

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

**REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY
DOTYCZĄCY PRZECIWDZIAŁANIA NADWADZE I OTYŁOŚCI
W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM
WŚRÓD OSÓB W WIEKU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ
NA LATA 2019-2023 – PILOTAŻ
„odWAŻYMY ŁÓDZKIE”**

Okres realizacji Programu: 2019 – 2023

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.
3. Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś X, Priorytet Inwestycyjny 8 vi.
4. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, zatwierdzone przez Ministra Inwestycji i Rozwoju w dniu 21.06.2019 r., wydane na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.
5. Krajowe Ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020., Rozdział 6.2, Narzędzie 2.
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Łódź, październik 2019 r.



I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ponad 1,9 mld ludzi powyżej 18 roku życia ma nadwagę a 650 mln jest otyłych. Nadmierna waga to nie tylko problem osób dorosłych – 380 mln dzieci i młodzieży boryka się z nadwagą lub otyłością. Wg statystyk WHO, **Europa ma drugi najwyższy odsetek osób z nadwagą lub otyłością na świecie wynoszący 58%.**

Liczba osób z nadwagą i otyłością wzrasta w ostatnich latach dramatycznie – wg danych WHO w latach 1975-2016 uległa potrojeniu¹. Organizacja ta szacuje, że w 2030 r. odsetek Europejczyków cierpiących na nadwagę sięgnie 90%, a połowa będzie zmagająca się z otyłością². Ludziom coraz trudniej jest utrzymać normalną wagę w dzisiejszym „otyłogennym” środowisku³. Na to środowisko składają się m.in. niskie wskaźniki karmienia piersią, trudności w dostępie do zdrowej żywności, brak umiejętności gotowania, dostęp i reklama wysokoenergetycznych i niezdrowych produktów – mieszkańcy UE spożywają dziennie 500 kcal więcej niż 40 lat temu, rozwiązania urbanistyczne, np. korzystanie z samochodu w celu dojazdu do pracy, presja związana ze stylem życia, która często prowadzi do ograniczenia aktywności fizycznej (zarówno w pracy, jak i w czasie wolnym) – przeciętny Europejczyk spędza co najmniej 5 godzin dziennie w pozycji siedzącej, dzienne spalanie energii podczas pracy zmniejszyło się na przestrzeni 40 lat z 1500 kcal do 1400 kcal wśród mężczyzn i z 1300 kcal do 1200 kcal wśród kobiet⁴. O ile otyłość uważano kiedyś za problem tylko w krajach wysokorozwiniętych – jest to choroba z nadmiaru a nie niedoboru, to w ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost odsetka osób z nadwagą lub otyłych w krajach o niskim i średnim dochodzie, w szczególności na obszarach miejskich, gdzie ludzie częściej prowadzą siedzący tryb życia. Dobre odżywianie - odpowiednia, dobrze zbilansowana dieta w połączeniu z regularną aktywnością fizyczną są podstawą dobrego zdrowia. W krajach należących do UE największe czynniki ryzyka przedwczesnej śmierci to: ciśnienie krwi, cholesterol, waga, niewystarczające spożycie owoców i warzyw, brak aktywności fizycznej i nadużywanie alkoholu są powiązane z tym, jak jemy, pijemy i ćwiczymy.

¹ Dane dla 2016 r. WHO, *Non-communicable diseases. Country profiles 2018*, Geneva 2018, s. 17.

² L. Webber et al. *The future burden of obesity-related diseases in the 53 WHO European-Region countries and the impact of effective interventions: a modelling study*, BMJ Open (2014) 4(7).

³ B. Popkin, *The Healthy Weight Commitment Foundation Pledge: Calories Purchased by US Households with Children, 2000-12*, „American Journal of Preventive Medicine”, Vol. 47, No. 4, 2014, s. 520-530.

⁴ Powyższe dane pochodzą z: European Association for Study of Obesity, *Factsheet on the causes of obesity*,

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Otyłość jest stanem charakteryzującym się zwiększeniem masy ciała poprzez wzrost ilości tkanki tłuszczowej (u mężczyzn powyżej 25%, u kobiet powyżej 30% masy ciała), spowodowanym hipertrofią lub/i hiperplazją adipocytów.

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele sposobów obliczania prawidłowej masy ciała. Od wielu lat najbardziej popularnym miernikiem prawidłowości masy ciała jest wskaźnik Queteleta, którego częściej używana nazwa to BMI (Body Mass Index). Do obliczenia **BMI służy następujący wzór: $BMI = \text{masa ciała w kg} / \text{wzrost w m}^2$**

Interpretacja zakresów wartości wskaźnika BMI przedstawia się następująco:

- niedowaga – wartość wskaźnika $\leq 18,5$;
- waga prawidłowa – wartość wskaźnika 19 – 24,9;
- nadwaga – wartość wskaźnika 25 – 29,9;
- otyłość – wartość wskaźnika 30 – 34,9;
- skrajna otyłość – wartość wskaźnika 35 – 39,9;
- patologiczna otyłość – wartość wskaźnika 40 – 49,9;
- skrajnie patologiczna otyłość – wartość wskaźnika ≥ 50 ⁵.

Do oceny rozmieszczenia tkanki tłuszczowej służą obwód talii (w populacji europejskiej norma dla mężczyzn – poniżej 94 cm, dla kobiet – poniżej 80 cm) oraz wskaźnik talia/biodra (ang. WHR) obliczany przy BMI > 25. Otyłość brzuszną rozpoznaje się przy WHR u kobiet równym lub większym od 0,8, a u mężczyzn równym lub większym od 1,0. Przy wielkości wskaźnika WHR u kobiet poniżej 0,8 oraz u mężczyzn poniżej 1,0 rozpoznajemy otyłość pośladkowo-udową (gynoidalną).

Patogenezę otyłości stanowią czynniki genetyczne, środowiskowe (aktywność fizyczna, dieta), stan hormonalny organizmu, czynniki społeczne i kulturowe oraz czynniki psychologiczne. Ze względu na patogenezę możemy podzielić otyłość na:

- otyłość pierwotną (prostą) powstającą na skutek długotrwałego dodatniego bilansu energetycznego w wyniku nadmiaru podaży energii w stosunku do jej wydatkowania (90% przypadków otyłości),
- otyłość wtórną towarzyszącą innym chorobom oraz będącą skutkiem stosowania niektórych leków). W tym kontekście możemy mówić o otyłości psychoreaktywnej lub nerwicowej wynikającej z braku umiejętności radzenia sobie ze stresem cywilizacyjno-społecznym. Stanowi ona wówczas reakcję na zagrożenia w sytuacjach życiowych.

⁵ M. Wąsowski et al., *Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeniza*, „Postępy nauk medycznych”, tom XXVI, nr 4, 2013.

Jej pierwotne podłoże ma charakter psychologiczno-emocjonalny, poznawczy, później neuroendokryny. Występuje także otyłość podwzgórzowa, wynikająca z guzów mózgu, stanów zapalnych mózgu, udarów mózgu lub zabiegów chirurgicznych na podwzgórz. Otyłość może być objawem endokrynopatii, która jest związana z chorobą Cushinga, zespołem pokastracyjnym, hipogonadyzmem, menopauzą kobiet, niedoczynnością przytarczyc, niedoborem hormonu wzrostu, zespołem Steina-Leventhala. Otyłość może być bezpośrednio uwarunkowana zespołami o charakterze genetycznym. Występuje także otyłość polekowa, która najczęściej jest efektem stosowania pochodnych fenotiazyny, środków uspokajających, pochodnych estrogenów.

W zależności od rozmieszczenia nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej w obrębie poszczególnych partii ciała otyłość dzielimy na:

- androidalną – otyłość brzuszną, wisceralną, typu „jabłko”. Stwierdza się ją głównie u mężczyzn, a także u kobiet w okresie menopauzalnym. Oprócz występowania podskórnych fałdów tłuszczu, tłuszcz gromadzi się głównie w jamie brzusznej, otaczając narządy oraz główne naczynia krwionośne. Otyłość brzuszna jest znacznie silniejszym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, cukrzycy i chorób nowotworowych niż otyłość udowo-pośladkowa.
- gynoidalną – otyłość pośladkowo-udową, typu „gruszka”. To otyłość występująca głównie wśród kobiet, gdzie zbyt duża ilość tkanki tłuszczowej zgromadzona w dolnych partiach ciała - biodra, pośladki, uda.
- uogólnioną – równomierne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej.

Nadwaga i otyłość stanowi trzeci, po nadciśnieniu tętniczym i paleniu tytoniu, czynnik ryzyka innych chorób (por. rys. 1). Według WHO, mała aktywność fizyczna i złe wzory żywienia prowadzące do nadwagi i otyłości w dużym stopniu odpowiadają za zapadalność na cztery najpoważniejsze choroby niezakaźne: choroby sercowo-naczyniowe, choroby nowotworowe, cukrzycę i choroby układu oddechowego (por. rys. 2).

Rys. 1. Powikłania otyłości



Źródło: M. Jarosz, M. Siuba-Strzezińska, *Zachowaj równowagę. Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej*. Projekt KIK/34 w Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy, Warszawa 2016.

Rys. 2. Czynniki ryzyka najważniejszych chorób niezakaźnych wg WHO



Źródło: WHO, *Non-communicable diseases. Country profiles 2018*, Geneva 2018, s. 14.

Nadwaga oraz otyłość sprzyjają występowaniu chorób układu sercowo-naczyniowego, które są przyczyną największych szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych wśród osób w okresie aktywności zawodowej, szczególnie w przypadku mężczyzn, skutkując przedwczesną umieralnością, chorobowością szpitalną oraz trwałą lub okresową niezdolnością do pracy.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną umieralności (w tym także przedwczesnej, poniżej 65 roku życia) w Polsce. Wg danych GUS w 2016 r. były one powodem 167 974 zgonów⁶. Liczba ta pozostaje jedną z największych w Europie. Przy obecnych trendach zachorowań i tempie starzenia się populacji Polski szacuje się, że wyniesie ona 200 tys. już w 2020 r. Mimo że badanie NATPOL 2011 wykazało, że umieralność spowodowana tymi chorobami w ostatnim 20-leciu zmniejsza się i to głównie dzięki zmianom stylu życia Polaków (54% obserwowanej redukcji umieralności)⁷, badanie WOBASZ I i II potwierdziło **rozpowszechnienie zależnych od stylu życia czynników ryzyka chorób układu krążenia u ponad 90% mężczyzn i 89% kobiet w Polsce**, w tym:

⁶ GUS BDL (dostęp: 21.10.2018).

⁷ T. Zdrojewski et al., *Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey*, "Kardiologia Polska" 2013; 71, 4, s. 381–392.

- brak aktywności fizycznej lub okazjonalną - 57% mężczyzn i 55% kobiet,
- otyłość - 26% mężczyzn i 26% kobiet,
- hipercholesterolemię u 61% mężczyzn i 62% kobiet, z czego 6% osób była skutecznie leczona (77% dorosłych miało jedną z różnych postaci dyslipidemii zwiększających ryzyko chorób sercowo-naczyniowych),
- nadciśnienie tętnicze - 49% mężczyzn (skutecznie leczonych 19%) i 38% kobiet (skutecznie leczonych 27%),
- palenie papierosów - 30% mężczyzn i 21% kobiet⁸.

Z perspektywy Programu, kluczowy jest fakt, że **nadwaga i otyłość są jednym z czynników ryzyka, których rola na przestrzeni lat systematycznie rośnie.**

Zgodnie z prognozą zachorowalności zawartą w „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla Polski” wskazuje się na wzrost liczby nowych przypadków kardiologicznych w związku z postępującym starzeniem się populacji. Szacuje się, że w roku 2025 będzie 426 tys. pacjentów chorujących na co najmniej jedną z dolegliwości kardiologicznych – co oznacza 13% wzrost w ciągu dekady. Liczba hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia stanowi łącznie ponad 50% osób hospitalizowanych. Koszty diagnostyki i terapii chorób serca i naczyń wynosił 15,3 mld zł. Koszty pośrednie z powodu ww. chorób oszacowano rocznie na 26,6 mld zł, w tym na wcześniejsze emerytury i renty - 16,6 mld zł, straty z powodu przedwczesnej umieralności - 8 mld zł, oraz z powodu przebywania na zwolnieniu lekarskim - 2 mld zł⁹. Wiele osób nie jest świadomych zależności pomiędzy nadwagą i otyłością a zapadalnością na choroby nowotworowe. Tymczasem Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC) zidentyfikowała 13 nowotworów związanych z nadwagą i otyłością. Są to: oponiak, szpiczak mnogi, gruczolakorak przełyku i raki tarczycy, rak piersi (po menopauzie), woreczka żółciowego, żołądka, wątroby, trzustki, nerek, jajnika, macicy, okrężnicy i odbytu (rak jelita grubego). Z badań naukowców z National Cancer Institute wynika, że 55% wszystkich nowotworów zdiagnozowanych u kobiet i 24% u mężczyzn wiąże się z nadwagą / otyłością, a ich częstotliwość rośnie, z wyjątkiem raka jelita grubego, którego występowanie zostało ograniczone dzięki skuteczności badań przesiewowych¹⁰. Tymczasem w 2016 r. 106 tys. Polaków zmarło z powodu nowotworu, a ok. 160 tys. osób zapada rocznie na nowotwór złośliwy¹¹.

⁸ W. Drygas et al., *Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ*, styczeń 2015.

⁹ Dane cytowane za: *Ogólnopolskim programem profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)*.

¹⁰ D. C. Whiteman, L. F. Wilson, *The fractions of cancer attributable to modifiable factors: A global review*. "Cancer Epidemiology" 2016; 44, s. 203-221.

¹¹ Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018, s. 30.

Cukrzyca, jako istotne zagrożenie, mające wpływ na kondycję zdrowotną społeczeństwa, często występuje jako powikłanie nadwagi i otyłości. Otyłość jest główną przyczyną insulinoodporności – zaburzenia homeostazy glukozy polegającego na zmniejszeniu wrażliwości tkanek docelowych na insulinę, pomimo jej prawidłowego lub podwyższonego stężenia w surowicy krwi. Obniżona wrażliwość działania insuliny na tkanki stanowi przyczynę podwyższonego stężenia glukozy we krwi, co jest kompensowane zwiększoną produkcją insuliny przez trzustkę. Na cukrzycę zapada rocznie 143 tys. Polaków, a choruje 1,4 mln osób¹². Nadwaga i otyłość przestają być postrzegane jedynie jako czynnik ryzyka, leżący u podłoża wielu chorób, o czym pisaliśmy powyżej. Coraz częściej otyłość traktowana jest jako odrębna jednostka chorobowa. W piśmiennictwie podkreśla się, że w polityce zdrowotnej należy przeciwdziałać rozwojowi otyłości oraz leczyć ją na jak najwcześniejszym etapie.

