

Załącznik nr 1 do konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:
Program profilaktyki nadwagi i otyłości w środowisku dzieci i młodzieży Wrocławia
„Uczeń w Formie”.

AKCEPTUJĘ

.....
data, imię i nazwisko,
stanowisko służbowe
oraz podpis osoby
zatwierdzającej
program polityki
zdrowotnej do
realizacji

**Program profilaktyki nadwagi i otyłości
w środowisku dzieci i młodzieży Wrocławia
„Uczeń w Formie”**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.

Wrocław, 2025

Wrocław miasto spotkań

Nazwa programu:

Program profilaktyki nadwagi i otyłości w środowisku dzieci i młodzieży Wrocławia „Uczeń w Formie”

Okres realizacji programu: 2026-2027

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr n. o zdrowiu Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT:

Program zgodny z Rekomendacją nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach, ale stanowi kontynuację wieloletnich działań miasta Wrocławia w obszarze profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży.

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Urzędu Miejskiego Wrocławia
Wrocław 50-320, ul. G. Zapolskiej 4
tel. /71/ 777 77 60
wzd@um.wroc.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	5
1. Opis problemu zdrowotnego	5
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	11
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	15
1. Cel główny	15
2. Cel szczegółowy	15
1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki otyłości, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.	15
2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.....	15
3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.....	15
* wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń w zakresie działań realizowanych w latach poprzednich oraz działań realizowanych przez inne JST w tym samym obszarze zdrowotnym.	15
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji.....	17
1. Populacja docelowa.....	17
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ	18
3. Planowane interwencje	20
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	30
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	30
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	31
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	31
2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	32
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	34
1. Monitorowanie	34
2. Ewaluacja.....	35
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	36
1. Koszty jednostkowe.....	36
2. Planowane koszty całkowite.....	37
3. Źródło finansowania	37
Bibliografia	38

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Nadwaga i otyłość w odniesieniu do populacji rozwojowej stanowi obecnie szczególnie niepokojący problem zdrowotny. Otyłość jest to stan patologicznego zwiększenia masy tkanki tłuszczowej w organizmie w wyniku hiperplazji, czyli zwiększania się liczby komórek tłuszczowych lub hipertrofii adipocytów, kiedy to poszerzają one swoją objętość (obydwa te zjawiska występują w populacji uczniów równocześnie)¹. Etiologia otyłości jest wieloczynnikowa, a jej powstawanie to zazwyczaj proces długotrwały, podczas którego na predyspozycję genetyczną nakładają się czynniki epigenetyczne. Szacuje się, że tylko 5% otyłości jest warunkowana genetycznie, a pozostałe przyczyny mają charakter pozagenowy i są to takie czynniki jak np.: środowisko wewnątrzmaciczne, sposób karmienia w okresie niemowlęcym, nawyki żywieniowe w późniejszym okresie oraz aktywność fizyczna dziecka i jego rodziny². Obecnie za czynnik ryzyka otyłości u uczniów uważa się również występowanie otyłości u rodziców (ryzyko na poziomie 70%)³, co ma związek z dietą realizowaną w gospodarstwie domowym oraz niskim poziomem świadomości zdrowotnej rodziców.

Zdecydowaną większość wszystkich przypadków otyłości u uczniów (90%) stanowi otyłość prosta – wynikająca z nadkonsumpcji pokarmów. Otyłość wtórna, niezależna od ilości spożywanej energii, jest najczęściej objawem zaburzeń hormonalnych (takich jak np. niedoczynność tarczycy, niedobór hormonów wzrostu czy zespół

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

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

³ Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. Can. Fam. Physician. 2006; 52: 322-328.

Cushinga) lub chorób ośrodkowego układu nerwowego (np. ciężkiego uszkodzenia mózgu z brakiem aktywności ruchowej)⁴.

Wyróżnia się dwa typy otyłości, cechujące się odmiennym ryzykiem powikłań i zapadalności na choroby cywilizacyjne. Typ brzuszny (androidalny, centralny, wisceralny, tzw. typ „jabłko”) charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy zaotrzewnowej i związany jest z większym ryzykiem rozwoju powikłań naczyniowo-sercowych oraz zespołu metabolicznego i niektórych nowotworów. Z kolei otyłość trzewną rozpoznaje się, jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90. centyl dla płci i wieku. Typ pośladkowo-udowy (gynoidalny, obwodowy, tzw. typ „gruszka”) wiąże się z lokalizacją tkanki tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków i występuje częściej u kobiet. Fizjologicznie, w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, dominuje obwodowy typ otłuszczenia, który wraz z wiekiem ulega stopniowej przemianie w kierunku typu centralnego⁵. Brzuszny typ otyłości jest szczególnie niebezpieczny dla zdrowia, ponieważ gromadzenie centralne tłuszczu u uczniów i młodzieży ma związek z niekorzystnym profilem lipidowym i stężeniem lipoprotein, wyższym ciśnieniem tętniczym, miażdżycą, a także większą masą lewej komory serca. Krytycznym okresem dla rozwoju otłuszczenia ogólnego i kształtowania się rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie jest dojrzewanie. Szybkość i sposób redystrybucji tkanki tłuszczowej różni się w zależności od płci, u dziewcząt tkanka tłuszczowa rozmieszczona jest głównie w dolnej połowie ciała (biodra, pośladki) i jej masa rośnie z wiekiem aż do zakończenia okresu dojrzewania, natomiast u chłopców mamy do czynienia z bardziej centralnym typem otłuszczenia (głównie górna połowa ciała: kark, ramiona, podbrzusze)⁶.

⁴ Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka... op. cit. str. 614.

⁵ Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. Nutritional J 2007, 9: 345-356.

⁶ Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku– epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew Lek 2006, 9: 91-95.

Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród uczniów to m.in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat odpowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w wieku 12 lat zapowiada aż w 75% otyłość w wieku dojrzałym), nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)⁷.

Ocena stopnia otyłości u uczniów i młodzieży powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej⁸. Nadwagę i otyłość w tej grupie wiekowej diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała) w oparciu o siatki centylowe, umożliwiające ocenę rozwoju fizycznego uczniów i młodzieży od urodzenia do 19 r. ż. BMI to stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do wzrostu mierzonego w metrach podniesionego do kwadratu ($BMI = \text{masa ciała kg} / \text{wzrost m}^2$). Zgodnie z rekomendacjami towarzystw naukowych w przypadku uczniów i młodzieży BMI ≥ 90 . oznacza nadwagę, a >97 . - otyłość⁹. Otyłość stwierdza się często także na podstawie stopnia otluszczenia, gdzie w przypadku dzieci w wieku szkolnym stosuje się najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów¹⁰.

Profilaktyka otyłości u uczniów polega na realizacji zaleceń dotyczących równowagi pomiędzy spożyciem kalorii i ich wydatkowaniem oraz utrzymaniem prawidłowego tempa wzrastania, jak również promowaniu wysiłku fizycznego i ograniczania czasu

⁷ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4: 210–219.

⁸ Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, Medycyna Rodzinna, 2/2014: 64-69.

⁹ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (2018). Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, <https://www.klrwp.pl>.

¹⁰ Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. Wychowanie fizyczne i zdrowotne 2002; 1: 17.

spędzanego biernie. Niezmiernie ważnym czynnikiem jest również osiągnięcie trwałej zmiany nawyków żywieniowych u dziecka i jego rodziny, co gwarantuje długofalowy sukces w utrzymywaniu prawidłowej masy ciała.

2. Dane epidemiologiczne

Nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym w ciągu ostatniego trzydziestolecia przybrała formę epidemii. Zgodnie z najnowszymi danymi, publikowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)¹¹, otyłość w populacji osób dorosłych na całym świecie wzrosła od roku 1990 ponad dwukrotnie, a wśród nastolatków - czterokrotnie. W 2022 roku 2,5 miliarda dorosłych miało nadwagę (43% populacji), w tym 890 milionów żyło z otyłością (16% populacji). Częstość występowania nadwagi różniła się w zależności od regionu, od 31% w regionie Azji Południowo-Wschodniej i regionie afrykańskim do 67% w regionie obu Ameryk. W roku 2022 także ok. 37 milionów dzieci w wieku poniżej 5 lat miało nadwagę. Zaburzenie to, uważane do niedawna za problem krajów o wysokim dochodzie, występuje obecnie coraz częściej w krajach o niskim i średnim dochodzie. W Afryce liczba dzieci z nadwagą w wieku poniżej 5 lat wzrosła o prawie 23% od 2000 roku. Prawie połowa dzieci w wieku poniżej 5 lat z nadwagą lub otyłością w 2022 r. mieszkała w Azji. W roku 2022 także ponad 390 milionów dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat miało nadwagę. Rozpowszechnienie tego problemu wśród dzieci i młodzieży w omawianej grupie wiekowej dramatycznie wzrosło z zaledwie 8% w roku 1990 do 20% w roku 2022.

Według prognoz World Obesity Atlas 2023¹² liczba osób powyżej 5 r. ż. z nadwagą lub otyłością będzie w najbliższych latach stale wzrastać i w 2035 roku osiągnie wartość 4 mld. Będzie to stanowić 51% populacji świata. Blisko jedna czwarta populacji osób żyjących

¹¹ WHO, Obesity and overweight, 07.05.2025 r., www.who.int.

¹² Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas 2023

w 2035 roku (24%) będzie otyła. Należy w tym miejscu podkreślić, że dane te mają znaczenie nie tylko z punktu widzenia medycznego. Otyłość i nadwaga są chorobami, których skutki istotnie oddziałują na ekonomię. Szacuje się, że w roku 2020 utracono globalnie 1,96 biliona dolarów na skutek omawianych problemów zdrowotnych. Utracone środki wynikają nie tylko z kosztów leczenia otyłości i nadwagi oraz ich konsekwencji, ale także z wartości zmniejszonej produktywności osób z wysokim BMI (wynikającej z absenteizmu i prezenteizmu) oraz przedwczesnej rezygnacji z pracy, czy też śmierci. Prognozuje się, że w 2035 roku zostanie utraconych 4,32 biliona dolarów w wyniku występowania otyłości i nadwagi (2,9% światowego PKB).

W ostatnich latach, w większości państw świata notuje się wśród osób pełnoletnich wzrost liczby osób z otyłością. Według danych Eurostat w 2019 roku w Polsce odsetek osób z otyłością wśród osób pełnoletnich wynosił 19%. Był to wzrost o 1,8 p.p. w porównaniu z rokiem 2014. Wyższe odsetki osób z otyłością występowały w takich państwach jak Malta, Węgry, Chorwacja, Łotwa. W Rumuni w 2019 roku odsetek ten był najniższy (10,9%). Tylko w dwóch z analizowanych państw nastąpił spadek odsetka osób z otyłością w analizowanych latach. Była to Francja, gdzie w 2014 roku 15,3% społeczeństwa było otyłe, a w roku 2019 - 15,0%, oraz Bułgaria z odsetkiem osób z otyłością równym 14,8% w 2014 roku i 13,6% w 2019 roku¹³.

Lobstein et al. (2023) prognozuje, że w roku 2035 ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet w Polsce będzie otyłych (łącznie ok. 60% populacji). Otyłość wśród dzieci i młodzieży także będzie się pogłębiać się z roku na rok¹⁴. Według danych GUS odsetek osób z masą ciała w normie w latach 2014-2019

¹³ Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.

