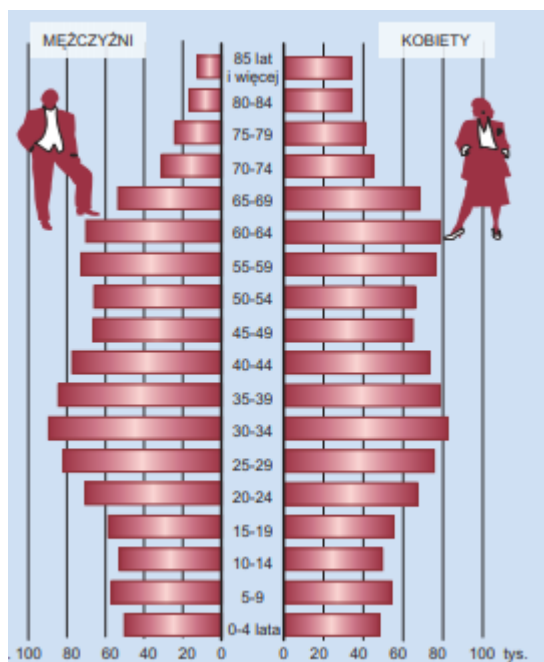
- określenie liczby przebadanych dzieci wśród uczniów objętych programem na podstawie danych od realizatorów;
- określenie wskaźnika BMI u dzieci objętych programem na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatorów i jego zmiana w czasie trwania programu;
- określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami nadwagi i otyłości u dzieci objętych programem; na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatorów;
- liczba dzieci u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg, % masy ciała i wskaźnika BMI – na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora;
- określenie odsetka dzieci spożywających słodczy częściej niż jeden raz dziennie wśród uczniów objętych programem; na podstawie ankiet i wywiadów wykonanych przez realizatorów;

- określenie liczby i odsetka dzieci spożywających warzywa i owoce minimum 2 razy dziennie wśród uczniów objętych programem na podstawie ankiet i wywiadów wykonanych przez realizatorów;
- liczba osób ogółem uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie testów wiedzy wykonywanych przez realizatora;
- liczba uczniów uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie wyników testów przeprowadzonych przez realizatora;
- liczba rodziców/opiekunów/nauczycieli/pracowników stołówek uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie wyników ankiet i testów przeprowadzonych przez realizatora;
- liczby rodzin, które wprowadziły zasady prawidłowego żywienia, na podstawie wyników ankiet uzyskanych od realizatora;
- liczba rodzin, które zwiększyły swoją aktywność fizyczną, na podstawie wyników ankiet uzyskanych od realizatora.

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

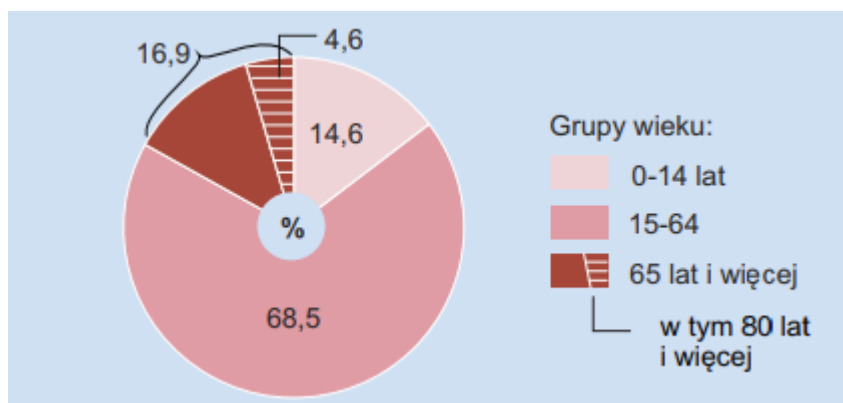
3.1 Populacja docelowa

Dane zastane stanowiące podstawę do wyliczenia wielkości grupy docelowej:



Rycina 14. Ludność według płci i wieku w 2016 r w województwie lubelskim

Źródło: Urząd Statystyczny w Lublinie, Statystyczne Vademecum Samorządowca 2017



Rycina 15. Struktura ludności według biologicznych grup wieku w 2016 r w województwie lubelskim

Źródło: Urząd Statystyczny w Lublinie, Statystyczne Vademecum Samorządowca 2017

EDUKACJA	2014/15	2015/16	2016/17
Placówki wychowania przedszkolnego	169	163	176
w tym przedszkola	137	137	139
Miejsca w przedszkolach	12814	12646	12886
Dzieci w placówkach wychowania przedszkolnego	12457	11770	12993
w tym w przedszkolach	11466	11106	11817
Szkoły podstawowe	52	53	53
w tym specjalne	6	6	6
Uczniowie szkół podstawowych	19881	21431	20319
Gimnazja	43	43	43
w tym specjalne	5	5	5
Uczniowie szkół gimnazjalnych	9206	9151	9316
Szkoły ponadgimnazjalne:			
zasadnicze szkoły zawodowe	12	12	12
licea ogólnokształcące	53	52	53
technika i ogólnokształcące szkoły artystyczne ^a	27	26	25
Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych	20028	19733	19646
Szkoły policealne	46	53	52
Uczniowie szkół policealnych	7316	6603	6909

Rycina 16. Wybrane dane dotyczące edukacji w 2016 roku w mieście Lublin

Źródło: Źródło: Urząd Statystyczny w Lublinie, Statystyczne Vademecum Samorządowca 2017

Definicja grupy docelowej:

Odbiorcami programu będą uczniowie klas I - III lubelskich szkół podstawowych.