Na konferencji powołującej do życia Koalicję na rzecz Walki z Otyłością padły znamienne słowa: *„Kluczową rzeczą, jeśli chodzi o problem walki z otyłością w Europie, jest szeroka zmiana świadomości wśród lekarzy – szczególnie tych, którzy na co dzień nie leczą otyłości, jak i zmiana świadomości społecznej. Musimy uświadomić sobie, że otyłość to choroba jak każda inna. Nie rozwija się tylko u osób o słabej woli. To choroba wieloczynnikowa i wynika z mechanizmów odpowiedzialnych za przyjmowanie energii do organizmu, jej rozkład i zużycie. I jeśli uświadomimy sobie, że jest to choroba jak każda inna, to zrozumiemy, że należy zacząć ją leczyć”*¹³.

Wg danych GUS z nadwagą boryka się 10,7 mln Polaków, a na otyłość cierpi blisko 5 mln osób¹⁴.

Poziom aktywności fizycznej Polaków jest niezadowalający. Zaledwie co siódmy Polak w wieku 15-69 lat spełnia normy dotyczące poziomu aktywności fizycznej w czasie wolnym rekomendowane przez WHO, nieco więcej – 21,9%, jeśli weźmiemy pod uwagę także regularną aktywność związaną z przemieszczaniem się, np. do pracy na rowerze. Wśród mężczyzn w wieku 15-69 lat udział osób spełniających zalecenia WHO jest nieco wyższy niż wśród kobiet – 18,9% wobec 13,4%.

Warto również zauważyć, że odsetek osób spełniających zalecenia WHO w poszczególnych grupach wiekowych maleje wraz z wiekiem – por. wykres 1¹⁵.

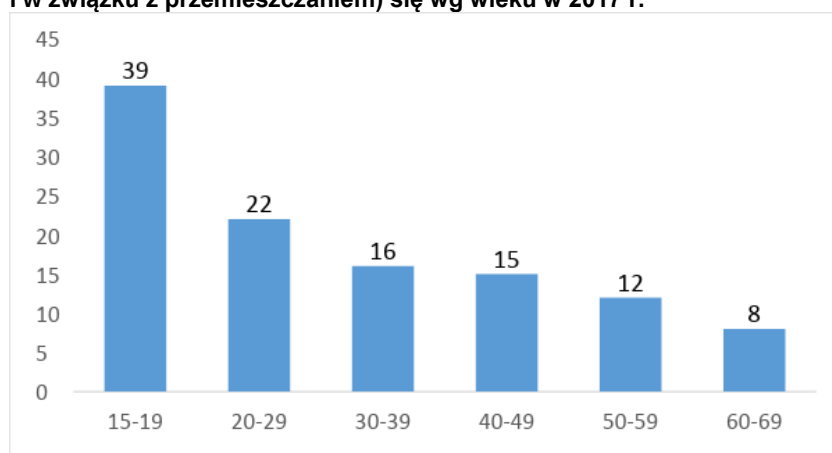
¹² Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018, s. 6 i 9.

¹³ <https://stopobesity.eu/informacje-prasowe/przyczyna-zgonu-otylosc/> (dostęp: 17.10.2018).

¹⁴ GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, tablice wojewódzkie W14.

¹⁵ Ministerstwo Sportu i Turystyki, *Poziom aktywności fizycznej Polaków 2017*, Warszawa, listopad 2017.

Wykres 1. Odsetek osób spełniających zalecenia WHO w zakresie aktywności fizycznej (w czasie wolnym i w związku z przemieszczaniem) się wg wieku w 2017 r.



Źródło: Ministerstwo Sportu i Turystyki, *Poziom aktywności fizycznej Polaków 2017*, Warszawa, listopad 2017, s.3.

Wzory żywienia Polaków przyczyniają się do pogłębienia problemu nadwagi i otyłości.

Badanie WOBASZ II wykazało, że zaledwie 1% Polaków stosuje się do zaleceń diety ubogokalorycznej. Połowa nie spożywa zalecanej ilości warzyw i owoców. Jakość diety mierzona Indeksem Jakości Diety (HDI) jest niska. Dietę wysokiej jakości stosuje zaledwie 15%, a 60% żywi się źle¹⁶. 72% Polaków przegryza między posiłkami słodczyce, chrupki, chipsy. Niemal co piąty (17%) robi to codziennie, mniej więcej co trzeci (29%) – kilka razy w tygodniu. Po słodczyce między posiłkami stosunkowo częściej niż inni sięgają respondenci młodszy, a zwłaszcza najmłodszy, natomiast rzadziej niż pozostali – ci, którzy znajdują się w złej sytuacji materialnej. Dostępne w sklepach gotowe dania jada połowa badanych (49%), przy czym przeważnie nie częściej niż kilka razy w miesiącu (44% spożywa je kilka razy w miesiącu lub jeszcze rzadziej). Ich konsumpcji sprzyja młody wiek, zamieszkiwanie w największych aglomeracjach i – w mniejszym stopniu – wyższe wykształcenie. Większości ankietowanych (62%) zdarza się jeść tuż przed snem: co czwarty (25%) robi to kilka razy w tygodniu lub częściej. Zachowanie to częściej cechuje mężczyzn niż kobiety. Ponadto jego popularność jest większa wśród młodszych niż starszych badanych¹⁷. **Jednym z elementów działań profilaktycznych powinna być popularyzacja aktywnego trybu życia.** Badania WOBASZ I i II wykazały jednak, że aktywność fizyczna nie jest często zalecana w codziennej praktyce lekarzy. Pojawia się zaledwie w przypadku około 10% pacjentów bez czynników ryzyka. Zalecenia co do ruchu są częściej formułowane wobec mężczyzn i osób z czynnikami ryzyka lub z chorobami przewlekłymi. Można przyjąć, że głównymi barierami w udzielaniu takiego poradnictwa jest brak czasu, brak odpowiedniej wiedzy na temat danego rodzaju ćwiczeń oraz brak wiary w możliwość zmiany zachowania pacjentów na zdrowsze.

¹⁶ A. Waśkiewicz et al, *Are dietary habits of the Polish population consistent with the recommendations for prevention of cardiovascular disease? — WOBASZ II project*, "Kardiologia Polska", 2016; 74, 9.

¹⁷ CBOS, *Zachowania żywieniowe Polaków*, Warszawa, sierpień 2014.

Zdrowa dieta ma znaczący wpływ na zdrowie. W obu badaniach WOBASZ konsultacje dietetyczne nie były częstą praktyką (od 25% do 30% respondentów potwierdziło taką konsultację) i były głównie udzielane osobom z rozpoznaniem chorób sercowo-naczyniowych (około 40-45%)¹⁸. **Występowanie nadwagi i otyłości przynosi realne skutki ekonomiczne,** szacowane nawet na 2,8% PKB. Składają się na nie koszty bezpośrednie związane z leczeniem otyłości i jej powikłań oraz koszty pośrednie, takie jak np. ograniczenie lub utrata zdolności do pracy, wypłata świadczeń socjalnych i przedwczesne zgony. Leczenie otyłości i chorób z nią związanych w istotnym stopniu obciąża budżety systemów ochrony zdrowia. Wg szacunków, koszty opieki zdrowotnej nad osobami z otyłością są nawet o 44% wyższe niż nad osobami z masą ciała w normie¹⁹. Szacuje się, że koszty związane z otyłością stanowią od 2% do 7% wydatków na ochronę zdrowia w Europie, a wydatki łącznie z leczeniem powikłań otyłości są szacowane nawet na 20%²⁰. Podaje się, że w Polsce choroby związane z nadwagą i otyłością mogą być odpowiedzialne za 25% hospitalizacji²¹. Szacunki wskazują, że koszty leczenia otyłości i powiązanych z nią ośmiu głównych powikłań wynoszą ok. 5% całkowitych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, do czego należy też doliczyć wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych²². Otyłość ma również negatywny wpływ na rynek pracy, o czym piszemy w dalszej części Programu.

I.2 Epidemiologia

Sytuacja demograficzna województwa łódzkiego należy do najtrudniejszych w kraju. Region charakteryzuje najniższy w kraju przyrost naturalny na 1000 ludności (-3,0%), najkrótsze przeciętne dalsze trwanie życia (72 lata), najwyższy przeciętny wiek (41,9 lat), najwyższy odsetek osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym (64,9%), najwyższy odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej (18,3%), najwyższa liczba zgonów na 1000 ludności (12,1%)²³. Powyższe uwarunkowania każą starannie monitorować sytuację epidemiologiczną województwa i efektywnie realizować regionalną politykę zdrowotną. Trudno jest określić dokładną liczbę osób cierpiących na nadwagę i otyłość, których to

¹⁸ A. Piwońska, *Cardiovascular diseases prevention in Poland. Results of WOBASZ and WOBASZ II*, "Kardiologia Polska", w druku (wersja internetowa artykułu opublikowana 31.07.2018).

¹⁹ R. Sturm, J.S. Ringel, T. Andreyeva, *Increasing obesity rates and disability trends*, „Health Affairs” 2004, nr 23(2), s. 199–205.

²⁰ R. Dobbs et al, *Overcoming obesity: An initial economic analysis*, McKinsey Global Institute, 2014.

²¹ M. Jarosz, E. Rychlik, *Otyłość wyzwaniem zdrowotnym i cywilizacyjnym*, „Postępy Nauk Medycznych” 2011, nr 9, s. 712–717.

²² *Spółeczne koszty otyłości i jej powikłań w Polsce*, prezentacja Fundacja MY Pacjenci, 9 kwietnia 2015 r., http://mypacjenci.org/images/info-prasowe/koszty_otylosciEB.pdf (dostęp: 9.02.2016]. cyt. za: W. Zgliczyński, *Otyłość i nadwaga w Polsce*, INFOS, nr 4(227), 15.03.2017.

²³ GUS, *Rocznik statystyczny województw*, Warszawa 2017.

dolegliwości najczęściej nie leczy się. Osoby otyłe zgłaszają się do lekarza z powodu wystąpienia objawów w danej jednostce chorobowej, natomiast nadwaga i otyłość jest chorobą towarzyszącą, często nie wykazywaną w wiarygodny sposób w danych statystycznych.

Województwo łódzkie cechują niekorzystne na tle Polski statystyki masy ciała mieszkańców mierzonej indeksem BMI. GUS podaje²⁴, że odsetek osób otyłych w wieku powyżej 15 lat wynosi 18,4% i jest najwyższy w kraju, a odsetek osób z nadwagą wynosi 38,4% i jest blisko o 2 p.p. wyższy od średniej krajowej – por. tab 1. **56,8% mieszkańców województwa boryka się zatem z nadmierną masą ciała (wobec 51,6% w UE).**

Tab. 1. Waga w wieku 15 lat i więcej wg indeksu masy ciała BMI w odsetkach

	niedowaga	w normie	nadwaga	otyłość
Polska	2,8	43,9	36,6	16,7
Dolnośląskie	3,7	44,9	34,5	16,9
Kujawsko-pomorskie	3,9	44,4	35,6	16,1
Lubelskie	3,3	43,4	35,5	17,8
Lubuskie	2,1	43,4	37,1	17,4
Łódzkie	2,5	40,7	38,4	18,4
Małopolskie	3,3	42,6	38,0	16,0
Mazowieckie	2,6	45,9	35,2	16,3
Opolskie	2,6	41,1	38,6	17,7
Podkarpackie	2,7	46,6	34,6	16,1
Podlaskie	1,9	42,8	38,9	16,3
Pomorskie	1,8	45,2	34,1	19,0
Śląskie	2,8	41,3	40,1	15,8
Świętokrzyskie	3,1	43,0	37,5	16,4
Warmińsko-mazurskie	3,3	43,7	35,3	17,7
Wielkopolskie	2,4	44,9	36,4	16,4
Zachodniopomorskie	3,2	45,6	34,8	16,5

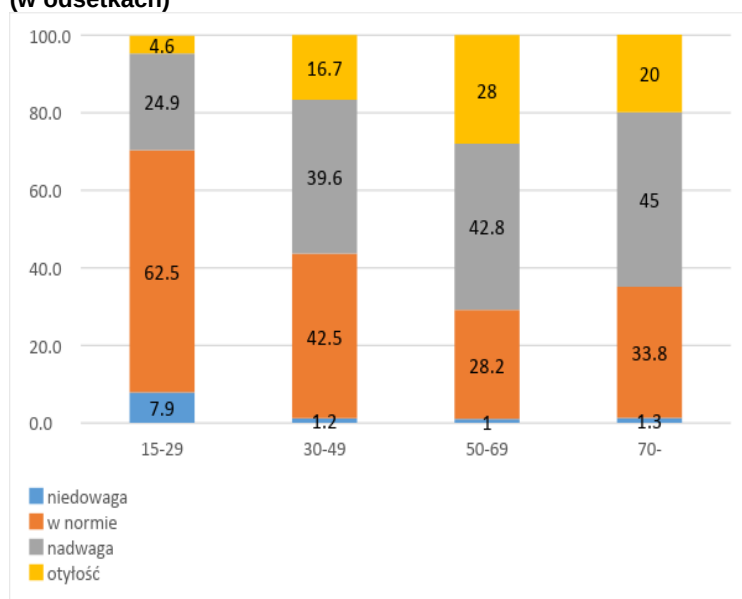
Źródło: GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, tablice wojewódzkie W14, W15, W16.

Czynniki socjoekonomiczne, środowiskowe i demograficzne wpływające na występowanie nadwagi i otyłości to: wiek, płeć, wykształcenie, styl życia oraz sytuacja na rynku pracy.

Problem nadmiernej masy ciała pogłębia się wraz z wiekiem. **Nadwaga bądź otyłość występuje u 70% mieszkańców województwa w wieku 50 lat i więcej**, choć wyraźnie zaznacza się już w grupie trzydziesto- i czterdziestolatków – por. wykres 2. Co ciekawe, z wiekiem pogłębia się dystans cywilizacyjny do UE pod względem wagi mieszkańców regionu. Dysproporcja pomiędzy odsetkiem osób powyżej 50 roku życia z nadwagą bądź otyłych w województwie łódzkim a w UE sięga 10 p.p.

²⁴ GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, tablice wojewódzkie W14, W15, W16.

Wykres 2. Waga mieszkańców województwa łódzkiego wg indeksu masy ciała BMI wg grup wieku (w odsetkach)

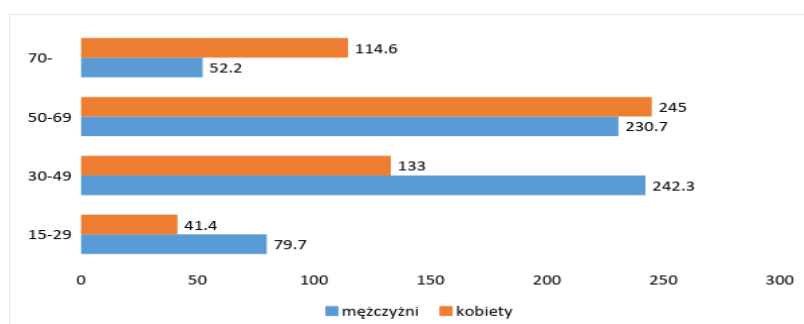


Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, tablice wojewódzkie W14, W15, W16.