¹⁴ Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., World Obesity Atlas... op. cit.

zmniejszył się o 3,4 p.p. Wzrósł natomiast odsetek osób z nadwagą (o 1,5 p.p.) i otyłością (o 1,8 p.p.)¹⁵.

W sierpniu 2022 roku Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH — Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH — PIB) przeprowadził Badanie Stanu Zdrowia i Czynniki Ryzyka. Wyniki pokazują, że zbyt wysoką masę ciała (indeks BMI ≥ 25) miało 52,2% Polaków w wieku 20 lat i więcej, a 13,6% cierpiało na otyłość (BMI ≥ 30). Odsetek mężczyzn z nadwagą i otyłością wynosił odpowiednio 62,1% oraz 15,7%, a w przypadku kobiet 42,6% oraz 11,7%¹⁶. W 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała (BMI ≥ 25) wśród ludności Polski w wieku 20 lat lub więcej wynosiło już 64% dla mężczyzn i 48% dla kobiet, zaś otyłości (BMI ≥ 30) odpowiednio 15% i 13%. Problemy te znacznie częściej dotyczą mężczyzn, których połowa waży zbyt dużo już w wieku 20-39 lat, a w starszych kategoriach (60-84 lata) ich udział przekracza $\frac{3}{4}$ ¹⁷.

Sytuacja w zakresie nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży jest równie niepokojąca. Według danych publikowanych przez Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% małych dzieci (1-3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 22% młodzieży do 15 roku życia¹⁸.

Najnowsze dane dotyczące rozpowszechnienia nadwagi i/lub otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce pochodzą z 2022 r. i publikowane są przez współpracującą z WHO organizacją NCD-RisC12 (NCD Risk Factor Collaboration). Według tych danych rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 5-9 lat w Polsce wynosi ok. 25,6%, natomiast w przypadku osób w wieku 10-19 lat – 21,8%¹⁹.

¹⁵ Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, <https://stat.gov.pl>.

¹⁶ Wojtyński, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB.

¹⁷ Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.

¹⁸ Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży, <https://ncez.pzh.gov.pl>.

¹⁹ World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, www.who.int

Dane dotyczące starszej młodzieży szkolnej (11-13-15 lat) zostały także opublikowane w raporcie HSBC z 2024 r. Według danych zebranych w okresie od marca do lipca 2022 r. nadwaga lub otyłość występowała u 19% dziewcząt i 41% chłopców w wieku 11 lat oraz odpowiednio: 18% i 35% wśród 13 latków, oraz 13% i 28% wśród 15 latków²⁰.

Według danych pochodzących z monitorowania i ewaluacji działań miasta Wrocławia w obszarze profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości, prowadzonych w latach 2011-2023²¹, w szkołach na terenie Wrocławia z nadwagą i otyłością boryka się łącznie ok. 12% uczniów, w tym 8% z nich dotyczy problem nadwagi, 4% - problem otyłości. Nie obserwuje się istotnych różnic w rozpowszechnieniu problemu nadmiernej masy ciała pomiędzy dziewczętami i chłopcami. W latach 2018-2023 w ramach realizowanych we Wrocławiu działań nadwagę zdiagnozowano u 3,74% badanych dziewcząt oraz 4% badanych chłopców. W przypadku otyłości było to odpowiednio: 1,38% oraz 1,35%.

3. Opis obecnego postępowania

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²² zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III, V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych

²⁰ Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

²¹ Raport z realizacji programu profilaktyki nadwagi i otyłości w środowisku dzieci i młodzieży Wrocławia „Uczeń w Formie” w latach 2011- 2023.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].

etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI). W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, w tym brak jest finansowania efektywnych działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 ujęty został cel operacyjny „profilaktyka nadwagi i otyłości”, w ramach którego zaplanowano wykaz zadań obejmujący realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających nadwadze i otyłości społeczeństwa (w tym dzieci i młodzieży). W wykazie tym znalazły się m.in.: prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej, kształtowanie postaw prozdrowotnych, promocja aktywności fizycznej, a także działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych²³.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026²⁴ wyraźnie wskazuje, że w ostatnich latach w województwie dolnośląskim ryzyka żywieniowe, obok palenia tytoniu oraz wysokiego ciśnienia krwi, znajdują się wśród głównych czynników ryzyka mających największy udział w liczbie zgonów mieszkańców województwa. Należy zatem podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania profilaktyczne, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

Wdrożenie programu profilaktyki nadwagi i otyłości w środowisku dzieci i młodzieży we Wrocławiu jest działaniem istotnym, ponieważ

²³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

nadmierna masa ciała w młodym wieku znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie czy schorzenia układu krążenia. Wczesna profilaktyka pozwala ograniczyć przyszłe koszty leczenia ww. schorzeń, co przynosi wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Dodatkowo warto podkreślić, że dzieci o prawidłowej masie ciała charakteryzują się lepszym samopoczuciem, a także większą energią i sprawnością psychofizyczną, co pozytywnie wpływa na ich rozwój i funkcjonowanie społeczne. Edukacja żywieniowa i promocja aktywności fizycznej pomagają kształtować zdrowe nawyki, które dzieci mogą kontynuować przez całe życie. Dodatkowo, programy profilaktyczne integrują lokalną społeczność, wzmacniając więzi rodzinne i środowiskowe oraz wspierając tworzenie sprzyjającego zdrowiu otoczenia wychowawczego.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁵: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;

²⁵ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].

2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁶: Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁷: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
4. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026²⁸ - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.
5. Strategia Wrocław 2030²⁹: Priorytet 5. Zdrowi i aktywni mieszkańcy.
6. Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026: Priorytet taktyczny 1.3. Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym: 1.3.3. Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości³⁰.

²⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

²⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

²⁸ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].

²⁹ Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.