W roku szkolnym 2018/2019 liczba uczniów w szkołach podstawowych wynosiła 20.966 osób w 49 placówkach szkolnych.

Liczba uczniów w klasach I-III to około 8000 uczniów. Liczba klas I-III to 407.

Liczba klas I to 159.

Liczba uczniów objętych programem to ok. 3000 osób w klasie I, w pierwszym roku trwania Programu.

Działania edukacyjne będą adresowane do dzieci od klas I do III szkoły podstawowej oraz ich rodziców/opiekunów, a także kadry pedagogicznej i pracowników stołówek. Nie są dostępne dane na temat liczebności grupy rodziców/opiekunów. Zakłada się, na podstawie informacji uzyskanych z placówek oświatowych z terenu Lublina, iż liczba rodziców uczestniczących w edukacji będzie zbliżona do liczby rodziców, którzy przychodzą na wywiadówki i spotkania

z nauczycielami/wychowawcami. Daje to liczbę około 1500 osób w pierwszym roku trwania programu.

Zakłada się objęcie edukacją także nauczycieli/opiekunów uczniów z klas I-III. Liczebność klas I to 146. Zatem należy założyć, iż będzie to grupa około 150 osób.

Liczebności roczników klas II i III przedstawiają się podobnie, zatem podane powyżej wartości populacji uczniów, rodziców/opiekunów i nauczycieli stanowią 1/3 całkowitej populacji rocznej możliwej do objęcia programem.

Dodatkowo działania edukacyjne zakładają zwiększenie kompetencji pracowników stołówek i osób przygotowujących posiłki na terenie szkoły.

W roku szkolnym 2018/2019 jest to 46 szkół, które wydają posiłki swoim uczniom – 33 mają własną stołówkę, 13 korzysta z firm cateringowych.

Szacuje się, iż objętych edukacją zostanie od 1 do 3 osób z każdej placówki. Zatem grupa docelowa będzie liczyć od około 35 do 110 osób rocznie.

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

Podstawowe kryteria formalne udziału dziecka w programie to uczęszczanie do placówki oświatowej na terenie Lublina oraz wyrażenie chęci uczestnictwa w programie. Będzie ono polegało na podpisaniu przez rodzica (opiekuna) świadomej zgody na udział. Druki te zostaną przekazane rodzicom przez nauczycieli w trakcie np. wywiadówek. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce szkolnej z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.

W celu nadzoru nad programem na terenie szkoły zostanie powołany koordynator odpowiedzialny za przygotowywanie raportów okresowych, które będą przekazywane Wydziałowi Zdrowia i Profilaktyki Urzędu Miasta Lublin do dnia 30 czerwca każdego roku.

Uczestnictwo w programie następuje po spełnieniu następujących kryteriów:

- status ucznia klasy I-III szkoły znajdującej się na terenie Lublina;
- rodzic/opiekun ucznia wyraził pisemną zgodę na uczestnictwo w programie;

Kryteria wyłączenia z programu to:

- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak statusu ucznia klasy I-III placówki oświatowej na terenie Lublina.

3.3 Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu, spełniające wymagania określone dla konkursu.

Program będzie się składał z następujących etapów organizacyjnych:

1. akcji informacyjnej,
2. rekrutacji uczestników,
3. działania edukacyjne dla poszczególnych grup adresatów objętych programem,
4. przeprowadzenie konkursu plastycznego promującego zdrowe odżywianie,
5. monitoringu działań w ramach programu:
 - pomiar BMI w klasie I-III u dzieci na początku programu w klasie I i w klasie III na zakończenie programu;
 - wypełnienie ankiet ewaluacyjnych przez rodziców dzieci w klasie I na początku programu i w klasie III na zakończenie programu.

3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnienie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 1300), ocena rozwoju fizycznego dziecka należy do zadań lekarza POZ i jest prowadzona w ramach porad patronażowych i badań bilansowych, w tym badań przesiewowych wśród dzieci. Badania przesiewowe z pomiarami antropometrycznymi znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy POZ w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 lub 7 lat, później 10, 12, 13 i 16 lat.[20-23]

Podstawowe zadania środowiska nauczania i wychowania polegają na eliminowaniu czynników sprzyjających rozwojowi wad oraz na kreowaniu prawidłowej postawy ciała. Wśród nauczycieli/opiekunów ważną rolę odgrywa dbanie o optymalny poziom wychowania fizycznego oraz motywację uczniów do zdrowego odżywiania. Szczególnie ważny jest okres na początku edukacji szkolnej, związane to jest ze zmianą trybu życia dziecka oraz przypadającym na ten okres pierwszym skokiem wzrostowym. Ważnym priorytetem krajów Unii Europejskiej jest wdrażanie programów walki z otyłością oraz zwiększeniu aktywności fizycznej wśród dzieci, gdyż dzięki tym programom można poprawić i wzmocnić prawidłowe zachowania zdrowotne oraz nawyki w okresie rozwoju ciała, co z kolei może zapobiec problemom zdrowotnym w przyszłości [23].