Pod względem płci, widać zdecydowanie większą dbałość o ten aspekt zdrowia wśród kobiet. Z nadmierną masą ciała boryka się połowa mieszkank regionu i aż 65% mężczyzn zamieszkujących Łódzkie. W przypadku kobiet problem nasila się zdecydowanie po 50 roku życia – nadmierna masa ciała występuje wówczas u 70% kobiet. W przypadku ¾ mężczyzn problemy z wagą występują już po 30 roku życia. Wśród mężczyzn praktycznie nie występuje problem niedowagi, widoczny szczególnie u młodych kobiet.

W kategoriach bezwzględnych widzimy, że **regionalna polityka zdrowotna w obszarze zapobiegania nadwadze i otyłości powinna koncentrować się na osobach po 50 roku życia i mężczyznach w wieku 30 lat i więcej**, ponieważ te grupy osób z nadmierną masą ciała są najliczniejsze - każda z nich liczy powyżej 200 tys. mieszkańców – por. wykres 3.

Wykres 3. Liczba mieszkańców województwa łódzkiego z wagą wg indeksu masy ciała BMI wg płci i wieku w tys.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, tablice wojewódzkie W14, W15, W16.

Otyłość brzuszna, rozpoznawana jeśli obwód w talii wynosi 88 cm w kobiet i 102 cm u mężczyzn, występowała u 27,3% mężczyzn i 35,8% kobiet zamieszkujących województwo łódzkie²⁵.

Mieszkańcy Łódzkiego nie różnią się od statystycznego mieszkańca Polski pod względem jakości diety oraz aktywności fizycznej. W badaniu WOBASZ I wartość energetyczna dziennej racji pokarmowej (kcal) adiustowana na wieki sezon wynosiła w regionie 2303 kcal dla mężczyzn i 1669 kcal dla kobiet. Średni wskaźnik aterogenności diety wg Keysa wynosił 45 dla mężczyzn i 42 dla kobiet. Zgodnie z zaleceniami dotyczącymi udziału w diecie energii z tłuszczów nasyconych (10%), wielonienasyconych (7%), cholesterolu (300 mg) oraz dla oszacowanej faktycznej kaloryczności diety, pożądane wartości tego współczynnika wynoszą odpowiednio 34 dla mężczyzn oraz 38 dla kobiet²⁶, a zatem wskaźniki dla regionu znacząco przekraczały wartości rekomendowane. Małą aktywność fizyczną (siedzący tryb życia), zdefiniowaną jako niewykonywanie jakichkolwiek ćwiczeń fizycznych trwających przynajmniej 30 minut lub wykonywanie tych ćwiczeń bardzo rzadko, deklarowało 51% mieszkańców i 62% mieszkank województwa. Zadowolającą aktywność fizyczną, rozumianą jako wykonywanie ćwiczeń fizycznych trwających przynajmniej 30 min. przez większość dni tygodnia, deklarowało 35% mężczyzn i 9% kobiet mieszkających w regionie²⁷.

Na ogół, **indeks BMI jest skorelowany ujemnie z poziomem wykształcenia**. Wg OECD, osoby o niskich kwalifikacjach są 2-3 krotnie bardziej narażone na nadwagę i otyłość niż osoby o wysokich kwalifikacjach, przy czym prawidłowość ta jest szczególnie widoczna w przypadku kobiet. Wyjątkiem są Stany Zjednoczone, gdzie w ostatnim czasie gwałtownie rosła skala nadwagi i otyłości wśród dobrze wykształconych Amerykanów²⁸. Podobnych wniosków dostarczają dane EUROSTAT. Otyłość wśród kobiet słabo wykształconych (ISCED 0-2) jest o 33 p.p. wyższa niż wśród kobiet wykształconych (ISCED 5-8). Identyczna prawidłowość występuje także w przypadku Polski. Co ciekawe, nie ma zależności pomiędzy nadwagą i otyłością u mężczyzn a poziomem ich wykształcenia²⁹.

²⁵ U. Biela et al., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska”, 2005; 63: 6 (supl. 4).

²⁶ A. Waśkiewicz, *Wartość energetyczna i odżywcza diety dorosłych mieszkańców Polski. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005; 63: 6 (supl. 4).

²⁷ W. Drygas et al., *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska”, 2005; 63: 6 (supl. 4).

²⁸ OECD, *Obesity Update 2017*, Paris 2017, s. 7.

²⁹ EUROSTAT, *Overweight and obesity – BMI statistics*. Dane pochodzą z drugiego Europejskiego Badania Ankietowego Zdrowia przeprowadzonego w państwach członkowskich UE w latach 2013-2015.

Nadwaga i otyłość ludności ma też realny wpływ na rynek pracy: zatrudnienie i płace, szczególnie w przypadku kobiet. Mimo że wpływ ten zależy od wielu czynników takich jak: płeć, poziom wykształcenia, sektor gospodarki (publiczny, prywatny), charakter pracy, charakter zatrudnienia, badania zebrane przez M. Devaux i F. Sassi³⁰ dostarczają spójnych wniosków i potwierdzają niższą stopę zatrudnienia osób otyłych, niższe nawet do 18% zarobki (na analogicznym stanowisku), niższą produktywność pracowników o nadmiernej wadze, na skutek absentyzmu i prezentyzmu. Wg danych OECD, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, pracownicy otyli przebywali na zwolnieniach dłuższych o połowę w porównaniu z innymi pracownikami³¹. Prezentyzm, tj. zmniejszona wydajność chorego pracownika w pracy, był o 10% wyższy w przypadku pracowników z nadwagą i o 12% wyższy w przypadku pracowników otyłych niż w przypadku pracowników z normalną wagą. Koszty pośrednie otyłości związane z nieobecnością w pracy, rezygnacją z pracy w wyniku nabytej niepełnosprawności lub przedwczesnej śmierci³², szacowane są od 77 do 1033 USD na pracownika, zależnie od poziomu otyłości. Straty z powodu spadku wydajności pracowników otyłych dla gospodarki amerykańskiej wynoszą ponad 11 mld USD, czego 2/3 to koszty prezentyzmu. Badania S. Fitzgerald et al. potwierdzają na przykładzie irlandzkich przedsiębiorstw, że zmiana nawyków żywieniowych i aktywność fizyczna znacząco obniżają ilość absencji pracowniczych³³.

Jak ustalono powyżej nadwaga i otyłość zmniejszają szanse na zatrudnienie. Problem ten dotyczy szczególnie osoby po 50 roku życia. W badaniu OECD wykazano bowiem, że o ile stopa zatrudnienia osób otyłych w tym przedziale wiekowym wynosiła 59%, w przypadku osób z normalną wagą była znacząco wyższa we wszystkich analizowanych krajach, wynosząc średnio 72%. Badania ekonometryczne przytoczone w omawianym raporcie OECD, że osoby otyłe mają problem nie tylko z utrzymaniem pracy, ale także z powrotem na rynek pracy³⁴. Jeśli spojrzymy na statystyki dotyczące aktywności zawodowej, zatrudnienia i bezrobocia wśród osób po 50 roku życia w województwie łódzkim:

- współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 55-64 lat zaledwie 54,2%
- wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55-64 lat na poziomie 52,8%,
- 1/3 bezrobotnych w wieku 50 lat i więcej

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics (dostęp: 18.10.2018).

³⁰ M. Devaux, F. Sassi, *The labour market impact of obesity, smoking, alcohol use and other chronic diseases*, OECD Health Working Papers, no 86, 2015, s. 10.

³¹ OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Paris, 2016, s. 27.

³² Zob. także A. Geattler et al., *Productivity loss due to overweight and obesity: a systemic review of indirect costs*, "BMJ Open", 2017, no 7.

³³ S. Fitzgerald et al., *Obesity, diet quality and absenteeism in a working population*, "Public Health Nutrition", 18(17), s. 3287-3295.

³⁴ OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Paris 2016, s. 23.

- wraz z wiekiem dłuższy okres pozostawania bez pracy.
- udział osób z niskim wykształceniem w grupie bezrobotnych 50+ 40%³⁵, otrzymujemy swoiste błędne koło, pułapkę wykluczenia, w której znajdują się liczni mieszkańcy regionu powyżej 50 roku życia: są oni szczególnie narażeni na nadwagę/ otyłość, czemu sprzyja niski poziom wykształcenia. Trudności w odnalezieniu się na rynku pracy, znajdujące wyraz w przytoczonych danych, są potęgowane przez problem zdrowotny będący przedmiotem niniejszego programu – nadmierna masa ciała utrudnia podejmowanie aktywności zawodowej. Bierność zawodowa lub bezrobocie pogarsza sytuację finansową, a zatem możliwość skutecznej walki z nadwagą i otyłością, szczególnie w kontekście braku adekwatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, o czym będzie mowa w rozdziale I.3.

Istnienie powyższego sprzężenia zwrotnego stanowi uzasadnienie dla objęcia mieszkańców województwa łódzkiego powyżej 50 roku życia, cierpiących na nadwagę / otyłość preferencjami w dostępie do świadczeń proponowanych w niniejszym Programie, o czym piszemy w dalszej części Programu. Nie ulega bowiem wątpliwości, że multidyscyplinarne interwencje przewidziane programem pozwolą skutecznie zmierzyć się z nadmierną wagą i zwiększą potencjał zatrudnialności osób po 50 roku życia.

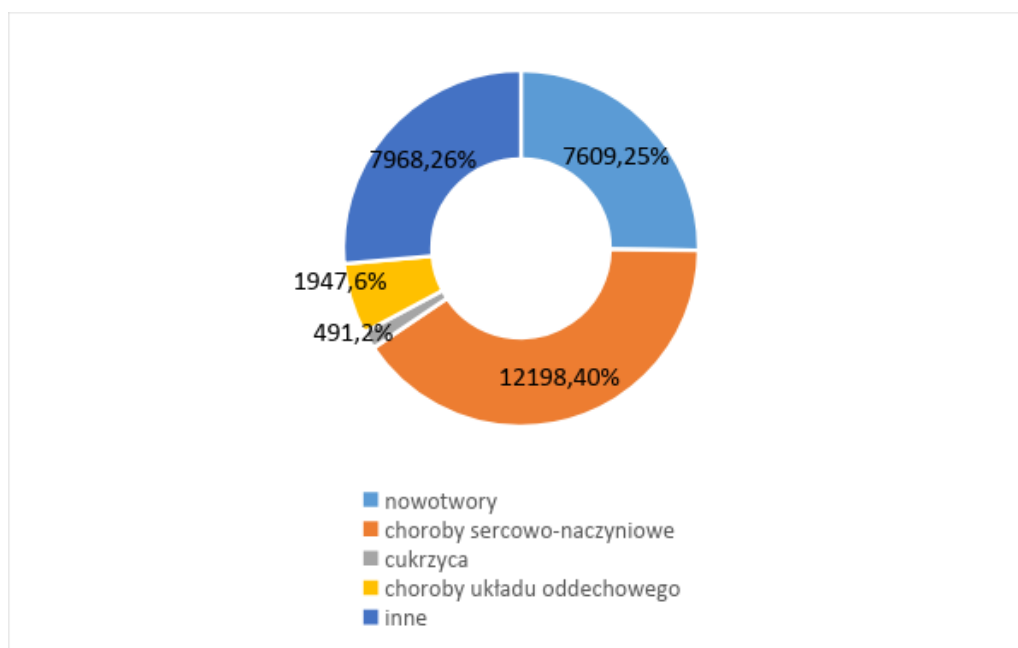
Ciekawym jest, że mimo skali problemu, plasującej województwo – w świetle powyższych danych – w niechlubnej czołówce, wskaźniki zapadalności i chorobowości rejestrowanej, przedstawione w „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa łódzkiego” nie wypadają najgorzej. Może to świadczyć o małej świadomości zdrowotnej mieszkańców w tym zakresie i nietraktowaniu nadmiernej masy ciała jako problemu zdrowotnego czy wręcz choroby. Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy otyłość (ICD 10 E65, E66, E67, E68) w 2014 r. wyniosła 2,3 tys. przypadków, wobec 34,2 tys. w Polsce. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wynosił 92,2 i był znacząco wyższy niż w Polsce (88,8). Liczbę chorych³⁶ w województwie łódzkim oszacowano na 15 tys. (210,8 tys. w Polsce), co w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców dawało 598,9 osób (wobec 547,9 w kraju)³⁷. Umieralność na cztery najpoważniejsze choroby zakaźne: choroby sercowo-naczyniowe, choroby nowotworowe, cukrzycę i choroby układu oddechowego, w przypadku których – zgodnie z ustaleniami WHO - istotnymi czynnikami ryzyka jest dieta, ruch, nadwaga i otyłość, w województwie łódzkim w 2016 r. przedstawia wykres 4.

³⁵ Dane dla 2016 r. GUS BDL (dostęp: 21.10 2018).

³⁶ Na dzień 31.12.2014. Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 r. i którzy nie zmarli do 31.12.2014.

³⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018, s. 18-22.

Wykres 4. Przyczyny zgonów mieszkańców województwa łódzkiego w 2016 r.



Źródło: GUS BDL (dostęp: 21.10.2018)

W 2008 r. liczba utraconych - z powodu nowotworów złośliwych - lat życia mieszkańców Łódzkiego wynosiła 62 tys. dla mężczyzn i 56 tys. dla kobiet. Stanowiło to odpowiednio 514 lat na 10 tys. mężczyzn i 420 lat na 10 tys. kobiet w regionie³⁸. W przypadku chorób sercowo-naczyniowych statystyki wyglądały równie zatrważająco: region stracił 90 tys. lat życia mężczyzn i 80 tys. lat życia kobiet w związku z przedwczesną śmiercią, co w przeliczeniu na 10 mieszkańców dawało odpowiednio 754 i 595 lat³⁹. Zachorowalność na choroby kardiologiczne w Łódzkiem wynosiła 25,7 tys. w 2013 r. Region ma największą w Polsce zapadalność na choroby z tej grupy – blisko 1 na 100 mieszkańców rozpoczął w 2013 r. leczenie w związku ze schorzeniami kardiologicznymi⁴⁰. Nowotwór złośliwy rozpoznano po raz pierwszy u 11776 pacjentów, co na 100 tys. mieszkańców daje najwyższy wskaźnik w kraju – 466⁴¹. Liczba nowych pacjentów na 100 tys. mieszkańców zarejestrowanych w systemie publicznej służby zdrowia w związku chorobą układu oddechowego i cukrzycą wynosiła odpowiednio 1693,8 i 437,9 osób. Liczba chorych na 100 tys. mieszkańców wyniosła

³⁸ M. Piśkała, I. Maniecka-Bryła, *Years of life lost due to malignant neoplasms characterized by the highest mortality rate*, "Archive of Medical Science", 2014; 10, 5: s. 999–1006.