³⁰ Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026, Załącznik do uchwały nr XLIX/1299/22 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 24 lutego 2022 r.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości, wśród co najmniej 5%* dzieci i młodzieży uczestniczących w interwencji multikomponentowej w programie.

2. Cel szczegółowy

1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki otyłości, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2) Zmiana w trakcie trwania programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.

3) Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród co najmniej 40%* uczestników interwencji multikomponentowej w programie.

* wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń w zakresie działań realizowanych w latach poprzednich oraz działań realizowanych przez inne JST w tym samym obszarze zdrowotnym

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku) – na podstawie pomiaru wykonanego na pierwszej konsultacji dietetycznej i wizycie podsumowującej
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza nawyków żywieniowych na pierwszej i końcowej konsultacji dietetycznej
Szczegółowy 3	Odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej – na podstawie wyniku zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej na pierwszej i końcowej konsultacji z zakresu aktywności fizycznej

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji

1. Populacja docelowa

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r., według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych, zdecydowano o włączeniu do działań edukacyjnych w PPZ wyłącznie dzieci w wieku szkolnym. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe do działań edukacyjnych w PPZ nie włączono rodziców i opiekunów prawnych – osoby te będą natomiast towarzyszyły swoim dzieciom w części działań w ramach interwencji multikomponentowej.

Populację docelową w zakresie działań edukacyjnych będą stanowić dzieci i młodzież, uczęszczające do przedszkoli, szkół podstawowych i ponadpodstawowych na terenie miasta Wrocławia. Zgodnie z danymi GUS³¹ miasto zamieszkuje ok. 78 tys. dzieci i nastolatków w wieku 6-18 r. ż. Program, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmie w zakresie działań edukacyjnych ok. 1800 uczestników. Badania przesiewowe obejmą ok. 2 750 dzieci uczęszczających do klas I-VIII szkół podstawowych (7-14 r. ż.), co stanowi ok. 5,7% tej populacji we Wrocławiu (48,57 tys.³²). Badania te, zgodnie z danymi przedstawionymi w części dotyczącej epidemiologii³³, pozwolą na wyłonienie 110 uczestników interwencji multikomponentowej. Będą to dzieci zmagające się z otyłością. Populację tę wybrano kierując się chęcią objęcia działaniami PPZ osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą

³¹ Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 23.06.2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.

³² Ibidem.

³³ 4% dzieci we wrocławskich szkołach dotyczy problem otyłości

zdrowotną, co pozwoli na maksymalizację efektu zdrowotnego możliwego do uzyskania przy posiadanych zasobach finansowych. W przypadku niższej, w stosunku do założonego budżetu, zgłaszalności do PPZ dzieci z diagnozą otyłości, do programu będą włączane dzieci z diagnozą nadwagi. W przypadku niskiej zgłaszalności do programu dzieci ze szkół podstawowych i tym samym pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu, dopuszcza się możliwość udziału w programie nastolatków ze szkół ponadpodstawowych, spełniających pozostałe kryteria włączenia do programu. Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem danych epidemiologicznych oraz możliwości finansowych miasta Wrocławia.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

1) Działania edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- wiek 6-18 lat
- uczęszczanie do przedszkola, klasy I-VIII szkoły podstawowej lub klasy I-V szkoły ponadpodstawowej
- zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie

b) Kryteria wyłączenia: brak

2) Badania przesiewowe

a) Kryteria włączenia:

- wiek 7-14 lat oraz pozostawanie uczniem klasy I-VIII szkoły podstawowej³⁴

³⁴ W przypadku niskiej zgłaszalności do programu dzieci ze szkół podstawowych i tym samym pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu, dopuszcza się możliwość udziału w programie nastolatków ze szkół ponadpodstawowych, spełniających pozostałe kryteria włączenia do programu.

- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- leczenie otyłości poza programem

3) Interwencja multikomponentowa

a) Kryteria włączenia:

- wiek 7-14 lat lub pozostawanie uczniem klasy I-VIII szkoły podstawowej
- zamieszkanie na terenie miasta Wrocławia
- diagnoza otyłości na podstawie wyników badania przesiewowego (wartość BMI w co najmniej 97. centylu dla płci i wieku) lub diagnoza nadwagi na podstawie wyników badania przesiewowego (wartość BMI w co najmniej 90. centylu dla płci i wieku) – wyłącznie w przypadku niskiej zgłaszalności dzieci z problemem otyłości i pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- leczenie otyłości poza programem
- pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z chorobą przewlekłą
- indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji multikomponentowej

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami oświatowymi, placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim Wrocławia (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także z uwzględnieniem lokalnych mediów (np. prasa, radio, tv, spoty w autobusach miejskich), publikacji w mediach społecznościowych, kolportażu ulotek i plakatów informacyjnych na terenie miasta Wrocławia. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.1. Działania edukacyjne

- realizowane w przedszkolach, szkołach podstawowych i ponadpodstawowych na terenie Wrocławia,
- realizowane w systemie hybrydowym (stacjonarnie/online) – w zależności od potrzeb edukacyjnych placówki oświatowej,
- realizowane z wykorzystaniem formy wykładu oraz ćwiczeń praktycznych,
- obejmujące następujące tematy:
 - zmiana nawyków zdrowotnych oraz motywacja do podjęcia próby redukcji masy ciała,
 - promowanie zdrowej diety oraz stylu życia, z zachowaniem zasady 5-2-1-0 (≥ 5 porcji warzyw i owoców, ≤ 2 godzin czasu wolnego spędzanego przed ekranami, > 1 godziny