Obecnie w Europie nadwagę ma średnio co czwarte dziecko. Otyłość skupia nie tylko duże obciążenie zdrowotne, ale również ekonomiczne, absorbuje w niektórych państwach członkowskich UE około 6 % rządowego budżetu przeznaczonego na opiekę zdrowotną. Faktem jest, iż działania zmierzające do redukcji masy ciała poprzez odpowiednie do wieku postępowanie lecznicze i edukacyjne mają prowadzić nie tylko do zmniejszenia nadwagi u nastolatków, częstości występowania powikłań, ale przede wszystkim do poprawy samopoczucia i relacji społecznych w środowisku, w którym spędzają większość czasu [24-29].

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie skorzystać z edukacji dotyczącej zdrowego odżywiania zaplanowanych w ramach programu – uczniowie z edukacji w trakcie godzin lekcyjnych, a rodzice/opiekunowie, kadra pedagogiczna i pracownicy stołówek z edukacji w ramach wykładów, szczegółowo opisano zagadnienie w rozdziale 4a niniejszego dokumentu. Indywidualne zgłoszenia do udziału odbywać się będą za pośrednictwem placówek realizujących program w okresie jego trwania. Udział w programie jest dobrowolny.

Program ma charakter ciągły, sprawozdawanie z jego realizacji sprawozdawane będzie przez beneficjenta w roku szkolnym. W trakcie programu zostaną włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń w ramach programu w żaden sposób nie będzie wpływało na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kompleksowe, całościowe działania objęte programem znajdują się częściowo poza grupą świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące kryteria:

- realizator programu, wyłoniony zostanie w drodze procedury konkursowej;
- rodzaj działalności beneficjenta winien odpowiadać rodzajowi działań zaplanowanych w ramach programu – sugeruje się, aby były to poradnie żywienia, dietetyczne, akademie kulinarne itp.;
- działania w ramach programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- działania w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, określone szczegółowo w postępowaniu konkursowym¹;
- dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych ;
- dokumentacja związana z kwalifikacją uczestników do działań edukacyjnych będzie przechowywana w siedzibie realizatora programu z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych ².

Działania zaplanowane w programie i mające charakter grupowy będą udzielane w trakcie trwania godzin lekcyjnych, po wcześniejszym uzgodnieniu z wychowawcami klas/nauczycielami. W celu optymalizacji i uzyskania jak największej frekwencji dokładne dni i czas trwania działań będą konsultowane przez realizatora z gronem pedagogicznym danej placówki oświatowej.

Dzieci do miejsca zajęć mogą być przyprawdane grupami/ klasami.

Zajęcia mogą odbywać się np. na sali gimnastycznej, świetlicy itp. Beneficjenci mają dowolność w organizacji zajęć w szkole, niemniej muszą zapewnić jak największe

1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz. 896;)

2 Tamże

bezpieczeństwo oraz komfort uczestnictwa dzieci oraz odpowiednie warunki pracy osób zatrudnionych przy realizacji programu. O wyżej wymienionych kwestiach organizacyjnych zostaną również poinformowani rodzice dzieci, którzy, za pomocą pisemnego oświadczenia wyrażą zgodę na uczestnictwo w programie. W przypadku czasowego braku możliwości udziału w działaniach edukacyjnych (np. choroba dziecka) zostaną ustalone terminy dodatkowe, w których będzie można uzupełnić pominięte zajęcia zaplanowane w ramach programu, np. poprzez uczestnictwo z inną klasą/grupą.

3.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych lub zakończenia programu, w zależności od konkretnej grupy adresatów.

Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji rodzica lub opiekuna uczestnika. Dobrowolne odstąpienie od udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie. Może to nastąpić na życzenie uczestnika, w przypadku niepełnoletnich uczniów na podstawie deklaracji rodzica/opiekuna dziecka uczestniczącego w programie.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

4.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu będzie przeprowadzona przez beneficjenta obligatoryjnie:

1. akcja informacyjna,
2. rekrutacja uczestników,
3. działania edukacyjne dla poszczególnych grup adresatów objętych programem,
4. konkurs plastyczny promujący zdrowe odżywianie,
5. monitoring działań w ramach programu:
 - pomiar BMI w klasie I-III u dzieci na początku programu i w klasie III na zakończenie;
 - wypełnienie ankiet ewaluacyjnych przez rodziców dzieci w klasie I-III na zakończenie programu.

W ramach poszczególnych etapów znaleźć się mają następujące działania:

Ad. 1. Akcja informacyjna

Priorytetem niniejszego programu jest dotarcie do wszystkich mieszkańców spełniających kryteria wiekowe włączenia do projektu. Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie założonych celów. Narzędziem pozwalającym spełnić to założenie będzie kampania informacyjno-edukacyjna nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej. Ze względów praktycznych ten element projektu zostanie skierowany przede wszystkim do rodziców (oraz opiekunów) dzieci z grupy docelowej. Wyżej wymienieni mieszkańcy Lublina będą informowani o zaplanowanych działaniach za pomocą lokalnych mediów, strony internetowej miasta oraz poszczególnych placówek oświatowych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne zostaną przekazane rodzicom dzieci w trakcie wywiadówek i wszelkich innych spotkań z gronem pedagogicznym. Uzyskają oni kompleksowe informacje organizacyjne dotyczące projektu i planowanych działań.