³⁹ Piśkała, I. Maniecka-Bryła, *Years Life years lost due to cardiovascular diseases*, "Kardiologia Polska" 2013; 71, 10: 10666.

⁴⁰ Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018, s. 14.

⁴¹ Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018, s. 31.

odpowiednio 11977 i 4003,8 osoby⁴². Leczenie otyłości oznacza realne koszty dla publicznego systemu opieki zdrowotnej. W 2014 r. w województwie łódzkim liczba hospitalizacji z powodu otyłości wyniosła 987, co stanowiło 17,63% ogółu hospitalizacji w regionie. Przeliczenie jej na 100 tys. ludności dawało wynik 47,42 – czwarty pod względem wartości w kraju. 62,3% przypadków hospitalizacji zakończyło się skierowaniem do dalszej opieki. 7,5% hospitalizowanych pacjentów wymagało rehabilitacji do 90 dni po leczeniu.

I.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Na etapie opracowania niniejszego Programu **brak jest dostępnego kompleksowego i multidyscyplinarnego systemu leczenia nadwagi i otyłości, który byłby finansowany w ramach środków publicznych**. Nie są finansowane efektywne działania związane z profilaktyką i edukacją prozdrowotną społeczeństwa, ukierunkowaną na modyfikację stylu życia. Ze względu na fakt, że nadwaga i otyłość towarzyszy często innym diagnozowanym chorobom, świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych mają na celu przede wszystkim diagnostykę schorzeń przewlekłych, leczenie oraz usługi pielęgnacyjne świadczeniobiorcy podczas choroby.

Wg danych NFZ przytoczonych w „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa łódzkiego” w regionie istniało 6 poradni chorób metabolicznych, które w 2016 r. udzieliły prawie 3 tys. porad z zakresu otyłości dla 1,79 tys. pacjentów. Mediana czasu oczekiwania na poradę wynosiła 129 dni⁴³. Nic więc dziwnego, że pacjenci korzystają z poradni czy centrów leczenia otyłości odpłatnie w sektorze prywatnym. Ceny usług oraz przewlekłość leczenia stanowią jednak istotną barierę w dostępie do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie.

Otyłość stała się niekwestionowanym problemem zdrowotnym w ujęciu globalnym. Na całym świecie podejmowane są działania mające na celu walkę z otyłością i zapobieganie jej skutkom. Jest poważną chorobą, jest czynnikiem ryzyka występowania licznych chorób, w tym cywilizacyjnych, rzutuje również na nasze zdrowie w kontekście psychicznym i społecznym. Osoby otyłe często postrzegane są jako mniej atrakcyjne, a nawet mniej inteligentne. Spotykają się z odrzuceniem społecznym i brakiem akceptacji, trudniej im znaleźć pracę, zaakceptować siebie, co skutkuje frustracją i zmniejszeniem poczucia własnej wartości.

⁴² Ministerstwo Zdrowia, *Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018, s. 8 i nast.

⁴³ Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018, s. 424 i nast.

Z punktu widzenia zdrowia publicznego najlepsze efekty w zapobieganiu otyłości daje wczesna interwencja. Działania edukacyjne podejmowane na rzecz zmiany stylu życia mają szczególne znaczenie w programach zapobiegania otyłości. Ich skuteczność warunkowana jest jednak przede wszystkim poprzez zintegrowany wysiłek rodziny i mediów. Jedynie zbiorowe zaangażowanie w działania legislacyjne, kampanie edukacyjne, programy szkolne/ przedszkolne oraz zwrócenie uwagi na rolę rodziny mogą pomóc odnieść sukces w podnoszeniu świadomości i modyfikacji osobniczych zachowań zdrowotnych w celu odwrócenia niepokojącej tendencji rozpowszechniania się otyłości w Polsce.

W celu ograniczenia nasilającego się zjawiska, niezbędne jest podjęcie wszelkich działań na poziomie nie tylko krajowym, ale również regionalnym, zmierzających do ograniczenia występowania wskazanych problemów zdrowotnych ludności. Przygotowanie przez Departament EFS Regionalnego Programu przeciwdziałania nadwadze, otyłości pozwoli na intensyfikację i koordynację działań podejmowanych w regionie w zakresie omawianego problemu zdrowotnego.

„Regionalny program przeciwdziałania nadwadze i otyłości w województwie łódzkim na lata 2019 – 2023” realizowany jako program pilotażowy w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020 (RPO WŁ) zakłada w głównej mierze finansowanie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nadwagi i otyłości, może nie tylko stanowić doskonałe uzupełnienie działań finansowanych w ramach gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, ale również dzięki szybkiej interwencji, obniży koszty leczenia pacjentów w przyszłości.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Zmniejszenie masy ciała średnio o 5% wyjściowej masy ciała mieszkańców województwa łódzkiego ze stwierdzoną otyłością i nadwagą w latach 2019-2023 zakwalifikowanych do udziału w Programie i uczestniczących w jego działaniach.

II.2 Cele szczegółowe

1. Zdiagnozowanie nadwagi lub otyłości u minimum 5.000 osób objętych Programem.
2. Zmniejszenie BMI lub obwodu talii u 80% uczestników Programu.
3. Utrzymanie zmniejszonego BMI i zmniejszonego obwodu talii po zakończeniu Programu przez 60% jego uczestników.

4. Zwiększenie świadomości w zakresie nadwagi i otyłości oraz jej wpływu na zdrowie, zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej u 8.000 osób – uczestników Programu oraz osób objętych działaniami świadomościowymi.
5. Wzrost samooceny i motywacji u 90% uczestników Programu.
6. Wzrost regularnej aktywności fizycznej wśród 90% uczestników w trakcie i u 70% uczestników po zakończeniu realizacji Programu.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Mierniki merytoryczne, wynikające ze specyfiki Programu

Poniżej przedstawiono mierniki, na podstawie których zostanie dokonana ocena stopnia realizacji celów Programu, związane ze specyfiką działań merytorycznych.

1. Liczba osób przebadanych w zakresie nadwagi i otyłości – 5.500.
2. Liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w Programie – 5.000.
3. Liczba osób, u których nastąpiło obniżenie wskaźnika BMI w wyniku realizacji Programu – 4.000.
4. Liczba osób, u których nastąpiło obniżenie masy ciała o co najmniej 5% – 4.000.
5. Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie obwodu talii w wyniku realizacji Programu – 4.000.
6. Liczba osób, które utrzymały obniżoną masę ciała i/lub zachowały zmniejszony obwód talii po zakończeniu realizacji Programu – 3.000.
7. Liczba osób, które podniosły świadomość w zakresie nadwagi i otyłości oraz jej wpływu na zdrowie, a także zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej – 8.000.
8. Liczba osób, u których nastąpił wzrost wiedzy w zakresie nadwagi i otyłości – 5.000.
9. Liczba osób, które zwiększyły samoocenę i motywację w zakresie ograniczenia nadwagi i otyłości – 4.500.
10. Liczba osób, które podjęły regularną aktywność fizyczną w trakcie realizacji Programu – 4.500.
11. Liczba osób, które podejmowały regularną aktywność fizyczną po zakończeniu realizacji Programu – 3.500.

Przyjęta wartość miernika merytorycznego 1 wynika z założeń dotyczących liczebności populacji objętej Programem, przedstawionych pkt. III.1. Uwzględnia osoby, które zostaną przebadane, ale nie zostaną zakwalifikowane do programu (500 osób skorzysta tylko z pierwszej wizyty dietetycznej – nie zostaną zakwalifikowane do programu). Wartość miernika 2 odnosi się do osób zakwalifikowanych do Programu. Wartość miernika 7 obok osób zakwalifikowanych do działań Programu obejmujących interwencję dietetyczną, aktywność fizyczną, behawioralną uwzględnia też osoby objęte tylko działaniami świadomościowymi.

Wartości mierników 3 – 10 zostały przyjęte jako minimalna, bezpieczna granica, która może świadczyć o efektywności realizowanego Programu. Wartości zostały uzgodnione podczas eksperckich konsultacji Programu. Określono je z uwzględnieniem analizy podobnych interwencji publicznych. Wartości mierników zostały zweryfikowane biorąc pod uwagę opinię Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącą projektu Programu.

Dodatkowo przy ocenie efektywności Programu zostaną uwzględnione:

- Liczba wizyt dietetycznych, z których skorzystali uczestnicy,
- Liczba zajęć aktywności fizycznej, z których skorzystali uczestnicy,
- Liczba spotkań w ramach wsparcia psychologicznego.
- Liczba osób uczestniczących w ww. formach wsparcia.

Wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów

Poniżej przedstawiono dodatkowe mierniki – wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO WŁ oraz krajowych wytycznych horyzontalnych⁴⁴.

Wskaźnik rezultatu bezpośredniego:

- Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne – 5.500.

Wskaźniki produktu:

- Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS – 5.000.
- Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie – 2.550.
- Liczba osób objętych działaniami świadomościowymi w ramach Programu – 8.000.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III.1 Populacja docelowa

Wg danych GUS w 2017 r. województwo łódzkie zamieszkiwało 2 476 315 mieszkańców, w tym 1 179 869 mężczyzn i 1 296 446 kobiet. Strukturę ludności według grup wieku i płci przedstawia tab. 2.

⁴⁴ Ze Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych (WLWK) stanowiącej załącznik do krajowych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” wybrano wskaźniki odpowiadające programowi profilaktycznemu, które będą generowane przez realizatorów, uzupełniając nimi wskaźniki odpowiadające specyfice interwencji programu, ustalone podczas prac nad programem.

Tab. 2. Stan ludności wg grup wieku i płci w województwie łódzkim na dzień 31.12.2017

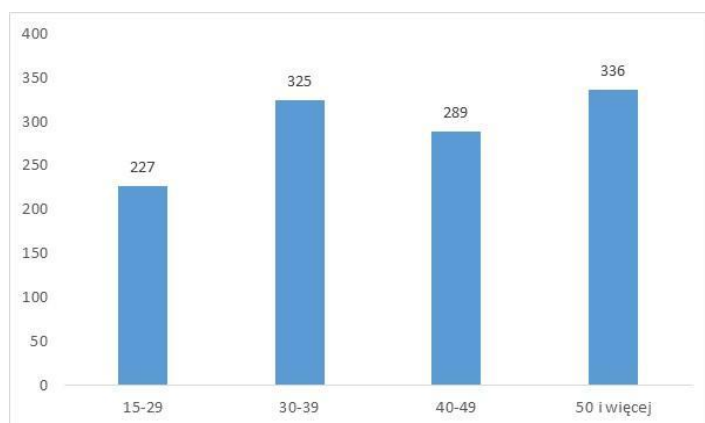
Przedział wiekowy	ogółem	mężczyźni	kobiety
0-14	351 534	180 657	170 877
15-19	113 131	57 979	55 152
20-24	137 992	70 473	67 519
25-29	163 540	83 722	79 818
30-34	188 858	96 551	92 307
35-39	196 346	99 992	96 354
40-44	186 197	93 761	92 436
45-49	158 524	78 881	79 643
50-54	147 639	71 799	75 840
55-59	172 722	81 740	90 982
60-64	191 860	87 773	104 087
65-69	166 732	71 848	94 884
70-	301 240	104 693	196 547
ogółem	2 476 315	1 179 869	1 296 446

Źródło: GUS BDL

Z powyższego wynika, że region zamieszkuje 1 408 878 osób w wieku 30-69 lat.

Liczbę osób aktywnych zawodowo wg grup wieku przedstawia wykres 5.

Wykres 5. Liczba aktywnych zawodowo w województwie łódzkim w 2017 r. wg grup wieku w tys.



Źródło: GUS BDL

Do włączenia do programu w ciągu całego okresu jego trwania kwalifikuje się populacja 1 177 000 osób aktywnych zawodowo zamieszkujących wojewódzko łódzkie⁴⁵.

Z raportu GUS „Stan zdrowia ludności w 2014 r.” wynika, że **problem nadwagi i otyłości dotyczy 851,1 tys. mieszkańców regionu w wieku od 30 do 69 lat** – por. tab. 3.

⁴⁵ Dane dla 2017 r. GUS BDL (dostęp: 22.10.2018).

Tab. 3. Liczba osób w wieku 15 lat i więcej wg indeksu masy ciała BMI wg grup wieku

Przedział wiekowy	ogółem	niedowaga	w normie	nadwaga	otyłość
15-29	409,7	32,5	256,1	102,1	19,0
30-49	666,6	8,1	283,2	264,2	111,1
50-69	672,1	7,0	189,3	287,7	188,1
70-	257,0	3,3	86,8	115,5	51,4

Źródło: GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, tablice wojewódzkie W14, W15, W16.

Tab. 4. Odsetek osób w wieku 15 lat i więcej z wagą wg indeksu masy ciała BMI wg grup wieku

Przedział wiekowy	niedowaga	w normie	nadwaga	otyłość
15-29	7,9	62,5	24,9	4,6
30-49	1,2	42,5	39,6	16,7
50-69	1,0	28,2	42,8	28,0
70-	1,3	33,8	45,0	20,0

Źródło: GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, tablice wojewódzkie W14, W15, W16.

Wyznaczając odsetek osób aktywnych zawodowo (wykres 5) cierpiących na otyłość/ nadwagę w poszczególnych grupach wiekowych w oparciu o dane zamieszczone w tab. 4. otrzymujemy, że **wielkość populacji kwalifikującej się do Programu wynosi 579 tys. mieszkańców regionu⁴⁶.**

Ze względu na ograniczenia budżetowe i pilotażowy charakter Programu **planowane jest objęcie różnymi działaniami przewidzianymi w ramach Programu łącznie co najmniej 8.000 osób tj. 1,39% populacji kwalifikującej się do Programu.**

Co najmniej 8.000 osób będzie objętych różnymi działaniami świadomościowymi, 5.500 osób zostanie przebadanych w zakresie otyłości i nadwagi, 5.000 osób będzie objętych działaniami programu w ramach komponentu dietetycznego, komponentu aktywności fizycznej, komponentu psychologicznego. Przy czym uczestnicy ci będą też wcześniej objęci działaniami świadomościowymi.

Program realizowany będzie w latach 2019-2023.