- aktywności fizycznej, 0 dziennego spożycia napojów słodzonych cukrem),
- czynniki ryzyka nadwagi i otyłości (w tym m.in. czas spędzany w pozycji siedzącej, higiena snu, regulacja liczby spożywanych kalorii, czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi),
 - potencjalne zagrożenia zdrowotne wynikające z nadwagi i otyłości,
 - czytanie etykiet umieszczonych na produktach spożywczych,
 - zasady zdrowego żywienia (m.in. optymalne pory spożywania posiłków, ograniczenie konsumpcji produktów wysokoprzetworzonych, mięsa i produktów mięsnych, stosowanie wzoru „Talerza Zdrowego Żywienia”, dostosowanie energetyczności i wielkości posiłków do potrzeb adekwatnych dla wieku, unikanie używania ekranów podczas posiłków, ryzyko wynikające ze stosowania radykalnych diet),
 - zwiększenie bądź utrzymanie poziomu aktywności fizycznej (m.in. optymalny czas poświęcany na aktywność fizyczną w ciągu dnia, zalecane formy ruchu, zabawy ruchowe i ćwiczenia dostosowane do wieku i możliwości, promowanie udziału w zajęciach sportowych, bilansowanie wydłużającego się czasu spędzanego przez dzieci i młodzież przed urządzeniami elektronicznymi zwiększoną aktywnością fizyczną),
 - promowanie odpowiedniej dla wieku długości snu,
 - informowanie o zaleceniach dotyczących czasu spędzanego przed urządzeniami elektronicznymi – nie powinien on przekraczać 2 godzin dziennie w odniesieniu do dzieci >2 r. ż;
- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu (wieku oraz stylów uczenia się uczestników),

- realizowane poprzez wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych dzięki premiowaniu uczestników gadżetami związanymi z profilaktyką nadwagi i otyłości (np. breloki, magnesy, zabawki, książki),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej),
- realizowane z założeniem badania zmiany poziomu wiedzy uczestników ze szkół podstawowych i ponadpodstawowych za pomocą opracowanego przez realizatora testu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych – w formie pre-testu przed zajęciami i post-testu po zajęciach (wzór w załączniku 4).

3.2. Badania przesiewowe

- realizowane przez np. pielęgniarki/higienistki szkolne,
- realizowane z przeprowadzeniem badania przedmiotowego dziecka, obejmującego przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych,
- realizowane z założeniem diagnozy nadwagi/otyłości, zgodnie z poniższymi wartościami wskaźnika BMI:
 - >97. centyla dla wieku i płci - rozpoznanie otyłości (skierowanie dziecka do programu),
 - 90.-97. centyla dla wieku i płci - rozpoznanie nadwagi (skierowanie dziecka do programu – wyłącznie w przypadku niskiej zgłaszalności dzieci z problemem otyłości i pozostałych do wykorzystania środków finansowych w budżecie programu, na podstawie informacji uzyskanych od realizatora),

- <90. centyla dla wieku i płci - wykluczenie choroby (poinformowanie dziecka o podstawowych metodach profilaktyki nadwagi i otyłości),
- realizowane z założeniem przekazania rodzicowi/opiekunowi prawnemu wyniku badania przesiewowego z zaleceniem zgłoszenia się do programu.

3.3. Interwencja multikomponentowa

Rodzice/opiekunowie prawni dziecka z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego będą zgłaszać się do programu, zgodnie z zaleceniem przekazanym przez np. pielęgniarkę/higienistkę szkolną. Po zgłoszeniu się do programu nastąpi ustalenie terminu pierwszych trzech konsultacji – dietetycznej, psychologicznej i z zakresu aktywności fizycznej. Interwencja multikomponentowa składa się z trzech komponentów: dietetycznego, behawioralnego i ruchowego. Każdy z nich prowadzony jest przez specjalistę posiadającego stosowne kompetencje. Specjaliści tworzą zespół, w ramach którego po pierwszych konsultacjach z dzieckiem i rodzicami/opiekunami prawnymi, wymieniają się informacjami na temat uczestników oraz wspólnie ustalają zindywidualizowany plan kolejnych spotkań. Opracowany przez zespół specjalistów plan kolejnych spotkań powinien obejmować co najmniej 26 godzin zegarowych konsultacji (włączając w to trzy konsultacje końcowe – dietetyczną, psychologiczną i z zakresu aktywności fizycznej). Po zakończeniu wszystkich spotkań realizowana jest wizyta podsumowująca wyniki przeprowadzonych działań w ramach tej interwencji. Ścieżka pacjenta w programie jest następująca:

1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna obejmująca:

- potwierdzenie pozytywnego wyniku badania przesiewowego, wykonanego uprzednio przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, lekarza POZ lub inną uprawnioną osobę,
- przeprowadzenie wywiadu zdrowotnego i żywieniowego uwzględniającego między innymi: choroby towarzyszące, alergie pokarmowe, przyjmowane leki i suplementy diety, wzorce żywieniowe, dotychczasowy sposób odżywiania (częstość spożywanych posiłków, jedzenie śniadań, spożywanie warzyw i owoców, wielkość porcji, dzienną ilość i rodzaj spożywanych płynów, częstość spożywania słodczy, czy dziecko podjada między posiłkami), a także poziom aktywności fizycznej,
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN - wzór w załączniku 5),
- ocenę nawyków żywieniowych dziecka i rodziny, poprzez ocenę składu posiłków, porcji, częstotliwości przyjmowania pokarmów, preferencji żywieniowych, stosowania przypraw, metod gotowania i sposobu prezentacji żywności gotowej do spożycia,
- zwrócenie uwagi na błędy żywieniowe dziecka i jego rodziny,
- przedstawienie konsekwencji zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości,
- omówienie zasad diety w oparciu o piramidę zdrowego żywienia IŻŻ,
- naukę wyznaczania kaloryczności posiłków oraz zawartości poszczególnych makroskładników,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym dzienniczka żywieniowego, w celu zapisywania przez nich informacji o rodzaju i ilości spożywanych produktów przez ich dziecko w określonym czasie,