Ad. 2. Rekrutacja uczestników

W przypadku działań w ramach programu weryfikowany będzie wiek uczestnika i spełnienie kryteriów włączenia, niezbędne będzie także uzyskanie pisemnej zgody opiekunów dzieci na wykonanie pomiarów antropometrycznych i uczestnictwo w programie.

Pomiary antropometryczne stanowią integralną część rekrutacji uczniów do programu, która powinna być przeprowadzona u uczniów I, II i III klasy na początku roku szkolnego oraz przed zakończeniem roku szkolnego u uczniów klasy III.

W trakcie trwania całego programu zakłada się dwukrotny pomiar BMI – na początku uczestnictwa i na końcu.

W praktyce, w pierwszym roku trwania programu, BMI określone będzie u uczniów I, II i III klasy na początku roku szkolnego, zaś na końcu roku szkolnego jedynie u uczniów III klasy.

W kolejnych latach pomiar początkowy będzie dokonywany jedynie u uczniów klas I na początku i uczniów klas III na końcu trwania programu.

Pomiar BMI jest niezbędnym narzędziem diagnostycznym, pozwalającym określić stan zdrowia uczniów i obiektywnie zweryfikować skuteczność podejmowanych działań edukacyjnych.

Nadwagę rozpoznaje się jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90-97 centyla dla płci i wieku, a otyłość przy wartościach BMI mieszczących się powyżej 97 centyla.

Zgodnie z zaleceniami NICE, w przypadku dzieci i młodzieży czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Wytyczne wskazują iż BMI powinien być oceniony na etapie kwalifikacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu,. Niemniej jednak działanie takie jest niemożliwe – w ramach Programu nie mogą być pokrywane koszty realizacji zadań po okresie na jaki uzyskano dofinansowanie. W związku z powyższym zaplanowano inny okres obserwacji – wykonane zostanie badanie początkowe i końcowe, pomijając badanie po 6 i 12 miesiącach od zakończenia uczestnictwa w programie.

Ad. 3. Działania edukacyjne dla poszczególnych grup adresatów objętych programem

Działania edukacyjne podzielone będą na 3 obszary w zależności do adresatów:

Działania edukacyjne dla dzieci z klas I-III.

W tym etapie, szczególna uwaga zostanie zwrócona na wiedzę o zagrożeniach związanych z otyłością oraz o ramach organizacyjnych programu. W przypadku dzieci z I-III klas szkoły

podstawowej interwencji skupią się na działaniach z zakresu profilaktyki pierwotnej. Będą one polegały przede wszystkim na promowaniu właściwych zachowań oraz wpajaniu prostych nawyków wśród dzieci. Może to być np. propagowanie właściwych zachowań żywieniowych – unikanie słodczy, wysoko słodzonych napojów, kształtowanie odpowiednich pozycji ciała np. przy stole, informacje dotyczące odpowiedniego jakościowo i ilościowo żywienia.

Ważne jest aby przekazać, iż w każdym okresie życia dziecka spożywało ono dziennie 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania oraz aby nie podjadało między posiłkami. Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci zagrożonych tym problemem zdrowotnym są takie same jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci, bez tego ryzyka. Zmiany stylu życia jakie należy rekomendować powinny obejmować m. in.:

- codzienne spożywanie świeżych warzyw i owoców ze szczególnym naciskiem na jedzenie warzyw;
- ograniczenie picia napojów słodzonych cukrem do 1x w tygodniu i zastąpienie ich głównie wodą,
- nie spożywanie lub ograniczenie do 1x w miesiącu posiłków typu fastfood itd.;
- picie wody niegazowanej co najmniej 1 l. dziennie.

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 wodzie. Uczestników spotkań należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji, zabaw lub innych form. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej. Najlepiej, aby wprowadzić element praktyczny, np. wspólne przygotowywanie II śniadania w formie warsztatów lub pokazu z udziałem uczniów. Ważne, aby wpajać podstawowe zasady higieny – mycie rąk przed posiłkiem, ale także zasady bezpieczeństwa i higieny pracy – czyli uważne obchodzenie się z nożem.

Działania edukacyjne dla uczniów:

- działania edukacyjne dla uczniów będą składały się z 1,5 godz. zegarowych (2 lekcje) zajęć dla klasy I-III w szkole podstawowej, w trakcie roku szkolnego;
- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla uczniów klas I-III szkół podstawowych;
- w zajęciach edukacyjnych dzieci mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
- zajęcia będą odbywały się na terenie poszczególnych placówek oświatowych uczestniczących w programie.

Działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów oraz wychowawców/nauczycieli dzieci z klas I-III.

W tej grupie winno nastąpić wzmocnienie prozdrowotnych postaw u rodziców dzieci oraz nauczycieli/wychowawców. Podczas spotkań uczestnicy poszerzają swoją wiedzę dotyczącą prawidłowego żywienia i ogólnie pojętego zdrowego stylu życia.