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

⁴⁶ Autorzy Programu mają świadomość ograniczeń metodologicznych związanych z dostępnością danych statystycznych. W Programie zakładane jest uczestnictwo pacjentów z nadwagą i otyłością poniżej 40 kg/m². Dane GUS nie różnicują osób wg stopnia otyłości. W związku z tym, odsetek osób z otyłością w poszczególnych grupach wiekowych wg GUS jest – w stosunku do potrzeb Programu – nieznacznie zawyżony. Ponadto, rozpiętość przedziałów klasowych w danych GUS dotyczących aktywności zawodowej i otyłości jest odmienna w grupie osób powyżej 50 roku życia. Liczba otyłych dotyczy osób w wieku od 50 do 69 lat, a aktywnych zawodowo – w wieku od 50 do 60 lat dla kobiet i 65% dla mężczyzn. W obliczu braku innych źródeł, autorzy Programu nie są w stanie wyeliminować tego ograniczenia

Program adresowany jest do osób, które spełniają następujące **kryteria kwalifikacji do udziału w projekcie**:

1. Mieszkańcy województwa łódzkiego.
2. Wiek: 30 – 65 lat.
3. Aktywność zawodowa (rozumiana zgodnie z metodologią BAEL GUS).
4. Wskaźnik Masy Ciała BMI (Body mass index): $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ – $\leq 39,9 \text{ kg/m}^2$
lub obwód talii: kobiety $>80 \text{ cm}$, mężczyźni $>94 \text{ cm}$.
5. Pozytywna opinia lekarza pierwszego kontaktu (np. lekarza POZ) dotycząca udziału osoby w Programie.
6. Wyniki obligatoryjnych badań wykonanych przez pacjenta na potrzeby wstępnej kwalifikacji do Programu
7. Ponadto zakwalifikowanie do Programu wymaga uzyskania pisemnej zgody uczestnika.

Realizatorzy będą stosować preferencje w pierwszeństwie dostępu do programu:

1. dla osób w wieku 50 lat i więcej.
2. dla osób z otyłością i skrajną otyłością (30 kg/m^2 – $39,9 \text{ kg/m}^2$).

W niniejszym Programie **nie określono kryteriów wyłączenia**, w postaci zamkniętej listy chorób stanowiących przeciwwskazanie dla leczenia ruchem czy dietą. Wynika to z faktu, że wstępna kwalifikacja do Programu odbywa się poza ścieżką działań finansowaną w ramach Programu, przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza POZ. Informacje o tym zawarto w dalszej części.

III.3 Planowane interwencje oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Akcja informacyjna

Akcja informacyjna o programie będzie prowadzona możliwie najszerszymi kanałami dotarcia oraz przy wykorzystaniu nowoczesnych metod i narzędzi komunikacji (strona internetowa zawierająca zarówno materiały edukacyjne, jak i informacje o programie odpowiednio pozycjonowana w najpopularniejszych przeglądarkach internetowych, moderowane przez przedstawicieli realizatorów fora w mediach społecznościowych, prasa, ulotki, plakaty, broszury o programie). Akcja będzie przebiegała dwutorowo, tak aby z jednej strony zapewnić dotarcie do potencjalnych uczestników Programu, a z drugiej dotrzeć do szerokiego grona personelu medycznego.

Program zakłada zaangażowanie poziomu podstawowej opieki zdrowotnej celem dotarcia do jak największej liczby zainteresowanych.

Działania podejmowane w ramach akcji informacyjnej powinny w szczególności być kierowane do poziomu podstawowej opieki zdrowotnej, co ma przyczynić się do zaangażowania personelu POZ do wydawania na prośbę pacjenta opinii / zaświadczeń, skierowań na badania umożliwiających wzięcie udziału w Programie. W związku z tym w ramach rekrutacji zalecane jest, aby realizator współpracował z jednostkami POZ. Zgodnie z ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2217 z późn. zm.) podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy oraz ma na celu rozpoznawanie zagrożeń zdrowia fizycznego, ale też koordynację opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy. Jej celami są też promocja zdrowia, edukowanie świadczeniodawców w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości zdrowotnej.

Wskazane jest podjęcie współpracy z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się edukacją prozdrowotną, promocją zdrowia lub promocją zdrowego trybu życia, w szczególności w obszarze otyłości i nadwagi.

Wskazane jest też, aby działania informacyjne prowadzone przez realizatorów wspierające rekrutację, w szczególności na obszarach słabo zaludnionych i wiejskich, uwzględniały autorytety lokalne (np. na poziomie władz lokalnych, kościoła, lokalnych organizacji pozarządowych), które mogą pomóc rozpropagować realizowane projekty jednocześnie zachęcając do uczestnictwa. Działania w tym zakresie mogą być finansowane przez realizatorów projektów w ramach kosztów pośrednich.

Zakłada się organizację w każdym projekcie minimum dwóch wydarzeń o charakterze edukacyjno-świadomościowym finansowanych w ramach kosztów bezpośrednich. Powinny one być kierowane w szczególności do potencjalnej grupy docelowej, która ma brać udział we wsparciu – osób w wieku 30 – 65 lat. Ma to służyć zapewnieniu płynnej rekrutacji i zakwalifikowaniu odpowiedniej liczby uczestników w projekcie, a w konsekwencji zrealizowaniu wskaźników przyjętych w Programie jak również na poziomie poszczególnych projektów.

Działania te powinny prowadzić do podniesienia świadomości na temat nadwagi / otyłości, jej skutków, zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, z wykorzystaniem najnowszych metod i narzędzi komunikacyjnych (opisanych powyżej w części dot. akcji informacyjnej) na podstawie aktualnych zaleceń i wytycznych.

Zakłada się, że działania wszystkich realizatorów projektów obejmą swoim zasięgiem, oddziaływaniem łącznie co najmniej 8.000 osób.

Zakładane jest przygotowanie broszur informacyjno-edukacyjnych dla uczestników Programu, które będą dystrybuowane podczas wydarzeń edukacyjno-świadomościowych. Otrzymają oni

broszurę obejmującą kompendium wiedzy na temat zagrożeń wynikających z nadwagi i otyłości a także podstawowe wskazówki dotyczące diety oraz aktywności fizycznej. Materiały będą uwzględniać w swej treści zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne), czyli przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania, podejmowanie aktywności fizycznej, sen, radzenie sobie ze stresem, dbałość o ciało.

Ze względu na otwarty charakter określono, że minimum liczby uczestników na jedno wydarzenie powinno wynosić ok. 200 osób. Czas trwania wydarzenia z udziałem uczestników nie powinien być krótszy niż 3 godziny. Zakłada się również, że spotkania odbywać się będą w dni wolne od pracy. Działania informacyjno-edukacyjne (w tym przygotowanie merytoryczne broszur czy spotkania) powinny być prowadzone przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach: dietetyków lub diabetologów, psychologów żywienia, trenerów fitness lub rehabilitantów.

Zgodnie z zaleceniami medycznymi 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.

Edukacja powinna być prowadzona przede wszystkim przez osoby świadczące profesjonalne poradnictwo w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej. Zaleca się, aby w tym celu wykorzystywać wiedzę i doświadczenie lekarza, pielęgniarki, dietetyka, fizjoterapeuty lub przedstawiciela innej nielekarskiej profesji medycznej, biorących udział w Programie.

Z kolei instytucja odpowiedzialna za wdrożenie Programu (Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego) prowadzić będzie działania informacyjne na poziomie wojewódzkim z zastosowaniem różnych środków przekazu, w tym stron internetowych o charakterze regionalnym dotyczących ochrony zdrowia, zachęcając do uczestnictwa w Programie.

Wstępna kwalifikacja do Programu – poza Programem

Ze względu na ograniczenia finansowe, złożoność i niejednorodność badań, jakie należy wykonać w ramach kwalifikacji wstępnej do Programu, przyjęto rozwiązanie, w którym **pacjent zgłasza się do Programu z zaświadczeniem/opinią umożliwiającym udział w nim, wystawionym przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza POZ** (wzór opinii/zaświadczenia opracuje realizator programu). Lekarz ten zna historię pacjenta, a po przeprowadzeniu wywiadu będzie w stanie określić zestaw niezbędnych badań, jakie powinien wykonać potencjalny uczestnik Programu.

Obligatoryjnie badania powinny obejmować morfologię, badanie wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, trójglicerydów), gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej), stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego oraz ciśnienia

tętniczego krwi oraz fakultatywnie do rozważenia przez lekarza w przypadku osób z zaburzoną gospodarką węglowodanową: badania hemoglobiny glikowanej HbA1c oraz insuliny.

U niektórych pacjentów niezbędne mogą być także wyniki badań dotyczących gospodarki hormonalnej np. oznaczenie TSH. Dodatkowo, lekarz może zalecić inne badania, potrzebne przed wdrożeniem regularnych treningów – kwalifikację lekarską (przez kardiologa) obejmującą wykonanie spoczynkowego badania elektrokardiograficznego (EKG), testu wysiłkowego i pełnej oceny sprawności fizycznej u pacjentów z brakiem aktywności fizycznej w przeszłości, rozpoznanymi chorobami układu krążenia, dużym ryzykiem chorób układu krążenia, rozpoznaną cukrzycą. Powyższe założenie ma na celu wykluczenie osób, które ze względu na przebyte choroby nie powinny wziąć udziału w programie zakładającym leczenie dietą i ruchem. Wizyta i badania w ramach tego kroku nie będą finansowane w Programie. Warto podkreślić, że ww. badania są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków NFZ, zatem wprowadzenie powyższego rozwiązania pozwoli na uniknięcie podwójnego finansowania świadczeń.

Konsultacje dietetyczne

Kolejnym etapem jest wizyta u dietetyka, kwalifikującego uczestnika do Programu, zatrudnionego w ramach projektu, do którego **zgłasza się pacjent z podstawowym kompletem badań – morfologia, badanie wartości wskaźników przemiany lipidowej (stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, trójglicerydów), gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej), stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego oraz ciśnienia tętniczego krwi – wykonanymi nie później niż 1 miesiąc przed wizytą, ewentualnie innymi badaniami zleconymi na etapie kwalifikacji i opinią / zaświadczeniem lekarza na temat możliwości udziału w Programie.**

Dietetyk dokonuje pomiaru masy ciała, obwodu talii, oblicza BMI (pomiar obwodu talii i BMI jest dokonywany zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Dietetyki 2015 r.⁴⁷), w oparciu o powyższe dane, podejmuje decyzję o zakwalifikowaniu pacjenta do Programu. Zakładana jest karta pacjenta, pacjent podpisuje pisemną zgodę uczestnictwa w projekcie. Uczestnik otrzymuje od dietetyka ankietę (przygotowuje realizator projektu we współpracy z dietetykiem), którą wypełnia na pierwszej wizycie.

W Programie zaplanowano 24 tygodniowy plan dietetyczny. Obejmuje on 12 porad indywidualnych dla każdego pacjenta. W ramach poradnictwa dietetycznego rekomendowane będą diety o obniżonej kaloryczności w odniesieniu do indywidualnie ustalonego

⁴⁷ Polskie Towarzystwo Dietetyki, *Standardy leczenia dietetycznego otyłości prostej u osób dorosłych. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki*, Warszawa 2015.

zapotrzebowania⁴⁸. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Dietetyki z 2015 r.⁴⁹ monitorowanie przebiegu leczenia osób dorosłych z nadmierną masą ciała obejmować będzie ocenę wartości odżywczej diety. Przed rozpoczęciem leczenia dietetycznego nadwagi i otyłości, dietetyk dokona oceny gotowości uczestnika do wprowadzenia zmian dotyczących stylu życia.

Porada I obejmuje indywidualne spotkanie z pacjentem trwające ok.60 minut.

W ramach pierwszego spotkania przewidziane jest:

- Analiza badań biochemicznych wykonanych przez pacjenta przed konsultacjami dietetycznymi,
- wykonanie pomiarów obwodu talii, pomiar masy ciała i BMI, pomiar składu ciała⁵⁰,
- wypełnienie ankiety,
- wypełnienie karty pacjenta dotyczącej I wizyty dietetycznej, w tym uzupełnienie informacji z dostępnej dokumentacji medycznej, o masie i wysokości ciała oraz obwodzie talii,
- przeprowadzenie krótkiego wywiadu dietetycznego, ze zwróceniem uwagi na błędy żywieniowe pacjenta oraz historię otyłości na podstawie formularza ankiety,
- założenie dzienniczka bieżącego notowania spożywanych posiłków „Dzienniczek Samokontroli Uczestnika” – rozmowa z pacjentem uświadamiająca, jak ważną rolę pełni jego skrupulatne wypełnianie
- ustalenie celu redukcji masy ciała,
- omówienie zasad diety redukcyjnej w oparciu o piramidę zdrowego żywienia,
- przekazanie zaleceń szczegółowych wynikających z przeprowadzonego wywiadu dietetycznego i informacji o stanie zdrowia pacjenta,
- dietetyk zaleci również adekwatny do możliwości pacjenta wysiłek fizyczny,
- w ciągu 3 dni dietetyk prześle na adres mailowy wskazany przez uczestnika plan dietetyczny wraz z dwutygodniowym menu i przepisami kulinarnymi indywidulanie dostosowanymi do potrzeb pacjenta.

Zgodnie z zaleceniami medycznymi opracowanie programu leczenia otyłości należy rozpocząć od ustalenia z pacjentem realistycznego celu, jaki stanowi zmniejszenie masy ciała o około 10% w ciągu 3–6 miesięcy, utrzymanie masy ciała na tym poziomie przez kolejne 3–6 miesięcy, a następnie dalsza redukcja masy ciała o kolejne 10%, jeśli istnieją takie wskazania.

⁴⁸M. Bronkowska, *Badanie wzorów żywienia osób zdrowych oraz obciążonych otyłością i wybranymi powikłaniami w aspekcie stanu odżywiania*, UWP, Wrocław, 2012.

⁴⁹ Polskie Towarzystwo Dietetyki, *op.cit.*

⁵⁰ Ibidem.

Aby uniknąć rozczarowania i zniechęcenia pacjenta, należy wyjaśnić mu, że dla jego zdrowia korzystna jest wolna (ok. 1 kg/tydz. w 1. mies. i ok. 0,5 kg/tydz. w kolejnych mies.), ale trwała redukcja masy ciała. Głównym celem zmniejszenia masy ciała jest poprawa stanu zdrowia, a nie liczba utraconych kilogramów. Wolna systematyczna utrata masy ciała, w wyniku stosowania zrównoważonej diety i zwiększenia aktywności fizycznej, powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego, stężenia w surowicy glukozy i lipidów, poprawia jakość życia, a u wielu osób z chorobami towarzyszącymi pozwala na zmniejszenie liczby stosowanych leków⁵¹.

Zbyt szybki, znaczny ubytek masy ciała powoduje istotną utratę masy beztłuszczowej i zwiększa ryzyko rozwoju kamicy pęcherzyka żółciowego oraz stłuszczenia wątroby, a także wystąpienia efektu jo-jo.

Efekt jo-jo, czyli ponowny przyrost masy ciała powoduje zwiększenie zawartości tłuszczu w organizmie, a w następstwie wzrost ryzyka rozwoju powikłań otyłości, przede wszystkim nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 i zaburzeń lipidowych⁵².