- wyznaczenie przez dietetyka realistycznego celu leczenia dietetycznego i przekazanie indywidualnego planu dietetycznego – do weryfikacji podczas kolejnego spotkania;

2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja

psychologiczna obejmująca:

- identyfikację zaburzeń zdrowia psychicznego (takich jak np. depresja, lęki, zaburzenia odżywiania, problemy z postrzeganiem własnego ciała), ocenę przyczyn podjadania (jeżeli występuje), ocenę zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC - wzór w załączniku 6),
- zwiększenie wiedzy i kompetencji uczestnika w zakresie ustanawiania celów, samokontroli, trenowania uważności, kontrolowania bodźców, stosowania pozytywnych wzmocnień, restrukturyzacji poznawczej, asertywności, zdolności regulowania emocji, rozwiązywania problemów, kształtowania siły woli i odporności na stres;

3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą

aktywności fizycznej obejmująca:

- przeprowadzenie krótkiego wywiadu nt. aktywności fizycznej, ze zwróceniem uwagi na uczestnictwo dziecka w podejmowaniu tej aktywności poza szkołą (np. zajęcia sportowe), sposób docierania do szkoły (pieszo, rower, komunikacja miejska, samochód), czas spędzany na aktywnościach sedentarnych (np. TV, komputer, tablet),
- wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC lub IPAQ - wzór w załączniku 7),
- edukację w zakresie codziennej aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz zachęcanie do aktywnego przemieszczania się pieszo lub na rowerze (m.in. do i ze szkoły),
- poinstruowanie o sposobach wdrażania, początkowo 10 minut ćwiczeń aerobowych dziennie i stopniowego zwiększania czasu poświęcanego na ćwiczenia z tygodnia na tydzień (np.

w formie jazdy na deskorolce, zajęć tanecznych, biegania, jazdy na rowerze, szybkiego chodu) lub dzielenia podejmowanej aktywności na mniejsze składowe trwające łącznie co najmniej 60 minut dziennie (np. chodzenie przez 10 minut, wchodzenie po schodach, gry sportowe, zabawy, prace domowe),

- informowanie, że docelowa pojedyncza sesja aktywności ruchowej powinna trwać co najmniej 60 minut,
- przekazanie zaleceń dotyczących codziennych ćwiczeń, uwzględniając przy tym aktywności, które łatwo wdrożyć do życia codziennego, a także preferencje i możliwości dziecka;

4) Zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej

- określony przez zespół specjalistów (psycholog, specjalista aktywności fizycznej, dietetyk) zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika, zdiagnozowanymi na podstawie trzech pierwszych konsultacji,
- obejmujący 23 godziny działań spośród przedstawionych w tabeli II;

Tab. II. Działania możliwe do zaplanowania w zindywidualizowanym planie działań w ramach interwencji multikomponentowej

Działanie	Opis działania
Indywidualna konsultacja psychologiczna	Działanie obejmujące monitorowanie dziecka pod kątem problemów psychologicznych, motywowanie dziecka oraz rodziców/opiekunów prawnych do kontynuowania udziału w programie zgodnie z założonym planem, zachęcanie do dalszego kształtowania pożądanych wzorców zachowania już poza programem, a także zwiększanie wiedzy w zakresie psychologicznych aspektów otyłości, wpływu otyłości na funkcjonowanie somatyczne, roli rodzica/opiekuna prawnego w modelowaniu zachowań zdrowotnych dziecka (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej.
Indywidualna konsultacja ze specjalistą aktywności fizycznej	Działanie obejmujące monitorowanie stanu zdrowia dziecka pod względem indywidualnych problemów w zakresie wykonywania ćwiczeń wynikających z nadwagi lub otyłości, prowadzenie instruktażu dziecka i rodziców w zakresie ćwiczeń możliwych do wykonywania w warunkach domowych oraz omawianie sposobów kontroli postępów, a także omawianie z rodzicami/opiekunami prawnymi efektów prowadzonych ćwiczeń, identyfikacja popełnianych w tym zakresie błędów oraz ich korekta.
Indywidualna konsultacja dietetyczna	Działanie obejmujące weryfikację prowadzenia kontroli spożywanych posiłków oraz ocenę stopnia realizacji założonego planu (ustalonego podczas pierwszej konsultacji dietetycznej), monitorowanie wskaźnika BMI, analizę dzienniczka żywieniowego uczestnika, identyfikację popełnianych błędów żywieniowych, wprowadzenie ewentualnych zmian w planie dietetycznym, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości odnośnie diety, monitorowanie możliwego wystąpienia zaburzeń odżywiania
Warsztaty grupowe dietetyczne	Działania edukacyjne mogące dotyczyć np. zapoznawania uczestników ze sposobami przygotowywania zdrowych posiłków i jadłospisu dla całej rodziny. Zajęcia łączące elementy teoretyczne z praktycznymi, angażujące dzieci w różnorodne aktywności, takie jak gotowanie, degustacje i zabawy, mające na celu kształtowanie świadomości żywieniowej, uczenie zasad zdrowego odżywiania i zachęcanie do wyboru zdrowych produktów.
Zajęcia grupowe z zakresu aktywności fizycznej	Zajęcia grupowe realizowane w grupach jednorodnych pod względem poziomu wydolności, stopnia otyłości i stanu zdrowia dziecka zgodnie z ustaleniami zespołu specjalistów. Na życzenie rodzica w zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej mogą wchodzić grupowe zajęcia sportowe, w których dziecko już uczestniczy w momencie zgłoszenia się do programu. Uczestnictwo w ww. zajęciach będzie weryfikowane na podstawie oświadczeń rodziców.