Dzięki zajęciom osoby pracujące z dziećmi i rodzice, zapoznają się z problematyką otyłości i ich konsekwencjami dla zdrowia człowieka, zasadami racjonalnego żywienia, korzyściami wynikającymi z aktywności fizycznej realizowanej na każdym etapie życia człowieka. Ważnym elementem działań będzie nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu wstępnego diagnozowania (obliczanie wskaźnika BMI) i rozpoznawania pierwszych symptomów nadwagi, która niekontrolowana może doprowadzić do otyłości oraz metod postępowania w takich przypadkach. Zajęcia powinny aktywnie angażować rodziców/opiekunów i całe rodziny do wprowadzania zmian w życiu codziennym. Rodzice powinny brać udział w zmianie postaw prozdrowotnych swoich dzieci, w tym dotyczących nawyków żywieniowych i aktywności fizycznych. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość. Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotne (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).

W przypadku przedsięwzięć dla nauczycieli, będą oni mogli m.in. uzupełnić swoją wiedzę w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej, która powinna być realizowana na godzinach wychowawczych, zajęciach wychowania fizycznego.

Wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia.

Działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki programu, w tym edukacja prozdrowotna, skierowana do jego odbiorców, będą prowadzone na zasadach i warunkach odpowiednich dla konkretnej grupy odbiorców.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniom poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Za ten element edukacji, w tym przygotowanie i przeprowadzenie testu odpowiedzialne będą osoby wskazane przez beneficjenta, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Działania edukacyjne dla rodziców/nauczycieli uczniów klas I-III:

- działania edukacyjne będą składały się z 90 minut zajęć w trakcie roku szkolnego;
- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla rodziców/nauczycieli uczniów klas I-III szkół podstawowych;
- w zajęciach edukacyjnych dzieci mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
- zajęcia będą organizowane dla rodziców każdej klasy biorącej udział w programie oddzielnie;
- zajęcia będą odbywały się na terenie poszczególnych placówek oświatowych uczestniczących w programie.

Działania edukacyjne dla pracowników stołówek, dyrekcji szkół, agentów sklepików szkolnych itp.

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała u uczniów poprzez wdrożenie zasad odpowiedniego żywienia zbiorowego w placówkach oświatowych.

W trakcie działań winny być omówione kwestie:

- warunków żywienia uczniów, w tym stanu sanitarnego kuchni i jadalni;
- zapewnienia higieny przygotowywania i podawania posiłków;
- asortymentu dostępnego w sklepikach szkolnych;
- omówienie bezpieczeństwa przygotowywanego posiłku na podstawie badania mikrobiologicznego pobranych próbek;
- oceny i weryfikacji jadalospisów wraz z oceną kaloryczności, wartości odżywczej oraz urozmaicenia posiłków uczniów;
- omówienie zalecanych technik obróbki żywności wraz z warsztatami;
- organizacja żywienia w szkole –długość przerwy obiadowej, godziny podawania posiłków itp.

Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące zasad zdrowego żywienia, jego następstw zdrowotnych, skuteczności wcześniej podjętej zmiany nawyków i postaw u uczniów, ale też konsekwencji zaniedbań w zakresie zdrowego odżywiania.

W ramach profilaktyki należy omówić kwestie zarówno profilaktyki w miejscu pracy czyli szkole, ale także przeciwdziałaniu błędom w życiu prywatnym – czyli zachowania w domu, przestrzeganie właściwej higieny przygotowywania posiłków, zapobieganie nadwadze i otyłości, dbałość o odpowiedni poziom aktywności fizycznej.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniom poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Za ten element edukacji, w tym przygotowanie i przeprowadzenie testu odpowiedzialne będą osoby wskazane przez beneficjenta, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Działania edukacyjne dla pracowników stołówek, dyrekcji szkół, agentów sklepików szkolnych itp.:

- działania edukacyjne będą składały się z 5 godz. zegarowych zajęć;
- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla pracowników stołówek, , dyrekcji szkół, agentów sklepików szkolnych z terenu Miasta Lublin;
- zajęcia będą organizowane dla ww. adresatów łącznie na terenie Miasta, w cyklu co najmniej 1 raz w ciągu roku szkolnego.

Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby o określonych kwalifikacjach:

1. dietetyk, lub
2. pielęgniarka, lub
3. psycholog/terapeuta, lub
4. specjalista żywienia, lub
5. technolog żywności/kucharz, lub
6. pozostały personel – personel, który stanowią:
 - a) osoby posiadające doświadczenie, wiedzę i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań edukacyjnych ukierunkowanych na realizację zadań wynikających z niniejszego programu.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej spełniającej kryteria włączenia.

Podczas działań edukacyjnych beneficjenci mogą wykorzystać własne materiały pogładowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posilkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje działające na rzecz zdrowego odżywiania i temu podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważnym jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Działania edukacyjne zasady ogólne:

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o zdrowym odżywianiu, zasadach postępowania, piramidzie żywieniowej, normach i zaleceniach dotyczących właściwego żywienia dzieci;
- informacje o celach i zakresie realizowanego programu.

Ad. 4. Przeprowadzenie konkursu plastycznego promującego zdrowe odżywianie

Celem konkursu jest:

1. Popularyzowanie wiedzy o zdrowej żywności oraz zasadach zdrowego odżywiania.
2. Zachęcanie dzieci, rodziców, nauczycieli i pracowników stołówek szkolnych do czynnego zainteresowania się tematyką zdrowego odżywiania.
3. Rozwijanie samodzielności i kreatywności uczniów oraz ich umiejętności artystycznych.
4. Uatrakcyjnienie szkolnych jadłospisów.