W niniejszym programie założono maksymalnie 12 porad indywidualnych dla każdego pacjenta, średnio w odstępach 2 tygodniowych. Każdy z dietetyków przedstawi na koniec ścieżki raport dla każdego z uczestników obrazujący postęp i poprawę parametrów zdrowotnych uczestników.

Według Polskiego Towarzystwa Dietetyki 2015, optymalne tempo redukcji masy ciała powinno wynosić od 0,5 do 1 kg/tydzień przez pierwsze 3-6 miesięcy terapii, w zależności od indywidualnej odpowiedzi pacjenta na zastosowaną dietoterapię.

Dietetyk będzie pełnił rolę coacha, będzie dostępny dla pacjentów pod numerem telefonu, maila, tak aby pacjenci mieli możliwość stałych konsultacji w przypadku wątpliwości dotyczących planu dietetycznego czy też np. wymiany produktów spożywczych na zamienniki, jeśli zachodziłaby taka potrzeba.

Od początku podjęcia decyzji o leczeniu nadwagi lub otyłości należy rozmawiać z pacjentem o tym, że sukces zostanie osiągnięty tylko wtedy, kiedy zmiany dotychczasowego stylu życia będą trwałe. Nie należy używać słowa „dieta”, ponieważ kojarzy się ono pacjentom z czymś, co będzie stosowane przez określony czas. Właściwym określeniem jest „*zmiana nawyków żywieniowych*”. Bardzo ważnym elementem jest nawiązanie pełnej zaufania relacji lekarz–pacjent, tak aby pacjent miał świadomość, że może zwrócić się do lekarza ze wszystkimi problemami i otrzymać radę oraz pomoc w ich rozwiązaniu.

⁵¹ Zgodnie z zaleceniami wskazanymi w Raporcie nr: OT.441.15.2019 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz opinii nr 45/2019 z dnia 18 kwietnia 2019 r.

⁵² Ibidem.

Kolejne wizyty u dietetyka będą odbywały się w cyklu dwutygodniowym, na których będzie odbywała się weryfikacja zapisów spożycia z „Dzienniczka Samokontroli Uczestnika”, pomiar obwodu talii, pomiar masy ciała i BMI, pomiar składu ciała oraz ewentualna modyfikacja zaleceń dietetycznych, dobór diety na kolejne tygodnie. Kolejne wizyty będą trwały ok. 30 min. Zgodnie z zaleceniami medycznymi należy zwrócić uwagę na samokontrolę pacjenta w związku z działaniami mającymi na celu spadek masy ciała.

Na ostatniej wizycie dietetyk przekaże uczestnikowi informację o konieczności wykonania pakietu badań biochemicznych, takich samych jak przy kwalifikacji do Programu. Koszt badań będzie refundowany w ramach projektu na podstawie dokumentów finansowych potwierdzających jego poniesienie do wysokości 50 zł dla uczestnika. Uczestnik z wykonanymi badaniami będzie miał zapewnioną wizytę u lekarza finansowanego w ramach projektu, który przeprowadzi analizę wyników badań wykonanych przed i po skorzystaniu ze wsparcia, oraz wyników dietoterapii i aktywności fizycznej przeprowadzonej w ramach realizacji wsparcia.

Zadaniem dietetyka będzie też pomiar stanu wiedzy uczestnika w zakresie nadwagi i otyłości. Pomiar wiedzy uczestników będzie dokonywany przed rozpoczęciem, jak i po zakończeniu udziału w programie. W sytuacji, gdy w projekcie ścieżka interwencji jest zaplanowana tak, że po ostatniej konsultacji dietetycznej uczestnik bierze jeszcze udział w działaniach, które mogą poprawić jego stan wiedzy w zakresie nadwagi i otyłości dopuszczalne jest dokonanie pomiaru końcowego w ramach końcowej wizyty lekarskiej lub innych działań związanych z monitorowaniem jakości i celowości podejmowanych działań.

Wsparcie dotyczące aktywności fizycznej

Refundacja zajęć aktywności fizycznej

W programie założono refundację kosztów karnetów, kart sportowych w wysokości do 60 zł miesięcznie, przez 6 miesięcy. W przypadku karnetu opiewającego na niższą kwotę niż 60 zł, refundacja może dotyczyć rzeczywistej wartości karnetu/opłaty za kartę. W przypadku karnetu opiewającego na wyższą kwotę niż 60 zł miesięcznie, refundacja może zostać dokonana tylko do wysokości 60 zł.

Będzie to dofinansowanie do dowolnej aktywności fizycznej, wybranej przez uczestnika po konsultacji z dietetykiem.

Przyjęte rozwiązanie ma na celu włączenie pacjenta w proces podejmowania decyzji dotyczących jego leczenia, jego większe upodmiotowienie, ponieważ to pacjent po zapoznaniu się z wachlarzem proponowanych aktywności fizycznych, podejmie decyzję o wyborze oferty (tzw. podejście „bottom up”).

WHO zaleca, by osoby w wieku od 18 do 64 lat podejmowały 150 minut tygodniowo ruchu o umiarkowanej intensywności lub 75 minut intensywnego wysiłku. Można również łączyć dwa typy wysiłku tak, aby ich równowartość była zbliżona do zalecanych. Dodatkowo należy rozciągać duże grupy mięśniowe minimum 2 razy w tygodniu.

Z kolei inne zalecenia medyczne wskazują, że jeśli nie występują przeciwwskazania, rekomenduje się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia⁵³.

W związku z powyższym, by osiągnąć oczekiwany efekt terapeutyczny, w ramach niniejszego programu zalecane będzie min. 8 treningów godzinnych w miesiącu.

Refundacja będzie następować po dostarczeniu przez uczestnika potwierdzenia udziału w zajęciach aktywności fizycznej (formularz przygotowany przez realizatora projektu – potwierdzany przez realizatora aktywności fizycznej (klub sportowy, siłownia, basen). Biorąc pod uwagę zdarzenia losowe (np. choroba, obowiązki rodzinne, zawodowe), aby dokonać refundacji wymagane jest uczestnictwo w co najmniej 6 treningach w miesiącu. Rozliczenie refundacji będzie dokonywane na podstawie dokumentu potwierdzającego poniesione wydatki (np. potwierdzenie przelewu, paragon, faktura itp.).

Elementy związane z aktywnością fizyczną do uwzględnienia w ramach konsultacji dietetycznych

Obok refundacji kosztów zajęć kwestie aktywności fizycznej powinny być też uwzględniane w ramach konsultacji dietetycznych. Zgodnie z wytycznymi medycznymi wszystkie osoby z nadmierną masą ciała należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych (NICE 2016, PTD 2015, EASO 2015, AHA/ACC/TOS 2013, NHMRC 2013). Rekomendowane typy aktywności fizycznej obejmują: aktywności zintegrowane w codziennym życiu takie jak energiczny chód, ogrodnictwo, jazda na rowerze, nadzorowane programy ćwiczeń, ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi, inne aktywności np. pływanie, wchodzenie po schodach (NICE 2016).

Wsparcie psychologiczne dla uczestników

Zakłada się realizację programu o charakterze terapii poznawczo-behawioralnej.

W grupach po 6-10 osobowych. Przewiduje się 3 spotkania (po ok. 60 min.) dla każdej grupy. Dwa z nich mają mieć charakter edukacyjny, jedno – terapeutyczny. Oprócz roli wspierająco – motywującej, spotkania terapeutyczne pozwolą uczestnikom na wspólną wymianę doświadczeń, wspieranie się, a także możliwość podejmowania wspólnych prozdrowotnych

⁵³ Zgodnie z zaleceniami wskazanymi w Raporcie nr: OT.441.15.2019 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz opinii nr 45/2019 z dnia 18 kwietnia 2019 r.

działań ugruntowujących efekty Programu w postaci wspólnego gotowania czy wspólnej aktywności aktywność fizycznej.

Tematyka:

- motywacja do odchudzania (co jest indywidualną motywacją do odchudzania),
- zagadnienie samokontroli i woli (stawianie sobie realistycznych celów w zakresie utraty masy ciała, samokontrola poprzez pomiar obwodu talii, ćwiczenie uczciwości wobec siebie poprzez prowadzenie dzienniczka ilości spożytych pokarmów),
- nawyki żywieniowe poszczególnych uczestników programu,
- psychologiczne skutki odchudzania (wymiana doświadczeń własnych),
- środowiskowe skutki odchudzania (wpływ na rodzinę, wpływ na otoczenie – wymiana doświadczeń własnych).

Zakłada się również dwie (maksymalnie dwie) konsultacje indywidualne. Powinny one co do zasady odbywać się w trakcie dietoterapii np. po miesiącu od jej rozpoczęcia. W szczególności terapia indywidualna może być niezbędna, gdy okazuje się, że pacjent zna zalecenia dietetyczne, ale nie potrafi ich zastosować w praktyce, ze względu na niemożność poradzenia sobie ze szkodliwymi nawykami zdrowotnymi.

Techniki behawioralne koncentrują się na: wzmacnianiu prawidłowych nawyków żywieniowych, a także na wypracowaniu rutyny związanej z podjęciem regularnej aktywności fizycznej oraz utrzymaniu motywacji. Podejście poznawcze związane jest z pracą w zakresie zmiany nieprawidłowych sposobów myślenia na temat jedzenia, diety i stylu życia, pozwalając wzmacniać efektywność podjętych działań w zakresie obniżenia masy ciała oraz wzmacniać efekty terapii poprzez podtrzymywanie motywacji.

W zaleceniach medycznych podkreślane jest, że w ramach interwencji behawioralnych należy uświadamiać osoby z nadwagą i otyłością o korzyściach płynących z redukcji masy ciała i wprowadzaniu zasad zdrowego stylu życia⁵⁴.

Należy bowiem pamiętać o tym, że nadwaga i otyłość wynika często ze skomplikowanych mechanizmów psychologicznych, które stanowią z jednej strony czynniki ryzyka, a z drugiej – główną barierę redukcji masy ciała. Bardzo często jedzenie pełni wiele pozafizjologicznych funkcji, np. funkcję nagrody. Osoby otyłe bywają bardziej wrażliwe na bodźce zewnętrzne, w tym smak i zapach (tzw. zewnątrzsterowność). Nadwadze i otyłości sprzyjają także zaburzenia mechanizmu samoregulacji, przejawiające się nieumiejętnością kontrolowania liczby spożywanych pokarmów. Do nadmiernego jedzenia prowadzi także skłonność do nadmiernego przeżywania emocji, obniżony nastrój w połączeniu z tendencją

⁵⁴ Zgodnie z zaleceniami wskazanymi w Raporcie nr: OT.441.15.2019 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz opinii nr 45/2019 z dnia 18 kwietnia 2019 r.

do impulsywnych zachowań. Bardzo często przyczyną nieprawidłowych wzorców żywieniowych jest nieumiejętność radzenia sobie ze stresem. Nie ulega wątpliwości, że wzmocnienie samoświadomości pacjenta w zakresie stosowanych mechanizmów może być pierwszym krokiem do ich zmiany, zachętą do psychologicznej „pracy ze sobą”, co byłoby dodatkowym efektem Programu⁵⁵.

Ze względu na fakt, że spotkania grupy będą odbywały się raz w miesiącu, co do zasady wymagana jest 100%-owa frekwencja uczestników.

Wizyta lekarska na zakończenie udziału uczestnika w Programie

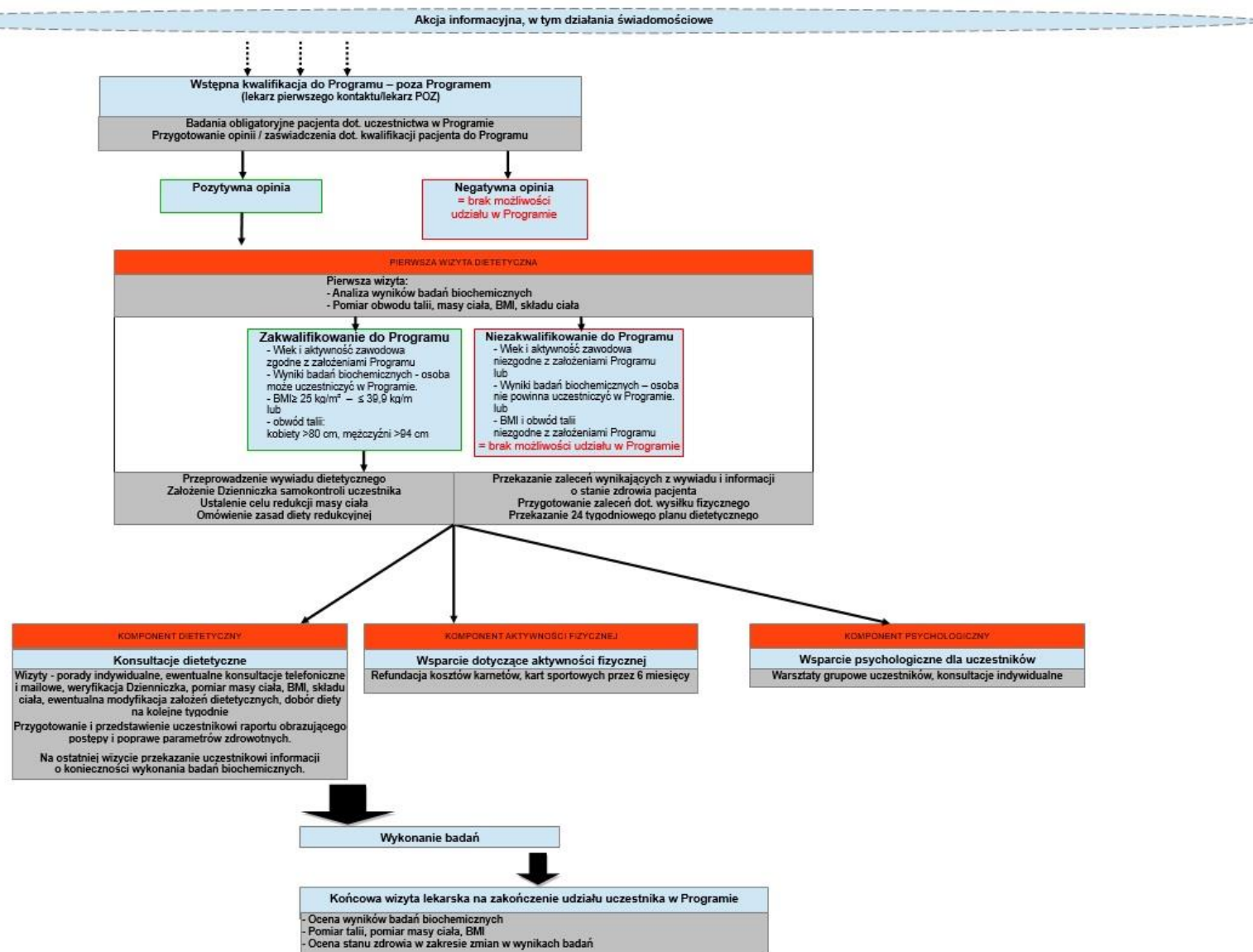
Po zakończeniu udziału w dietoterapii i aktywności fizycznej (po ok. 6 m-cach), zakłada się wizytę u lekarza finansowanego w ramach projektu, który przeprowadzi analizę wyników badań przed i po skorzystaniu ze wsparcia oraz oceni wyniki prowadzonej dietoterapii i aktywności fizycznej.