Ćwiczenia indywidualne z zakresu aktywności fizycznej	Ćwiczenia indywidualne realizowane przez dziecko w warunkach domowych pod nadzorem rodzica – zgodnie z zaleceniami i wskazówkami przekazanymi dziecku i rodzicom przez specjalistę z zakresu aktywności fizycznej (realizowane z wykorzystaniem zestawu kart z planem ćwiczeń lub aplikacji do planowania ćwiczeń). Wykonywanie ćwiczeń będzie weryfikowane na podstawie oceny kart ćwiczeń lub raportów z aplikacji. Na życzenie rodzica w zindywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej mogą wchodzić indywidualne zajęcia sportowe, w których dziecko już uczestniczy w momencie zgłoszenia się do programu. Uczestnictwo w ww. zajęciach będzie weryfikowane na podstawie oświadczeń rodziców.
---	--

5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna obejmująca:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie nawyków żywieniowych (np. na podstawie formularza HBSC, QEB, KomPAN - wzór w załączniku 5) i omówienie jego wyników,
- przeanalizowanie i końcowe podsumowanie skuteczności prowadzonego leczenia dietetycznego, w tym korekta ewentualnych błędów żywieniowych stwierdzonych w dzienniczku żywieniowym dziecka,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym na piśmie zaleceń żywieniowych,
- poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o możliwości bezpłatnych konsultacji dietetycznych poza programem np. w Narodowym Centrum Edukacji Żywieniowej;

6) Komponent behawioralny - konsultacja końcowa psychologiczna obejmująca:

- ponowną ocenę zachowań społecznych (np. na podstawie formularza HBSC - wzór w załączniku 6) i omówienie wyników kwestionariusza,
- ocenę efektów zdrowotnych prowadzonych interwencji (m.in. w zakresie wzmocnienia poczucia własnej wartości, siły woli, odporności na stres oraz radzenia z negatywnymi emocjami),

- przekazanie dalszego sposobu postępowania oraz informacji o bezpłatnych formach wsparcia psychicznego dostępnych dla uczestnika poza programem (np. w ramach finansowania NFZ);

7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności fizycznej obejmująca:

- ponowne wypełnienie kwestionariusza w zakresie aktywności fizycznej (np. na podstawie formularza HBSC lub IPAQ - wzór w załączniku 7) i omówienie jego wyników,
- ocenę efektów zdrowotnych prowadzonych interwencji,
- przekazanie dzieciom i rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń w zakresie aktywności fizycznej;

8) Wizyta podsumowująca wyniki interwencji obejmująca:

- ocenę rozwoju somatycznego dziecka, przeprowadzenie pomiaru antropometrycznego (masa ciała i wzrost), obliczenie wartości BMI oraz ocenę uzyskanych wartości w odniesieniu do obowiązujących siatek centylowych,
- analizę wpływu przeprowadzonych interwencji w ramach programu na stan zdrowia dziecka,
- przekazanie rodzicom/opiekunom prawnym zaleceń odnośnie dalszego postępowania poza programem.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1).

W ostatnim dniu udzielania świadczeń rodzicom/opiekunom prawnym należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu (załącznik 3).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także z oceną technologii medycznych zawartą w Rekomendacji nr 44/2025 z dnia 12 czerwca

2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nadwagi oraz otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym³⁵.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- w przypadku osób, które nie kwalifikują się do badania przesiewowego – udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych,
- w przypadku osób, które podczas badania przesiewowego nie zostaną zakwalifikowane do interwencji multikomponentowej – udział w programie kończy się na etapie badania przesiewowego,
- w przypadku osób zakwalifikowanych do interwencji multikomponentowej – udział w programie kończy się wraz z wykonaniem oceny rozwoju somatycznego dziecka w ramach wizyty podsumowującej wyniki tej interwencji,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji PPZ.

³⁵ Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bip.aotm.gov.pl.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2025);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z rekomendacją nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. (III kwartał 2025);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2026);
 - realizacja działań edukacyjnych,
 - realizacja badań przesiewowych,
 - realizacja działań w ramach interwencji multikomponentowej,
 - bieżący monitoring;
- 6) zakończenie realizacji PPZ (I kwartał 2027 r.);
- 7) rozliczenie finansowania PPZ (II kwartał 2027 r.);
- 8) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2027 r.).

2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia. Realizatorem Programu może być podmiot wykonujący działalność leczniczą, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 236 z późn. zm.),
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.],
- zapewnienie realizacji działań edukacyjnych przez pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w przeprowadzeniu zajęć edukacyjnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości,
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu dietetycznego interwencji multikomponentowej przez dietetyka (optimalnie z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu behawioralnego interwencji multikomponentowej przez psychologa lub psychiatrę dziecięcego (optimalnie z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),
- zapewnienie realizacji działań w ramach komponentu ruchowego interwencji multikomponentowej przez specjalistę aktywności ruchowej lub fizjoterapeutę (optimalnie z doświadczeniem w zakresie leczenia nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży),