Założenia organizacyjne:

1. Konkurs skierowany jest do uczniów i nauczycieli klas I - III szkół podstawowych oraz pracowników stołówek szkolnych w lubelskich szkołach podstawowych.
2. Konkurs obejmuje 2 kategorie konkursowe:
 - Prace plastyczne promujące zdrowe odżywianie – konkurs dla uczniów klas I – III szkół podstawowych,
 - Jadłospis dekadowy obiadu szkolnego – konkurs dla pracowników stołówek szkolnych.

Laureaci konkursu winni otrzymać dyplomy oraz nagrody rzeczowe.

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

Od realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach niniejszego programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń podczas jego realizacji.

Realizator wybrany w drodze konkursu będzie dysponować wymaganą kadrą, sprzętem oraz fakultatywnie pomieszczeniami niezbędnym do wykonywania zaplanowanych procedur.

W realizacji interwencji zastosowane będą wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP.

Dokumentacja medyczna powstająca w trakcie realizacji programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie udzielającego świadczeń w ramach programu. Warunki będą zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Za etap edukacji będą odpowiedzialne osoby o określonych kwalifikacjach:

7. dietetyk, lub
8. pielęgniarka, lub
9. psycholog/terapeuta, lub
10. specjalista żywienia, lub
11. technolog żywności/kucharz, lub
12. pozostały personel – personel, który stanowią:
 - a) osoby posiadające doświadczenie, wiedzę i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań edukacyjnych ukierunkowanych na realizację zadań wynikających z niniejszego programu.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Ostatnim elementem będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości realizowanych działań. Każdy rodzic/opiekun dziecka, ewentualnie uczniowie klas II-III samodzielnie, po zakończeniu edukacji będą

proszeni o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji z działań podejmowanych w ramach programu.

Rodzice dzieci zostaną poproszeni o wypełnienie ankiet ewaluacyjnych w klasie I-III na początku programu i w klasie III na zakończenie programu, która posłuży opracowaniu przez realizatora raportu rocznego dla Organizatora programu.

W ramach działań będą prowadzone pomiary antropometryczne – wzrost i waga ucznia, na podstawie, których będzie wyliczany wskaźnik BMI. Obniżenie wartości wskaźnika BMI o 2 punkty na zakończenie programu w stosunku do wyników na początku programu u 25% populacji uczniów objętej programem będzie miarą sukcesu realizacji zaplanowanych działań.

5.1 Monitorowanie

Ocena zgłaszalności to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z założeń i prognoz realizacji programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w rocznych przedziałach czasowych.

Realizator będzie także zobligowany do złożenia raportu końcowego, po zakończeniu działań w ramach programu.

Monitoringowi zostanie poddana m.in. liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych poszczególnych badań przesiewowych, liczba uczestników działań edukacyjnych. Jej zmiana w poszczególnych latach programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto szczególna uwaga winna zostać zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie, pomimo złożenia zgody na udział w badaniu. Realizator przeanalizuje i uwzględni przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski z analizy przyczyn odmów na udział w badaniu zostaną wykorzystane do możliwej minimalizacji odmów uczestników do przystąpienia do programu w kolejnych latach jego realizacji.

Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez beneficjenta oraz organizatora programu, a ich jakość regularnie monitorowana za pomocą samodzielnie opracowanego narzędzia, np. ankiety satysfakcji uczestnika programu przez realizatora programu. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom programu, którzy

będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą podniesieniu jakości prowadzonego programu i zwiększeniu poziomu zadowolenia uczestników.

5.2 Ewaluacja

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany organizator programu.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji:

- określenie liczby przebadanych dzieci wśród uczniów objętych programem na podstawie danych od realizatorów;
- określenie wskaźnika BMI u dzieci objętych programem; na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatorów i jego zmiana w czasie trwania programu;
- określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami nadwagi i otyłości u dzieci objętych programem; na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatorów;
- liczba dzieci u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg, % masy ciała i wskaźniku BMI – na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora;
- określenie odsetka dzieci spożywających słodczy częściej niż jeden raz dziennie wśród uczniów objętych programem; na podstawie ankiet i wywiadów wykonanych przez realizatorów;
- określenie liczby i odsetka dzieci spożywających warzywa i owoce minimum 2 razy dziennie wśród uczniów objętych programem; na podstawie ankiet i wywiadów wykonanych przez realizatorów;
- liczba osób ogółem uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy; na podstawie testów wiedzy wykonywanych przez realizatora;
- liczba uczniów uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy; na podstawie wyników testów przeprowadzonych przez realizatora;

- liczba rodziców/opiekunów/nauczycieli/pracowników stołówek uczestniczących w edukacji żywieniowej, u których nastąpił wzrost wiedzy na podstawie wyników ankiet i testów przeprowadzonych przez realizatora;
- liczby rodzin, które wprowadziły zasady prawidłowego żywienia, na podstawie wyników ankiet uzyskanych od realizatora;
- liczba rodzin, które zwiększyły swoją aktywność fizyczną, na podstawie wyników ankiet uzyskanych od realizatora.