Wizyta ta ma na celu porównanie stanu zdrowia pacjenta w zakresie wyników badań biochemicznych i ogólnej kondycji fizycznej, a także ocenie wpływu interwencji w Programie na zdrowie uczestnika – czy spadek masy ciała przyczynił się do obniżenia ciśnienia tętniczego, cholesterolu, poprawy morfologii czy też poziomu cukru.

Ocena w tym zakresie pozwoli pacjentowi dostrzec jeszcze bardziej pozytywny wpływ uczestnictwa w Programie na poprawę stanu zdrowia.

⁵⁵ A. Jaruć, P. Bogdański, *Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych”, 2011, nr 1, s.34-42.

SCHEMAT ŚCIEŻKI DZIAŁAŃ PROGRAMU



III.4 Sposób powiązania Programu ze świadczeniami zdrowotnymi

Osoby uczestniczące w Programie, u których zostaną rozpoznane inne zaburzenia zdrowotne np. nadciśnienie, zaburzenia hormonalne, ryzyko wystąpienia cukrzycy, zostaną skierowane do dalszej opieki w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Także uczestnicy, którzy nie osiągną zakładanego spadku wagi po 24 tygodniowym wsparciu dietetyka zostaną skierowani do poradni chorób metabolicznych finansowanej w ramach NFZ – celem dalszej diagnostyki i leczenia.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Osoby objęte programem, u których nie stwierdzi się zaburzeń chorobowych i które osiągną zakładany przez dietetyka spadek wagi oraz poprawę kondycji fizycznej (sprawozdanie końcowe od dietetyka) otrzymają od dietetyków dalsze wskazówki dotyczące prawidłowego żywienia. Biorąc pod uwagę półroczny okres opieki dietetycznej spodziewany jest wysoki odsetek osób, które na trwale zmieniają swoje nawyki żywieniowe, dzięki czemu Program osiągnie długoterminowe rezultaty w postaci nabycia prozdrowotnych nawyków żywieniowych na całe życie. Osobom uczestniczącym w Programie po półrocznym zwiększeniu aktywności fizycznej oraz zrzuceniu nadmiernych kilogramów zwiększy się wydolność fizyczna. Poczują się młodziej, zdrowiej, atrakcyjniej, co bezpośrednio przełoży się na aktywność na rynku pracy.

Po 6 i 12 miesiącach od zakończenia udziału w projekcie zostanie przeprowadzona ankieta telefoniczna dotycząca zmian w stylu odżywiania i aktywności fizycznej z uwzględnieniem pytań dotyczących BMI i odvodu talii. Badaniem zostanie objęte co najmniej 20% grupy docelowej.

Na każdym etapie, uczestnik może zrezygnować z uczestnictwa o czym zostanie poinformowany przed przystąpieniem do Programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W Programie zaplanowano następujące działania:

- Wybór beneficjentów realizujących Program – w trybie konkursowym. Realizacja projektów służących wdrożeniu niniejszego Programu odbywa się w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Ogłoszony konkurs zostanie przeprowadzony zgodnie z wymogami ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, jak również krajowych „Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020” zatwierdzonych przez Ministra Rozwoju i Finansów. W konkursie składane będą (odpowiednio do ofert) wnioski o dofinansowanie realizacji projektów, podlegające ocenie.

- Akcja informacyjna mająca na celu pozyskanie chętnych do udziału w Programie.
- Wstępna kwalifikacja do Programu (poza Programem).
- Kwalifikacja uczestników do Programu.

Osoby spełniające kryteria włączenia do Programu, tj. określone w punkcie *Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej* zostaną zakwalifikowane do etapu badań przesiewowych i zapisane na pierwszą konsultację.

- Wizyty u dietetyka – 24-tygodniowy plan dietetyczny, do 12 porad indywidualnych dla pacjenta.
- Wsparcie dotyczące aktywności fizycznej – refundacja kosztów karnetów, kart sportowych, przez 6 miesięcy.
- Wsparcie psychologiczne – 3 spotkania w grupach 6-10 osobowych, konsultacje indywidualne – maks. 2..
- Wizyta lekarska na zakończenie udziału uczestnika w Programie, w tym ocena wyników badań.

Schemat działań przedstawiono w załączniku do Programu.

Działania organizacyjne będą prowadzone na bieżąco. Niezbędne będzie między innymi monitorowanie zgłaszalności uczestników, przypominanie o następnych wizytach, analizowanie przyczyn rezygnacji z udziału w Programie. Wszystkie działania (poza wyborem beneficjentów realizujących Program), mają charakter długofalowy i będą prowadzone przez cały okres trwania Programu

IV.2 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia realizowane w ramach Programu będą bezpłatne i dobrowolne, uczestnicy będą na bieżąco motywowani przez dietetyków oraz psychologów, aby nie przerywali udziału w Programie. Wszystkie planowane działania prowadzone będą z poszanowaniem prywatności oraz ochrony danych osobowych.

IV.3 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizator programu (podmiot będący beneficjentem realizującym projekt, w tym podmiot realizujący z nim działania w partnerstwie) powinien posiadać kompetencje i infrastrukturę, które umożliwią efektywną realizację programu, w tym wyposażenie i zapewnić odpowiednio zlokalizowane i wyposażone punkty prowadzenia badań, sale na potrzeby szkoleń dietetycznych.

W skład personelu realizującego Program powinny wchodzić osoby z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem (dietetyki, psychologii), wyspecjalizowane w dziedzinach ukierunkowanych na profilaktykę, leczenie i wsparcie osób z otyłością i nadwagą.

- Wizytę lekarską (I wizyta) może prowadzić lekarz z kwalifikacjami wymaganymi przepisami dla lekarza POZ.
- Wizyty dietetyczne może prowadzić dietetyk – osoba posiadająca tytuł licencjata lub magistra na kierunku dietetyka lub magistra/magistra inżyniera technologii żywności i żywienia człowieka o specjalności żywienie człowieka lub posiadająca tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka. Dopuszczalne jest angażowanie osób z wyższym wykształceniem medycznym oraz ukończonymi studiami podyplomowymi dotyczącymi dietetyki.

W przypadku tytułu zawodowego dietetyka dopuszczalne jest angażowanie osób, które ukończyły szkołę policealną lub technikum.

Oprócz ww. kwalifikacji wymagane jest min. 5-letnie doświadczenie zawodowe, w tym w pracy z osobami z otyłością i nadwagą.

- Wsparcie psychologiczne powinno być prowadzone przez psychologa posiadającego co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe z min. 2-letnim doświadczeniem w pracy z osobami z otyłością i nadwagą.
- Kończącą wizytę lekarską na zakończenia udziału uczestnika w Programie może prowadzić lekarz z odpowiednim wykształceniem oraz co najmniej 3 letnim doświadczeniem w zakresie chorób metabolicznych.

Za właściwy dobór kadry odpowiada realizator Programu. W przypadku zlecenia części działań realizator musi zapewnić, że uwzględni odpowiednie wymogi w dokumentacji dotyczącej zlecenia.

Pomieszczenia, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne muszą spełniać wymogi określone w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach o działalności leczniczej. Spotkania w ramach wsparcia psychologicznego powinny się odbywać w pomieszczeniach przystosowanych do spotkań grupowych (dla ok. 10 uczestników), wyposażonych w stół/stoły i krzesła oraz środki dydaktyczne (np. tablica, rzutnik multimedialny, plansze, sprzęt audiowizualny). Za zapewnienie ww. pomieszczeń przez beneficjentów realizujących Program rozumie się także ich wynajęcie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Założenia systemu monitorowania i ewaluacji Programu uwzględniają wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

System monitorowania i ewaluacji Programu uwzględnia Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego jako podmiot odpowiedzialny za wdrożenie Programu, jak również realizatorów – Beneficjentów realizujących poszczególne projekty (a więc działania Programu). System uwzględnia ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w Programie oraz ocenę jego efektywności i ocenę trwałości efektów programu.

V.1 Monitorowanie

Monitoring będzie prowadzony na bieżąco. System monitorowania będzie oparty przede wszystkim na sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, danych raportowanych przez Beneficjentów w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Na poziomie komórki w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego monitorującej Program będą one analizowane i agregowane w całość.

Ocena zgłaszalności do programu

Zostanie dokonana na podstawie:

- Liczby osób, które zostały zakwalifikowane do etapu badań przesiewowych (tj. przeszły pierwszą konsultację);
- Liczby osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- Liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania, w podziale na poszczególne etapy (z podaniem przyczyn rezygnacji).

Ocena zgłaszalności do Programu będzie monitorowana i oceniana na podstawie dokumentu potwierdzającego udział osoby w pierwszej bezpośredniej formie wsparcia.

W oparciu o obowiązki sprawozdawcze nałożone na beneficjenta w umowie o dofinansowanie projektu, beneficjent wypracuje system wewnętrznego monitorowania projektu, który będzie służył również ocenie zgłaszalności do Programu.

Ocena jakości świadczeń w Programie

Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana na podstawie badania satysfakcji (metodą badania ankietowego) przeprowadzonego wśród uczestników Programu (Wzór ankiety stanowi załącznik do Programu). Pytania dotyczą satysfakcji z udziału w przedsięwzięciu i gotowości do ponownego uczestnictwa w podobnych programach, oceny warunków i sposobu realizacji świadczeń, podejścia personelu. Przy ocenie jakości uwzględnione zostaną ponadto uwagi pisemnie zgłoszone przez Beneficjentów realizujących Program. Ocena będzie dokonywana na zakończenie realizacji Programu.

Ocena efektywności Programu

Ocena efektywności Programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników opisanych szczegółowo w punkcie *Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu*. Monitoring w zakresie mierników efektywności, specyficznych i określonych dla Programu będzie prowadzony poprzez sprawozdania merytoryczne z realizacji Programu, o określonym wzorze, przesyłane okresowo przez beneficjentów realizujących Program do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Dotyczy to mierników przedstawionych w Części II.3 *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*, pkt *Mierniki merytoryczne*, wynikające ze specyfiki Programu.

Ponadto, zgodnie z zaleceniami medycznymi, ocena obejmie odsetek uczestników, u których odnotowano co najmniej 5% spadek wagi.

Monitoring w zakresie wskaźników wymaganych dla projektów współfinansowanych z EFS będzie prowadzony poprzez informacje o postępie rzeczowym dotyczące osiągnięcia wskaźników uwzględnione we wnioskach o płatność, dotyczących kolejnych okresów rozliczeniowych, wprowadzanych okresowo przez beneficjentów do centralnego systemu teleinformatycznego – SL 2014 i za jego pośrednictwem przesyłanych do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Dotyczy to wskaźników:

- Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS,
- Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie,
- Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne.

Dotyczy to wskaźników przedstawionych w Części II.3 *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*, pkt *Wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów*.

Ocena trwałości efektów Programu

Przeprowadzone działania w zakresie edukacji zdrowotnej wpłyną na zwiększenie świadomości zdrowotnej, motywacji pacjentów, co będzie miało przełożenie na zapewnienie trwałości efektów Programu. Ponadto, ewaluacja uwzględniac będzie pytania o BMI i obwód talii w okresie do 12 m-cy po zakończeniu realizacji projektów. Badaniem zostanie objęte co najmniej 20% grupy docelowej. Wyniki pozwolą na stwierdzenie czy efekty działań Programu są trwałe.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu realizacji Programu uwzględniając porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom Programu – tych z nich, które dotyczą sytuacji po zakończeniu realizacji Programu. Ewaluacja zostanie sfinansowana z innych środków niż realizacja Programu (środki Pomocy Technicznej RPO WŁ 2014-2020).

Kontynuacja Programu będzie uzależniona od dostępności środków finansowych oraz pozytywnej oceny jego efektywności.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1 Koszty jednostkowe

I. Koszty merytoryczne dotyczące świadczeń zdrowotnych wynoszą 7.472.500 zł, co stanowi 77,79% środków przeznaczonych na Program ogółem.

Maksymalny koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika Programu szacowany jest na **1.494,50 zł** (koszty bezpośrednie świadczeń przewidziane na realizację Programu dla 5.000 uczestników, którzy korzystają z całej ścieżki tj. 7.472.500 zł podzielono przez 5.000 tych uczestników, bez wliczania 500 osób, które zakończą udział w Programie na etapie pierwszej wizyty dietetycznej). Koszt ten obejmuje poniżej wymienione działania objęte ścieżką Programu (koszty bezpośrednie tj. koszty działań opisanych szczegółowo w punkcie *Planowane interwencje*):

Porady dietetyczne:

Zakłada się, że 5.000 osób skorzysta z 12 wizyt dietetycznych (porad).

- koszt przeprowadzenia pierwszej wizyty dietetycznej na 1 uczestnika – 100 zł
- koszt przeprowadzenia kolejnej wizyty dietetycznej na 1 uczestnika – 50 zł
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 5.000

Zakłada się, że 500 osób skorzysta tylko z 1 (pierwszej) wizyty dietetycznej – osoby te nie zostaną zakwalifikowane do programu.

- koszt przeprowadzenia pierwszej wizyty dietetycznej na 1 uczestnika – 100 zł
 - liczba jednostek (uczestników Programu) – 5.500
- łączy koszt – **3.300.000 zł**

Wsparcie psychologiczne:

Zakłada się realizację wsparcia psychologicznego w następujących formach:

Spotkania w grupach

- Liczba osób – 6-10 osób. 3 spotkania każdej grupy
- koszt przeprowadzenia zajęć dla jednej grupy – 300 zł
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 5.000
- liczba grup 625 (założono 8-osobową liczebność).

Konsultacje indywidualne

- Liczba konsultacji – 2 (średnio) na 1 uczestnika.
- koszt przeprowadzenia konsultacji – 121 zł.
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 5.000

łączy koszt – **1.772.500 zł** (562.500 zł – spotkania w grupach, 1.210.000 zł – konsultacje indywidualne).