- zapewnienie realizacji wizyty podsumowującej przez lekarza lub lekarza pediatrę,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania rodzicom ankiet satysfakcji (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 302], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 1411], z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz

informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych [Tekst jedn. Dz. U. 2023 poz. 1440] i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie. Dodatkowo realizator posiadał będzie Standardy Ochrony Małoletnich, o których mowa w art. 22b i 22c ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczości na tle seksualnym i ochronie małoletnich [Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1802].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym
- liczba osób, u których wykonano badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości
- liczba osób, które zostały poddane interwencji multikomponentowej
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- analizy wyników ankiety satysfakcji rodzica uczestnika programu
- bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku),
- odsetek osób z nadwagą włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się w przedziale od 90.-97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku),
- odsetek osób z otyłością włączonych do interwencji multikomponentowej z BMI znajdującym się powyżej 97. centyla (dla płci i wieku), które w pomiarze końcowym uzyskały BMI znajdujący się <90. centyla (dla płci i wieku) lub w przedziale od 90.-97. centyla (dla płci i wieku),
- średnia liczba centyli BMI (dla płci i wieku) zredukowana u jednego dziecka w ramach interwencji multikomponentowej przeprowadzonej w ramach programu
- odsetek osób z BMI znajdującym się w co najmniej 90. centylu (dla płci i wieku), które ze względów medycznych nie mogły zostać włączone do interwencji multikomponentowej
- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test
- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano poprawę w zakresie nawyków żywieniowych
- odsetek uczestników interwencji multikomponentowej, u których po zakończeniu interwencji odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej – na podstawie wyniku

zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej na pierwszej i końcowej konsultacji z zakresu aktywności fizycznej

Ewaluacja będzie oparta na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu. Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Ilość oraz wartość poszczególnych świadczeń zdrowotnych i zadań realizowanych w programie zostanie określona w umowie zawartej z realizatorem programu, w oparciu o przedstawioną przez niego ofertę złożoną w konkursie.

W trakcie realizacji programu dopuszcza się możliwość zmiany pomiędzy ilością poszczególnych świadczeń, w sytuacji gdy wystąpią okoliczności, których nie można było przewidzieć na etapie przygotowywania oferty, jednakże w ramach limitu kwotowego przeznaczanego na realizację zadań w danym roku kalendarzowym.

Kosztorys programu powinien obejmować m in.:

Nazwa interwencji
1. Działania edukacyjne
3. Interwencja multikomponentowa
1) Komponent dietetyczny - pierwsza konsultacja dietetyczna
2) Komponent behawioralny - pierwsza konsultacja psychologiczna
3) Komponent ruchowy - pierwsza konsultacja ze specjalistą aktywności ruchowej
4) Indywidualizowany plan działań w ramach interwencji multikomponentowej –
– konsultacja indywidualna ze specjalistą (dietetyk, psycholog, specjalista z zakresu aktywności fizycznej)
– warsztaty grupowe dietetyczne
– zajęcia grupowe z zakresu aktywności fizycznej
5) Komponent dietetyczny - konsultacja końcowa dietetyczna

6) Komponent behawioralny – konsultacja końcowa psychologiczna
7) Komponent ruchowy - konsultacja końcowa specjalisty aktywności ruchowej
8) Wizyta podsumowująca wyniki interwencji

* dzieci z wynikiem badania przesiewowego kierowane będą do programu przez pielęgniarki/higienistki szkolne

2. Planowane koszty całkowite

Działania w ramach interwencji multikomponentowej zostaną sfinansowane dla 110 dzieci, w związku z czym szacuje się, że badaniami przesiewowymi pozwalającymi na wyłonienie uczestników objętych zostanie ok. 2 750 dzieci (zgodnie z danymi przedstawionymi w części dot. epidemiologii, problem otyłości we wrocławskich szkołach dotyczy ok. 4% dzieci). Celem przedstawienia szacunkowych kosztów realizacji programu założono, że każde dziecko w zakresie zindywidualizowanego planu działań w ramach interwencji multikomponentowej odbędzie 2 konsultacje indywidualne ze specjalistą, weźmie udział w 6 warsztatach grupowych dietetycznych oraz w 15 zajęciach grupowych z zakresu aktywności fizycznej. W praktyce plan ten będzie zindywidualizowany i dostosowany do potrzeb każdego uczestnika.

Całkowity koszt programu szacowany jest na 491 920 zł.

Świadczenia w programie będą udzielane według kolejności zgłoszeń, do wyczerpania zaplanowanego budżetu.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Wrocławia.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, Ludność, Stan ludności, Ludność wg pojedynczych roczników i płci – stan na 23.06.2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.
2. Bryl W, Hoffman K, Miczke A, Pupek-Musialik D. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Przew Lek* 2006, 9: 91-95.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka – żywienie zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa 2010, str. 612-613
4. Grzywacz R, Wybrane aspekty występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, *Medycyna Rodzinna*, 2/2014: 64-69.
5. Jabłoński E, Kaźmierczak U: Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne* 2002; 1: 17.
6. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4: 210–219.
7. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością (2018). Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, <https://www.klrwp.pl>.
8. Lobstein, T., Jackson-Leach R., Powis J., Brinsden H., Gray M., *World Obesity Atlas* 2023 .
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
10. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].
11. Otyłość i jej konsekwencje, NFZ o zdrowiu, Warszawa, maj 2024.
12. Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.
13. Plourde G.: Preventing and managing pediatric obesity. *Can. Fam. Physician*. 2006; 52: 322–328.
14. Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., et al. (2024). A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
15. Raport z realizacji programu profilaktyki nadwagi i otyłości w środowisku dzieci i młodzieży Wrocławia „Uczeń w Formie” w latach 2011-2023.
16. Rekomendacja nr 44/2025 z dnia 12 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bip.aotm.gov.pl.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
19. Speiser P.W., Rudolf M.C.J., Anhalt H. i wsp.: Consensus statement: childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005; 90: 1871–1887.
20. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. oraz Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, <https://stat.gov.pl>.

21. Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.
22. Sweeting H. Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence a field guide for the uninitiated. *Nutritional J* 2007, 9: 345-356.
23. Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
24. Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży, <https://ncez.pzh.gov.pl>.
25. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].
26. WHO, Obesity and overweight, 07.05.2025 r., www.who.int.
27. Wojtyniak, B., Goryński, P., 2022. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB. World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, www.who.int.
28. Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026, załącznik do uchwały nr XLIX/1299/22 Rady Miejskiej z dnia 24 lutego 2022 r.