Powyższe wskaźniki będą analizowane odpowiednimi narzędziami, wykorzystane zostaną dane uzyskane np. z raportów z monitoringu.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1 Koszty jednostkowe

Koszty realizacji programu:

- przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych;
- koszty działań edukacyjnych
- koszty nagród w konkursie

Koszty pomiarów antropometrycznych – 5 zł za ucznia.

Koszt całkowity pomiarów wyniesie 15 000 zł w pierwszym roku trwania programu w jednym roczniku uczniów.

Działania edukacyjne dla dzieci i rodziców/nauczycieli powinny obejmować około 1,5 godziny zajęć dla każdej grupy (klasy) uczestników.

Szacuje się, iż odbywać się będą z częstotliwością raz w ciągu roku. W podziale na zajęcia dzieci oraz oddzielnie rodzice/nauczyciele.

Koszt jednego szkolenia (wynagrodzenie osoby prowadzącej) to około 150 zł/spotkanie.

Koszty związane z działaniami edukacyjnymi to około 144 klas x 150zł x 2 grupy x 1 raz w roku = 43.200 zł rocznie na jeden rocznik uczniów uczestniczących w programie.

Działania edukacyjne dla pracowników stołówek i kuchni powinny obejmować około 5 godziny zajęć podczas każdego spotkania

Szacuje się, iż odbywać się będą z częstotliwością 1 razy w ciągu roku.

Koszt jednego szkolenia (wynagrodzenia osób prowadzących, wynajem sali) to około 12 000 zł/spotkanie. Możliwe do przeprowadzenia są także warsztaty dla pracowników kuchni i stołówek szkolnych. Orientacyjny koszt warsztatów to około 200 zł/osobę. Szacunkowa liczba uczestników to 35-110, zatem koszt warsztatów wyniesie 7 000 – 22 000 zł.

Koszty roczne związane z działaniami edukacyjnymi dla pracowników to około 12 000 zł wykłady i do 22 000 zł warsztaty.

Koszty konkursu - zakup nagród i dyplomów szacowane są do kwoty 3 000 zł rocznie.

6.2 Koszty całkowite

Koszt całkowity realizacji programu jest zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej.

Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.

Powyższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od wniosków, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne wnioski mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

W poszczególnych latach Gmina Lublin przeznaczy na realizację programu:

- a) w 2019 r. - **232.600 zł**
- b) w 2020 r. - **232.600 zł**
- c) w 2021 r. - **232.600 zł**

Koszt całkowity realizacji programu w latach 2019-2021 zł wyniesie: 697 800 zł.

Na całkowity roczny budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty organizacyjne:

- opracowanie organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- wystandaryzowane protokoły postępowania pracy poszczególnych uczestników programu –edukatorów/dietetyków;
- wydruki ankiet;
- materiały biurowe;
- opracowanie schematów realizacji badania.

Koszty ogólne programu:

- koszty obsługi administracyjnej programu;
- koszty monitorowania zewnętrznego;
- koszty ewaluacji;
- koszt zakupu nagród i upominków w ramach konkursu plastycznego.Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej:
- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie, utrzymanie i aktualizacja zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, aktualizacja informacji w serwisie);

- zaprojektowanie i zamieszczenie bannerów reklamowych w lokalnych serwisach informacyjnych on-line.

Tabela 2. Planowany roczny budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
koszty organizacyjne	5 000,00 zł
koszty ogólne programu	10 000,00 zł
koszty kampanii informacyjno-promocyjnej	6 000,00 zł
pomiary antropometryczne	45 000,00 zł
koszty działań edukacyjnych	129 600,00 zł
koszty działań edukacyjnych dla pracowników stołówek	12 000,00 zł
warsztaty dla pracowników stołówek	22 000,00 zł
koszty nagród w konkursie	3 000,00 zł
Razem	232 600,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

Maksymalne koszty całkowite, przy zakładanej liczbie wykonanych procedur w ramach programu oraz przy objęciu programem całości zakładanej populacji korzystającej, niezbędne do realizacji programu, szacowane są na ok. **232.600** zł rocznie.

6.3 Źródła finansowania

Program zdrowotny dla mieszkańców miasta Lublina sfinansowany zostanie w całości ze środków budżetu Gminy Lublin w ramach środków przeznaczonych na Programy Polityki Zdrowotnej Dz. 851, rozdz. 85149. Gmina zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji projektu.

7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

pt. „Jedz z głową”

1. Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałeś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?

.....
.....
.....

4. O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

.....
.....
.....

5. Inne uwagi.

.....
.....
.....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

b. Ankieta satysfakcji uczestnika szkoleń i warsztatów

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na szkoleniu będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć

- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały szkoleniowe były pomocne w trakcie szkolenia?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Jakie treści merytoryczne powinny zostać Pani/Pana zdaniem uwzględnione w kolejnych szkoleniach tego typu?

.....

Co podczas szkolenia najbardziej się Pani/Panu podobało? Czego podczas szkolenia Pani/Panu zabrakło?

.....

c. Ankieta ewaluacyjna rodzice

1. Płeć dziecka

- ☐ chłopiec ☐ dziewczynka

2. Czy u kogokolwiek w domu występuje zjawisko nadwagi lub otyłości?

- ☐ tak ☐ nie (*przejdź do pyt.4*) ☐ nie umiem określić (*przejdź do pyt.4*)

2a. U którego z domowników występuje nadwaga lub otyłość?

(*możliwość wielokrotnego wyboru*)

- ☐ mama
☐ tata
☐ dziecko
☐ dzieci (*ile?.....*)
☐ inna/e osoba/y (*kto?.....*)

3. Czy w domu stosowana jest jedna z następujących diet?

- ☐ wegetariańska
☐ wegańska
☐ inna (*jaka?.....*)
☐ nie stosuje żadnej diety

4. Które z podanych poniżej posiłków spożywa Pani/a dziecko w ciągu dnia?

(*możliwość wielokrotnego wyboru*)

- ☐ śniadanie
☐ II śniadanie
☐ obiad
☐ podwieczorek
☐ kolacja

5. Czy dziecko pomiędzy posiłkami spożywa przekąski?

- ☐ tak
☐ nie (*przejdź do pyt 6*)
☐ nie wiem (*przejdź do pytania 6*)

5a. Jakie najczęściej przekąski spożywa Pani/a dziecko? (*max.3*)

.....
.....

6. Jak często produkty wymienione poniżej spożywane są przez Pani/a dziecko?

	5-6 razy w ciągu dnia	3-4 razy w ciągu dnia	1-2 razy w ciągu dnia	3-4 razy w tygodniu	1-2 razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	wcale
Pieczyno							
Ryż, kasze, makarony							
Warzywa							

Owoce							
Nabiał							
Mieso, wędliny							
Ryby							
Jaja							
Orzechy i nasiona							
Przekąski słodkie							
Przekąski słone							
Jedzenie typu fast- food							
Tłuszcze (masło, margaryna, olej)							

7. Jakiego typu napoje spożywa Pani/a dziecko najczęściej?

(wybierz maksymalnie 3 odpowiedzi)

- ☐ woda (niegazowana)
- ☐ napoje gazowane (oranżada, cola)
- ☐ napoje niegazowane (wody smakowe, nektary, herbaty smakowe)
- ☐ soki owocowe
- ☐ soki warzywne
- ☐ mleko
- ☐ napoje mleczne (jogurty, maślanki, kakao)
- ☐ herbata
- ☐ inne (jakie?.....)

d. Test wiedzy rodzice dzieci

Zaznacz jedną odpowiedź:

	Treść stwierdzenia	(1)TAK	(2)NIE	(3)NIE WIEM
1	Czy produkty zbożowe tzn. pieczywo, makaron, ryż, kasza, wystarczy spożywać raz dziennie.	☐	☐	☐
2	Czy owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.	☐	☐	☐
3	Czy duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.	☐	☐	☐
4	Czy ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.	☐	☐	☐
5	Czy olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.	☐	☐	☐
6	Czy pieczywo ciemne/razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.	☐	☐	☐
7	Czy ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser biały/twarogowy.	☐	☐	☐
8	Czy w podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.	☐	☐	☐
9	Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.	☐	☐	☐
10	Woda służy do gaszenia pragnienia	☐	☐	☐

e. Test wiedzy nauczyciele/pracownicy stołówek szkolnych

	Treść stwierdzenia	Prawda	Fałsz	Trudno powiedzieć
C1	Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie.			
C2	Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko.			
C3	Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.			
C4	Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.			
C5	Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.			
C6	Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy.			
C7	Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory.			
C8	Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe.			
C9	Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.			
C10	Pieczyczo razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.			
C11	Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”.			
C12	Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D.			
C13	Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy.			
C14	W podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.			
C15	Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi.			
C16	Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.			
C17	Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie.			
C18	Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza.			
C19	Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej.			

8. Bibliografia:

1. World Health Organization, Healthy diet, (dostęp: 28.07.2018)
2. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012; 345: e7666.
3. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010.
5. Nishida C, Uauy R. WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. *Eur J Clin Nutr*. 2009; 63 Suppl 2:S1–4
6. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015
7. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
8. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014
9. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
10. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014
11. UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013
12. NCD Risk Factor Collaboration: Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adult. *Lancet* 2017, 390: 2627-42.
13. Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane

- w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz.U. 2016 poz. 1154)
15. Guideline: Potassium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
 16. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. N Engl J Med. 2014; 371(7):624-634.
 17. UNICEF: „Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych”;
 18. Małecka-Tendera E, Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y. On behalf of the Polish Childhood Obesity Study Group: Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children. Obes Res 2005, 13: 964-968;
 19. Ośrodek Rozwoju edukacji: „Wady postawy u dzieci i młodzieży”, Warszawa 2014;
 20. Górecki A. i inni: „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania”, Warszawa 2009;
 21. Informacje o kampanii „Rodzina w Formie”;
 22. Olszanecka-Glinianowicz i inni: Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością;
 23. Informacje o projekcie „Zachowaj równowagę”, <http://www.zachowajrownowage.pl/>;
 24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej- Dz.U z 2016 r. poz. 86 oraz Dz. U z 2017 r. poz. 1300.
 25. Najwyższa Izba Kontroli (NIK): „NIK o otyłości wśród uczniów”, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-otylosci-u-uczniow.html>;
 26. Obłącińska A.: „Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej”, Warszawa 2013, ISBN 978-83-62360-47-5;