Wsparcie dotyczące aktywności fizycznej

- maksymalny miesięczny koszt refundacji karnetów, kart sportowych – 60 zł
- liczba refundacji przypadających na uczestnika (liczba miesięcy) – 6
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 5.000
- łączny koszt – **1.800.000 zł**

Pakiet badań na potrzeby końcowej konsultacji lekarskiej

- maksymalny koszt refundacji badań na jednego uczestnika (pakiet badań) – 50 zł
- liczba jednostek (uczestników Programu) – 5.000
- łączny koszt – **250.000 zł**

Końcowa konsultacja lekarska

- koszt na 1 uczestnika – 70 zł
 - liczba jednostek (uczestników Programu) – 5.000
- łączy koszt – **350.000 zł**

II. Inne koszty związane z działaniami merytorycznymi, finansowane w ramach kosztów bezpośrednich, poza kosztami świadczeń – wynoszą 669.000 zł, co stanowi 5,47% środków na Program ogółem.

a) Działania świadomościowe w ramach kosztów bezpośrednich – 300.000 zł

Dotyczy działań świadomościowych podejmowanych na obszarze realizacji projektu dotyczących otyłości i nadwagi, zachęcających do badań oraz aktywności fizycznej, w zakresie określonym przez realizatorów.

Założenia: wybór w ramach konkursu przynajmniej 6 projektów, przynajmniej 2 wydarzenia w każdym projekcie, koszt jednego wydarzenia – maks. 25.000 zł (wartość orientacyjna).

Dopuszczalne jest, aby część działań informacyjnych była też adresowana do otoczenia osób z otyłością i nadwagą – rodzin, opiekunów.

Zakłada się, że działania te podejmowane łącznie w wyłonionych projektach służących realizacji programu obejmą swym oddziaływaniem co najmniej 8.000 osób.

b) Koszty działań informacyjno-szkoleniowych, związane z wdrażaniem Programu skierowane do personelu POZ – 50.000 zł.

Związane z akcją informacyjną kierowaną do poziomu podstawowej opieki zdrowotnej.

c) Koszty zapewnienia dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem (koszty bezpośrednie) – 120.000 zł.

Zapewnienie dojazdu dotyczy osób, dla których dojazd stanowi barierę udziału w Programie, w tym mieszkańców obszarów wiejskich i słabo zaludnionych.

Na potrzeby założeń Programu przyjęto, że z ww. kosztów skorzysta 5% uczestników Programu (250 osób), zaś refundacja będzie dotyczyć 24 przejazdów (12 w obie strony) – część działań będzie realizowanych w tych samych dniach; koszt jednostkowy przejazdu (średni koszt) to 10 zł.

d) Koszty zapewnienia opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia – 36.000 zł.

Na potrzeby założeń Programu przyjęto, że z ww. kosztów skorzysta 0,5% uczestników Programu (25 osób), 12 dni opieki nad osobami zależnymi; koszt osobodnia opieki to 120 zł (6 godzin dziennie, 20 zł / godzina).

e) Koszty dotyczące finansowania środków trwałych i cross-financingu – 79.000 zł.

Wydatki dotyczące finansowania środków trwałych bezpośrednio powiązanych z przedmiotem projektu lub wykorzystywanych w celu wspomagania procesu wdrażania projektu, a także wydatki dotyczące cross-financingu, w tym dostosowania lub adaptacji budynków, pomieszczeń w szczególności do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (koszty bezpośrednie).

Wydatki dotyczące finansowania środków trwałych obejmują nie tylko różne formy zakupu sprzętu (zakup, leasing. itd.) na potrzeby realizacji projektu, ale przede wszystkim koszty amortyzacji wykorzystywanego własnego wyposażenia.

Cross-financing to zasada elastyczności, polegająca na możliwości komplementarnego, wzajemnego finansowania działań ze środków EFRR i EFS. Może dotyczyć wyłącznie takich kategorii wydatków, bez których realizacja projektu nie byłaby możliwa.

Ze względu na specyfikę Programu dopuszczalne będzie uwzględnienie ww. kategorii kosztów (przy spełnieniu warunków określonych w regulaminie konkursu uwzględniających wymogi z „Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”). Wydatki w ramach projektu na zakup środków trwałych o wartości jednostkowej równej i wyższej niż 3 500 zł netto w ramach kosztów bezpośrednich oraz wydatki w ramach cross-financingu nie mogą łącznie przekroczyć 10% wydatków kwalifikowalnych projektu, w tym cross-financing nie może stanowić więcej niż 10% finansowania unijnego w ramach projektu.

Zakłada się, na podstawie dotychczasowych doświadczeń i specyfiki Programu, że wydatki tego rodzaju wyniosą nie więcej niż ok. 1%.

Finansowanie ww. kategorii kosztów będzie dopuszczalne wyłącznie w przypadku wiarygodnego uzasadnienia przez wnioskodawcę występowania na obszarze realizacji projektu barier wśród potencjalnych uczestników w dostępie do świadczeń, którym można przeciwdziałać poprzez sfinansowanie odpowiadających im kosztów. Wyżej wymienione szacunkowe koszty zapewniają potencjalną możliwość założenia przez wnioskodawców poszczególnych kategorii kosztów. Jednak nie w każdym wniosku o dofinansowanie muszą one występować, gdyż wnioskodawcy mogą nie identyfikować barier, do których te koszty się odnoszą. Również założenia dotyczące działań informacyjnych i świadomościowych mogą być różne w projektach

Powyższe działania będą finansowane w ramach kosztów bezpośrednich.

III. Koszty pośrednie – wynoszą 1.608.000 zł, co stanowi 16,74% środków na Program ogółem.

Stanowią koszty administracyjne związane z obsługą projektu m.in. personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, koszty personelu obsługowego, koszty obsługi powierzchni biurowych, działania informacyjno-promocyjne projektu, opłaty za energię i media, koszty usług pocztowych itd. Koszty pośrednie są uwzględniane poprzez stawkę ryczałtową. Stawki dla kosztów pośrednich są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”, Podrozdział 8.4. Stawki określone w ww. Wytycznych odnoszą się do projektów, a nie do Programu. Budżety projektów mogą opiewać na różne wartości, co z kolei może skutkować różnymi poziomami stawki dla kosztów pośrednich. Na podstawie doświadczeń i zakładanych w przybliżeniu wartości projektów w odniesieniu do Programu założono średnią stawek kosztów pośrednich jako 22,5% kosztów bezpośrednich.

Koszty ww. działań, za wyjątkiem kosztów pośrednich, których stawki są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich, **zostaną oszacowane przez wnioskodawców zamierzających realizować Program i przedstawione na etapie składania wniosków o dofinansowanie. Będą uzależnione od planowanej liczby osób objętych wsparciem, cen rynkowych, specyfiki grupy docelowej i terenu, na którym realizowany będzie projekt oraz planowanych form wsparcia. Doświadczenia przeprowadzonych dotychczas konkursów wskazują na możliwe zróżnicowanie w podejściu wnioskodawców. W związku z powyższym przedstawione kwoty są kwotami orientacyjnymi.**

VI.1 Koszty całkowite

Program realizowany będzie w latach 2019-2023.

Alokacja przewidziana na realizację Programu wynosi 9.605.500,00 zł (w tym dofinansowanie UE: 8.164.675 zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych objętych ścieżką Programu wynoszą: 7.472.500 zł, inne koszty związane z działaniami merytorycznymi (działania świadomościowe, refundacja dojazdów, opieki, wydatki dotyczące środków trwałych i cross-financingu) 525.000 zł, a koszty pośrednie 1.608.000 zł.

VI.2 Wydatki planowane w poszczególnych latach realizacji

Rok realizacji Programu	Wydatki ponoszone w ramach Programu	% całkowitego budżetu Programu
2019	96 055,00 zł	1% budżetu programu
2020	1 440 825,00 zł	15% budżetu programu
2021	2 017 155,00 zł	21% budżetu programu
2022	2 593 485,00 zł	27% budżetu programu
2023	3 457 980,00 zł	36% budżetu programu
RAZEM	9 605 500,00 zł	100 budżetu programu

Planowany podział środków ma charakter orientacyjny.

VI.3 Źródła finansowania

Wdrażanie Programu będzie finansowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałania X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. Program będzie współfinansowany ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Zgodnie z założeniami RPO WŁ montaż finansowy projektów to maksymalnie 85% środków z Europejskiego Funduszu Społecznego, maksymalnie 6% środków pochodzących z budżetu państwa, minimalnie 9% stanowi wkład własny beneficjenta (w tym możliwy wkład partnerów) – w formie finansowej lub rzeczowej.

Dopuszczalna jest realizacja projektów dotyczących niniejszego Programu w partnerstwie (w rozumieniu ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020) przez podmioty wnoszące do projektu zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne lub finansowe. Z partnerstwa powinna wynikać wartość dodana. Szczegółowe warunki w zakresie partnerstwa zostaną określone w Regulaminie konkursu.

Bibliografia

1. WHO, *Non-communicable diseases. Country profiles 2018*, Geneva 2018
2. L. Webber et al. *The future burden of obesity-related diseases in the 53 WHO European-Region countries and the impact of effective interventions: a modelling study*, *BMJ Open* (2014) 4(7)
3. B. Popkin, *The Healthy Weight Commitment Foundation Pledge: Calories Purchased by US Households with Children, 2000-12*, "American Journal of Preventive Medicine", Vol. 47, No. 4, 2014
4. European Association for Study of Obesity, *Factsheet on the causes of obesity*,
5. M. Wąsowski et al., *Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza*, „Postępy nauk medycznych”, tom XXVI, nr 4, 2013
6. Bank Danych Lokalnych - Główny Urząd Statystyczny: <https://bdl.stat.gov.pl>
7. GUS, *Rocznik statystyczny województw*, Warszawa 2017
8. GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, tablice wojewódzkie W14, W15, W16
9. Ministerstwo Sportu i Turystyki, *Poziom aktywności fizycznej Polaków 2017*, Warszawa, listopad 2017
10. Koalicja na rzecz walki z otyłością, Przyczyn zgonu – otyłość: <https://stopobesity.eu/informacje-prasowe/przyczyna-zgonu-otylosc/>
11. A. Waśkiewicz et al, *Are dietary habits of the Polish population consistent with the recommendations for prevention of cardiovascular disease? — WOBASZ II project*, "Kardiologia Polska", 2016
12. CBOS, *Zachowania żywieniowe Polaków*, Warszawa, sierpień 2014
13. A. Piwońska, *Cardiovascular diseases prevention in Poland. Results of WOBASZ and WOBASZ II*, "Kardiologia Polska", w druku (wersja internetowa artykułu opublikowana 31.07.2018)
14. R. Sturm, J.S. Ringel, T. Andreyeva, *Increasing obesity rates and disability trends*, „Health Affairs” 2004, nr 23(2), s. 199–205
15. R. Dobbs et al, *Overcoming obesity: An initial economic analysis*, McKinsey Global Institute, 2014
16. M. Jarosz, E. Rychlik, *Otyłość wyzwaniem zdrowotnym i cywilizacyjnym*, „Postępy Nauk Medycznych” 2011, nr 9
17. *Społeczne koszty otyłości i jej powikłań w Polsce*, prezentacja Fundacja MY Pacjenci, 9 kwietnia 2015 r., http://mypacjenci.org/images/info-prasowe/koszty_otylosciEB.pdf (dostęp: 9.02.2016]. cyt. za: W. Zgliczyński, *Otyłość i nadwaga w Polsce*, INFOS, nr 4(227)
18. U. Biela et al., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska”, 2005
19. A. Waśkiewicz, *Wartość energetyczna i odżywcza diety dorosłych mieszkańców Polski. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005
20. A. Waśkiewicz et al, *Are dietary habits of the Polish population consistent with the recommendations for prevention of cardiovascular disease? — WOBASZ II project*, "Kardiologia Polska", 2016
21. W. Drygas et al., *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska”, 2005
22. Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018
23. Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018
24. Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018

25. Ministerstwo Zdrowia, *Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób dla województwa łódzkiego*, Warszawa 2018
26. M. Piłka, I. Maniecka-Bryła, *Years of life lost due to malignant neoplasms characterized by the highest mortality rate*, "Archive of Medical Science", 2014
27. M. Piłka, I. Maniecka-Bryła, *Years Life years lost due to cardiovascular diseases*, "Kardiologia Polska" 2013; 71, 10
28. M. Devaux, F. Sassi, *The labour market impact of obesity, smoking, alcohol use and other chronic diseases*, OECD Health Working Papers, no 86, 2015
29. OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Paris, 2016
30. A. Geattler et al., *Productivity loss due to overweight and obesity: a systemic review of indirect costs*, "BMJ Open", 2017
31. S. Fitzgerald et al., *Obesity, diet quality and absenteeism in a working population*, "Public Health Nutrition", 18(17)
32. OECD, *Obesity Update 2017*, Paris 2017
33. EUROSTAT, *Overweight and obesity – BMI statistics*. Dane z drugiego Europejskiego Badania Ankietowego Zdrowia przeprowadzonego w państwach członkowskich UE w latach 2013-2015. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
34. Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”
35. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217 z późn. zm.)
36. M. Bronkowska, *Badanie wzorów żywienia osób zdrowych oraz obciążonych otyłością i wybranymi powikłaniami w aspekcie stanu odżywiania*, UWP, Wrocław, 2012. A. Jaruć, P. Bogdański, *Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych”, 2011, nr 1
37. A. Jaruć, P. Bogdański, *Osobowość w rozmiarze XXL. Psychologiczne czynniki ryzyka otyłości*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych”, 2011, nr 1
38. Polskie Towarzystwo Dietetyki, *Standardy leczenia dietetycznego otyłości prostej u osób dorosłych - Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki*, Warszawa 2015.
39. Raport nr: OT.441.15.2019 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczący *Regionalnego programu zdrowotnego dotyczącego przeciwdziałania nadwadze i otyłości w województwie łódzkim wśród osób w wieku aktywności zawodowej na lata 2019-2021 – pilotaż „odWAŻYMY ŁÓDZKIE”* w związku z opinią Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 45/2019 z dnia 18 kwietnia 2019 r.; Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Warszawa, kwiecień 2019 r.

Przykładowa ankieta dla pacjenta - do modyfikacji i rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat Programu, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

kobieta

☐

mężczyzna

☐

1. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?

zdecydowanie tak ☐

raczej tak ☐

trudno powiedzieć ☐

raczej nie ☐

zdecydowanie nie ☐

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

zdecydowanie tak ☐

raczej tak ☐

trudno powiedzieć ☐

raczej nie ☐

zdecydowanie nie ☐

3. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?

zdecydowanie tak ☐

raczej tak ☐

trudno powiedzieć ☐

raczej nie ☐

zdecydowanie nie ☐

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

5. Czy po przeprowadzonych zajęciach Pani/Pana wiedza (w porównaniu do wiedzy przed zajęciami) jest:

zdecydowanie wyższa
raczej wyższa
taka sama
raczej niższa
zdecydowanie niższa

6. Czy korzystał/-a Pani/Pan z zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu?

tak ☐ nie ☐

7. Jeśli tak, czy Pani/Pana samoocena i motywacja w zakresie ograniczenia nadwagi / otyłości po udziale w Programie jest (w porównaniu do samooceny i motywacji przed Programem):

zdecydowanie wyższa
raczej wyższa
taka sama
raczej niższa
zdecydowanie niższa

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu: